



Inspection générale
des finances

N° 2010-M-065-03

Inspection générale
des affaires sociales

N° RM2010- 162P

RAPPORT

ANALYSE DE L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES AU TITRE DE L'AIDE MÉDICALE D'ÉTAT

Établi par

ALAIN CORDIER

Inspecteur général des finances

FREDERIC SALAS

Inspecteur des affaires sociales

- NOVEMBRE 2010 -

SYNTHÈSE

L'aide médicale de l'État (AME) est un dispositif de prise en charge des soins pour les étrangers en situation irrégulière résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois et disposant de ressources inférieures à un plafond identique à celui exigé pour bénéficier de la CMUC (634 € mensuels pour une personne seule, 951 € pour deux personnes).

Depuis sa création dans la continuité de l'aide médicale départementale, l'AME a fait l'objet de plusieurs rapports. Le rapport ci-joint s'inscrit dans le prolongement du rapport IGF/IGAS de mai 2007.

Une forte augmentation des dépenses d'AME (droit commun) a été observée en 2009 (+13,3 %), pour atteindre 540 M€, largement supérieure au rythme de progression des dépenses d'assurance maladie. Cette progression s'est à peine ralentie au premier semestre 2010 (+12,3 %).

Les ministres commanditaires ont demandé à la mission d'analyser les causes d'une telle évolution, et de proposer toutes solutions utiles pour améliorer la fiabilité des prévisions budgétaires (au sein du programme 183 « protection maladie »), voire pour renforcer la maîtrise du dispositif.

A leur demande, la mission devait également examiner les modalités de mise en place d'une contribution forfaitaire des bénéficiaires de l'AME sous forme d'un droit d'entrée dans le dispositif, et en évaluer le bénéfice-coût.

La mission s'est efforcée, par une observation la plus fine possible, de mieux comprendre les caractéristiques des dépenses au titre de l'AME.

A ce titre, la mission a effectué un travail approfondi sur les dépenses AME des deux plus importantes CPAM concernées, Paris et Bobigny qui, avec la CPAM de Créteil, représentent près de 50 % des dépenses d'AME. En contre point de ce travail sur les données de liquidation, la mission s'est déplacée dans deux hôpitaux particulièrement concernés par la hausse des dépenses de l'AME, l'hôpital Delafontaine à Saint-Denis, premier offreur de soins au titre de l'AME en Seine-Saint-Denis, et l'hôpital Avicenne à Bobigny (AP-HP), troisième offreur de soins au titre de l'AME en Seine-Saint-Denis.

La mission a examiné une série de questions pour formuler son diagnostic :

- ◆ quelles sont les caractéristiques de la population des bénéficiaires de l'AME et de sa dépense médicale ?
- ◆ peut-on repérer statistiquement des causes explicatives de son évolution ?
- ◆ l'évolution observée des dépenses est-elle le reflet d'une augmentation des fraudes ?
- ◆ dans quelle mesure l'évolution des dépenses pourrait-elle s'expliquer par l'évolution des réglementations et des pratiques s'agissant de la gestion des droits par les préfetures et les CPAM et des processus de contrôle des droits par les hôpitaux ?

Elle s'est alors penchée spécifiquement sur les mesures susceptibles de limiter l'évolution des dépenses de l'État au titre de l'AME :

- ◆ mise en place d'un droit de timbre ;
- ◆ réforme des modalités de facturation des dépenses hospitalières au titre de l'AME ;
- ◆ harmonisation des règles de gestion administratives ;
- ◆ « fluidité » renforcée des parcours de soins.

La mission dégage quelques grandes observations :

- ◆ Les bénéficiaires de l'AME sont majoritairement des hommes seuls dans un état de santé dégradé ne recourant aux soins et à une couverture maladie qu'en cas de besoin. A plus de 80 % ils n'ouvrent des droits que pour eux-mêmes. Les familles de six personnes et plus constituent moins de 0,5 % du total des ouvrants droits. La consommation de soins n'est par ailleurs pas corrélée à la taille de la famille.
- ◆ Le bénéficiaire de l'AME a, en 2008, consommé 1 741 € de soins, là où le bénéficiaires de la CMUC consomme 2 606 € et le bénéficiaire du régime général 1 580 €.
- ◆ Une forte proportion des bénéficiaires de l'AME (97 %) recourt aux soins de ville mais pour un montant d'autant plus limité que contrairement aux bénéficiaires de la CMUC, il n'existe aucun dispositif de prise en charge des produits et prestations, orthèses prothèses au-delà du tarif de responsabilité. Mais la dépense est particulièrement concentrée sur l'hôpital avec de plus quelques gros consommateurs. A Paris 173 personnes (0,3 % des bénéficiaires) ont consommé plus de 100 000 € de soins. Avec 27 M€ de dépenses, ces personnes représentent 18 % de la dépense de la CPAM de Paris, et 5 % de la dépense France entière.

La mission dégage quelques éléments de diagnostic :

- ◆ L'évolution forte des dépenses d'AME en 2009 et sur le premier semestre 2010 ne s'explique pas par une croissance massive du nombre de bénéficiaires de l'AME, puisqu'il n'y a pas eu d'augmentation notable du nombre de consommateurs de soins.
- ◆ L'hyper-concentration de la dépense rend très difficile, voire sans grande signification, toute prévision ou interprétation statistique. A tout le moins elle renvoie la mission à une grande prudence.
- ◆ Il n'est pas possible d'établir statistiquement un lien entre l'évolution des dépenses et l'évolution des abus et fraudes.
- ◆ L'évolution des dépenses d'AME pourrait être liée principalement à l'effort d'amélioration du contrôle des droits par les hôpitaux, qui permet une nette amélioration des mises en recouvrement.
- ◆ Les conditions d'application de la procédure « étranger malade », qui a pour effet d'ouvrir une couverture médicale de droit commun sécurité sociale ou CMU résidence et CMUC à un étranger gravement malade, ont des conséquences directes et immédiates sur le montant des dépenses de l'AME, et l'observation peut être faite d'un probable transfert de charges vers l'AME.

Au regard de ses observations, la mission ne recommande pas la mise en œuvre d'un droit d'entrée pour l'AME. A tout le moins, la mission recommande qu'une étude d'impact soit conduite avant toute décision, parce que :

- ◆ le premier effet pourrait être celui de l'accroissement des dépenses allant bien au-delà de l'économie escomptée, le montant du droit de timbre pouvant conduire à retarder une prise en charge médicale et à un recours tardif à l'hôpital, nettement plus coûteux, voire à accroître le montant des créances non recouvrées des hôpitaux en cas de difficultés à établir des droits au titre de l'AME,
- ◆ le deuxième effet pourrait être celui de risques sanitaires sérieux du fait des retards induits sur le recours aux soins ambulatoires par la population concernée,
- ◆ l'effet de responsabilisation sur la consommation de soins risquant d'être en revanche très faible sur une population peu insérée socialement.

La mission propose :

- ◆ une réforme de la facturation des séjours hospitaliers au titre de l'AME pour un passage à une facturation de droit commun selon les modalités de la T2A avec pour effet une économie pour le budget de l'Etat supportant l'AME, de 130 M€ sur 540 M€ de dépenses en 2009. Le manque à gagner pour les hôpitaux devra faire l'objet de mesures de compensation transitoires ;
- ◆ la nécessité d'accentuer sérieusement et rapidement les efforts visant à mieux organiser l'aval des séjours hospitaliers pour les bénéficiaires de l'AME ;
- ◆ la correction de l'effet de seuil de ressources pour l'ouverture des droits à l'AME. A ce titre, la mission préconise que soit engagée une réflexion sur la poursuite du bénéfice de l'AME au dessus du plafond de ressources actuel moyennant le paiement d'une contribution dont le calcul serait aligné sur la contribution pour bénéficier de la CMU de base ;
- ◆ d'aller au bout de la « logique » du programme 183 « protection maladie » qui regroupe les actions AME et CMU, en revisitant la distinction entre CMU et AME pour ne retenir qu'un seul dispositif,
 - à défaut de mettre fin à l'empilement de dispositifs, la mission préconise *a minima* une harmonisation rapide des pratiques administratives. Ainsi elle souligne la nécessité d'une application plus harmonisée et homogène de la réglementation par les services que ce soit pour l'attribution des droits liés aux dispositions relatives au séjour des étrangers malades ou pour l'appréciation des conditions de la régularité du séjour. Cette appréciation doit être encadrée par des instructions ministérielles partagées par toutes les directions concernées garantissant ainsi un égal accès au droit sur tout le territoire.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
1. QUELQUES OBSERVATIONS POUR MIEUX COMPRENDRE	3
1.1. Une première observation liminaire : la difficile quête statistique.....	3
1.2. Une seconde observation liminaire : plus qu'un risque d'abus de droit, la question qui se pose est celle du risque d'un renoncement aux soins faute d'insertion et d'inscription dans les démarches d'accès à une protection sociale.....	3
1.3. Les bénéficiaires de l'AME : une majorité d'hommes seuls	4
1.4. La consommation moyenne annuelle des bénéficiaires de l'AME est de 2041 €.....	4
1.5. Une très forte proportion des bénéficiaires de l'AME recourent aux soins de ville, mais la dépense de l'AME est particulièrement concentrée sur quelques gros consommateurs à l'hôpital	5
1.6. La mission a voulu analyser quelques consommations « exceptionnelles »	6
1.6.1. <i>La procréation médicalement assistée</i>	7
1.6.2. <i>Les greffes</i>	7
1.7. Les motifs possibles de fraudes.....	7
1.7.1. <i>La fraude à l'identité</i>	8
1.7.2. <i>La fraude à la résidence</i>	8
1.7.3. <i>L'impact de l'effet de seuil de ressources</i>	8
2. QUELQUES ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC	10
2.1. L'évolution forte des dépenses d'AME ne s'explique pas par une croissance massive du nombre de bénéficiaires de l'AME	10
2.2. Un exercice de prévision de la dépense aurait peu de signification	11
2.3. Il n'est pas possible d'établir statistiquement un lien entre l'évolution des dépenses et l'évolution des abus et fraudes.....	12
2.4. L'évolution des dépenses d'AME pourrait être liée pour beaucoup à l'effort d'amélioration du contrôle des droits par les hôpitaux permettant une meilleure mise en recouvrement	12
2.5. La mission note par ailleurs un probable transfert de dépenses relevant normalement du dispositif « étranger malade » vers les dépenses de l'AME.....	13
2.6. La mission note également un impact possible de l'appréciation restrictive de la condition de régularité du séjour	14
3. QUELQUES MESURES DE MAÎTRISE DE L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES.....	16
3.1. La mission ne recommande pas la mise en œuvre d'un droit d'entrée à l'AME.....	16
3.1.1. <i>La mise en place d'un droit de timbre apparaît la solution la moins complexe du point de vue du recouvrement mais pose des problèmes d'affichage de la dépense budgétaire difficiles à résoudre</i>	16
3.1.2. <i>Mais un tel dispositif comporterait un risque élevé pour la maîtrise de la dépense réelle, sans avoir d'effets de responsabilisation des assurés</i>	17
3.1.2.1. Le premier effet pourrait être celui de l'accroissement des dépenses allant bien au-delà de l'économie escomptée, du fait d'un recours supplémentaire à l'hôpital, ou bien par des créances non recouvrées des hôpitaux.....	17

3.1.2.2.	Le deuxième effet pourrait être celui de risques sanitaires sérieux du fait des retards induits sur le recours aux soins ambulatoires par la population concernée	18
3.1.2.3.	L'effet de responsabilisation sur la consommation de soins risque en outre d'être faible sur une population peu insérée socialement	18
3.2.	Compte tenu du poids très élevé des dépenses hospitalières, la mission préconise la mise en place d'une tarification hospitalière de droit commun	19
3.2.1.	<i>Le système de facturation est celui des tarifs journaliers de prestation, qui se traduit par un surcoût pour l'État de l'ordre de 130 M€</i>	19
3.2.2.	<i>L'examen des modalités de correction de la situation</i>	20
3.3.	La mission recommande une meilleure harmonisation des règles de gestion administratives	21
3.4.	La mission recommande d'améliorer substantiellement la « fluidité » des parcours de soins, et notamment le développement de structures d'aval aux soins hospitaliers	22
3.5.	Quelques recommandations pour lutter contre la fraude	22
CONCLUSION		23

INTRODUCTION

« Tout étranger résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois (...) a droit, pour lui-même et les personnes à sa charge (...) à l'aide médicale de l'État. » (Article L 251-1 du code de l'action sociale et des familles). Le plafond de ressources pour bénéficier de l'aide médicale d'État (AME) est le même que celui pour bénéficier de la CMUC, 634 € mensuels pour une personne seule, 951 € mensuels pour deux personnes au 1^{er} juillet 2010. Ainsi, l'étranger, dont les ressources se situent en dessous du plafond CMUC et qui en situation régulière bénéficie de la CMUC, bénéficie, en situation irrégulière, de l'AME.

Une forte augmentation des dépenses d'AME (droit commun) a été observée en 2009 (+13,3 %), pour atteindre 540 M€, largement supérieure au rythme de progression des dépenses d'assurance maladie. Cette progression s'est à peine ralentie au premier semestre 2010 (+12,3 %).

Les ministres commanditaires ont demandé à la mission d'analyser les causes d'une telle évolution, et de proposer toutes solutions utiles pour améliorer la fiabilité des prévisions budgétaires (au sein du programme 183 « protection maladie »), voire pour renforcer la maîtrise du dispositif. A leur demande, la mission devait également examiner les modalités de mise en place d'une contribution forfaitaire des bénéficiaires de l'AME sous forme d'un droit d'entrée dans le dispositif, et en évaluer le bénéfice-coût.

Le développement de l'AME s'est accompagné de nombreuses réflexions et recommandations depuis sa création. Comme elle l'avait indiqué dans son cadrage préalable, la mission a pris appui sur ces différents travaux, en les reprenant à son compte (une annexe à ce rapport donne une approche synthétique d'un suivi des recommandations du rapport de la mission audit de modernisation IGF/IGAS de mai 2007, « Rapport sur la gestion de l'aide médicale d'État »).

La mission a effectué un travail approfondi sur les facturations AME des deux plus importantes CPAM concernées, Paris et Bobigny qui, avec la CPAM de Créteil, représentent près de 50 % des dépenses d'AME. Les données de la caisse de Paris représentent en effet 27 % de la dépense nationale AME et contribuent pour 30 % environ à l'augmentation des dépenses constatée en 2009. Les données de la caisse de Bobigny représentent quant à elles 17 % de la dépense nationale AME et contribuent pour 18 % environ à l'augmentation des dépenses constatée en 2009.

De plus, le constat lors du comité de pilotage de l'AME de septembre 2010, d'une augmentation de 42 % des dépenses de la CGSS de Cayenne entre le premier semestre 2009 et le premier semestre 2010, a conduit la mission à faire remonter également des éléments de la facturation de cette caisse. Ces éléments se sont cependant révélés modérément exploitables.

En contre point de ce travail sur les données de liquidation, la mission s'est déplacée dans deux hôpitaux particulièrement concernés par la hausse des dépenses d'AME, l'hôpital Delafontaine à Saint-Denis (non AP-HP) premier offreur de soins au titre de l'AME en Seine-Saint-Denis, et l'hôpital Avicenne à Bobigny (AP-HP), troisième offreur de soins au titre de l'AME en Seine-Saint-Denis.

La mission a examiné une série de questions pour formuler son diagnostic :

- ◆ quelles sont les caractéristiques de la population des bénéficiaires de l'AME et de sa dépense médicale ?
- ◆ peut-on repérer statistiquement des causes explicatives de son évolution ?

Rapport

- ◆ l'évolution observée des dépenses est-elle le reflet d'une augmentation des fraudes ?
- ◆ dans quelle mesure l'évolution des dépenses pourrait-elle s'expliquer par l'évolution des réglementations et des pratiques s'agissant de la gestion des droits par les préfectures et les CPAM et des processus de contrôle des droits par les hôpitaux ?

Elle s'est alors penchée spécifiquement sur les mesures susceptibles de limiter l'évolution des dépenses de l'État au titre de l'AME :

- ◆ mise en place d'un droit de timbre ;
- ◆ réforme des modalités de facturation des dépenses hospitalières au titre de l'AME ;
- ◆ harmonisation des règles de gestion administratives ;
- ◆ « fluidité » renforcée des parcours de soins.

1. Quelques observations pour mieux comprendre

1.1. Une première observation liminaire : la difficile quête statistique

La mission a observé :

- ◆ une « fragilité » certaine dans les remontées d'informations, qui l'a conduite à demander à ses différents interlocuteurs des travaux complémentaires pour consolider la fiabilité des données fournies ;
- ◆ l'impossibilité connue de remonter plus de 24 mois consécutifs d'informations mensuelles dans les chaînes de liquidation de l'assurance maladie (ERASME), ce qui rend délicate à réaliser et peu solide toute étude de tendances ;
- ◆ des modifications de normes de télétransmission, accroissant la difficulté d'interprétation des chiffres :
 - la mise en place récente (2009) de certains outils et paramétrages, comme l'identification des soins pour les bénéficiaires de l'AME dans les données de l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH), ou encore la comptabilité auxiliaire des prestations (CAP) dans les CPAM, qui se révèle un outil comptable peu maniable pour le suivi spécifique de l'AME ;
 - la mise au jour, à l'occasion de ce travail sur l'AME, de la difficulté, connue de tout expert depuis des années, à apparier les chiffres issus des chaînes de liquidation de l'assurance maladie (ERASME, SNIIRAM, chiffres comptables), du PMSI (données hospitalières de l'ATIH), de la DGFIP, et l'impossible chaînage des parcours de soins, d'autant plus que le très faible nombre de bénéficiaires de l'AME au regard de l'ensemble des assurés sociaux ne fait pas du suivi précis des données AME une priorité dans les traitements statistiques. La mission note cependant avec intérêt de récents progrès décisifs au département statistique de la CNAMTS, en lien avec le Contrôle médical.

Au total, pour la mission cela doit conduire à une réelle prudence dans les affirmations statistiques.

1.2. Une seconde observation liminaire : plus qu'un risque d'abus de droit, la question qui se pose est celle du risque d'un renoncement aux soins faute d'insertion et d'inscription dans les démarches d'accès à une protection sociale

La complexité de l'accès aux droits et l'inquiétude ressentie vis-à-vis d'un environnement souvent perçu comme hostile font que les bénéficiaires potentiels ne recourent à l'AME qu'en cas de forte nécessité.

L'organisation Médecins du Monde, que la mission a rencontrée, estime par exemple que 71 % des patients de ses centres d'accueil, de soins et d'orientation sont des étrangers sans autorisation de séjour dont 80 % auraient des droits effectifs non ouverts. Cette organisation note ainsi¹ que « sur le plan de la couverture maladie, les trois quarts des femmes enceintes relèvent théoriquement d'un dispositif de couverture maladie, 57,5 % de l'AME et 16,7 % de l'assurance maladie. Dans les faits, 7,2 % de celles qui pouvaient y prétendre disposent de droits ouverts, proportion qui est encore plus faible que celle des autres consultantes (15,6 %) ».

¹ Médecins du monde : « Observatoire de l'accès aux soins de la mission France » pour 2009 page 78.

Rapport

La DREES dans son étude de 2008² notait également que « le renoncement est avant tout motivé par des raisons financières ou lié au fait que les personnes ont d'autres priorités, comme le logement ou l'alimentation. 4 % des personnes n'ont pas eu recours à des soins par peur des contrôles de police et méconnaissance du système de soins (elles ne savaient pas à qui s'adresser) ».

Selon l'OFII, à l'admission dans les centres d'accueil pour demandeur d'asile seuls 58,5 % des demandeurs d'asile ont une CMU³.

1.3. Les bénéficiaires de l'AME : une majorité d'hommes seuls

Les bénéficiaires consommants de l'AME sont à 80 % des personnes qui n'ouvrent des droits que pour elles mêmes.

Les familles de six personnes et plus constituent moins de 0,5 % du total des ouvrants droits. La consommation de soins n'est par ailleurs pas corrélée à la taille de la famille. A Paris, en 2009 où l'on observe que deux personnes ont ouvert des droits à huit autres personnes, il faut noter que la première famille a consommé 5 650 € de soins dans l'année, et la seconde 1 523 €.

Si les hommes jeunes sont surreprésentés dans l'AME au regard des assurés sociaux, leur état sanitaire apparaît plus dégradé que celui des assurés de même âge. Leur consommation de médicaments montre que, comparés à la population générale de même âge et de même sexe, les bénéficiaires de l'AME recourent plus fréquemment aux médicaments indiqués dans des pathologies sévères : deux fois plus pour les hépatites virales chronique, 50 % de plus pour les cancers et le diabète par exemple.

1.4. La consommation moyenne annuelle des bénéficiaires de l'AME est de 2041 €

La consommation moyenne annuelle des 267 918 personnes ayant eu une consommation d'au moins un euro au titre de l'AME en 2009 est de 2041 €, contre 1803 € en 2008 (267 588 consommants).

Rapportée aux seuls consommants de la rubrique concernée, les bénéficiaires de l'AME ont consommé en 2009 :

- ◆ 616 € de soins ambulatoires, 215 € en consultation médicale, 297 € de pharmacie ;
- ◆ 8 931 € de soins hospitaliers.

La dépense moyenne annuelle des bénéficiaires de l'AME apparaît ainsi nettement inférieure à celle de la population générale.

Toutefois, la mission note qu'une comparaison sans plus de finesse d'analyse, de la consommation moyenne des bénéficiaires de l'AME avec la consommation moyenne des assurés, apparaît peu pertinente en raison des caractéristiques des bénéficiaires de l'AME.

La population bénéficiaire de l'AME est une population moins stable que la population générale. Les flux trimestriels de bénéficiaires se décomposent en trois tiers : un tiers de renouvellement de droits, un tiers d'entrées et un tiers de sorties. Dès lors le « consommant moyen » ne consomme sans doute souvent qu'une partie de l'année.

² DREES Études et résultats n° 645 de juillet 2008 « Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins ».

³ « La santé des demandeurs d'asile et des réfugiés hébergés en CADA et CPH en 2009 » Étude de l'OFII 19 mai 2010.

Rapport

La mission observe également que la comparaison des dépenses est nettement faussée du fait des différences de modalités de facturation des soins hospitaliers, largement au désavantage des dépenses de l'État (cf. plus loin).

Malgré cela, si l'on rapproche les consommations des bénéficiaires de l'AME de celles des bénéficiaires de la CMUC, en adoptant les mêmes conventions que le Fonds CMU, c'est-à-dire en divisant chaque consommation par le nombre total de bénéficiaires consommateurs de toutes les catégories, globalement le bénéficiaire de l'AME est plus proche dans sa consommation totale de soins de l'assuré du régime général, mais avec une consommation de ville inférieure aussi bien à celle des assurés sociaux hors CMUC, qu'à celle des bénéficiaires de la CMUC.

Le bénéficiaire de l'AME a, en 2008, consommé 1 741 € de soins, là où le bénéficiaires de la CMUC consomme 2 606 € et le bénéficiaire du régime général 1 580 €. Le bénéficiaire de l'AME a consommé 535 € de soins de ville là où le bénéficiaire de la CMUC a consommé 1 031 € et l'assuré du régime général 772 €. En dépense à l'hôpital, nonobstant la différence de tarifs, le bénéficiaire de l'AME a consommé 1 206 €, le bénéficiaire de la CMUC 1 574 € et l'assuré moyen 808 €⁴.

Les prestations et les dépenses sont automatiquement limitées par l'écart existant entre les tarifs de remboursement et les coûts de certains actes et prestations relevant de la liste des produits et prestations (LPP). Les prestations servies aux bénéficiaires de l'AME sont ainsi inférieures à celles dont bénéficient les assurés CMUC, ces derniers ayant droit au bénéfice d'un « panier de soins », et, dans ce cadre, à des barèmes de remboursements supérieurs aux tarifs de responsabilité de l'assurance maladie pour l'orthodontie, les prothèses dentaires, les prothèses auditives, l'optique et les dispositifs médicaux.

1.5. Une très forte proportion des bénéficiaires de l'AME recourent aux soins de ville, mais la dépense de l'AME est particulièrement concentrée sur quelques gros consommateurs à l'hôpital

Une forte proportion des bénéficiaires de l'AME recourent aux soins de ville.

En 2009, à Paris, 97 % des bénéficiaires (69 000 sur 71 000), ayants droits et ouvrants droits ont eu recours à des prestations en ville, pas seulement des délivrances de pharmacie mais également de manière significative aux consultations de généralistes ; 82 % y ont recouru en 2009. Les mêmes comportements se retrouvent pour les bénéficiaires relevant de la CPAM de Bobigny.

La médecine de ville contribue donc de façon significative à la prise en charge médicale des bénéficiaires de l'AME pour un coût total honoraires, dépenses de pharmacie et de transports, qui reste dans 80 % des cas inférieur à 1 000 € par an.

Mais la dépense moyenne des bénéficiaires de l'AME est caractérisée par un poids élevé des dépenses à l'hôpital et dans ce cadre une concentration sur quelques personnes très malades.

La part des dépenses d'hospitalisation des bénéficiaires de l'AME est de 70 %, quand elle est d'un peu plus de 50 % pour l'ensemble des assurés sociaux. Ces dépenses d'hospitalisation se font pour 93 % à l'hôpital public (soit dix points de plus que pour les assurés sociaux).

⁴ La différence entre le montant moyen des soins hospitaliers rapportés aux seuls consommateurs de ce type de soins 8 931 € et le montant moyen rapporté à l'ensemble de la population consommant : 1 206 € montre les limites méthodologiques d'une telle comparaison.

1.6. La mission a voulu analyser quelques consommations « exceptionnelles »

L'examen des bases de données de la liquidation a été l'occasion de détecter des consommations « exceptionnelles ». La mission a demandé aux services des deux CPAM concernées d'en analyser les raisons avec le concours du service du contrôle médical afin de déterminer les éventuelles fraudes qu'elles pourraient recéler.

Pour la CPAM de Bobigny les dix premières consommations de pharmacie du 4^{ème} trimestre 2008 avaient été retenues ; elles représentaient un total de plus de 80 k€ pour le trimestre et deux consommations étaient supérieures à 10 k€. Les dix premières consommations de transport dont une supérieure à 14 k€ ont également été examinées.

S'agissant des dépenses de pharmacie, toutes étaient justifiées par des pathologies très lourdes. S'agissant des transports quelques anomalies et surfacturations ont été identifiées mais ne dépassaient pas la moyenne des irrégularités constatées de manière récurrente, dans le régime général, pour ces prestations ; elles tenaient aux transporteurs et non aux malades dont plusieurs sous dialyse.

Parmi ces gros consommateurs, plusieurs étaient à l'AME depuis plus d'un an, un depuis 2002, trois depuis 2005.

Pour la CPAM de Paris une extraction des consommations élevées en 2009 a également été réalisée pour les hospitalisations, la pharmacie, les transports et les soins d'auxiliaires médicaux.

S'agissant du poste pharmacie les bénéficiaires étaient atteints de pathologies lourdes et bénéficiaient de traitement coûteux par exemple des antinéoplasiques inhibiteurs de la protéine kinase (4 388 € la boîte de 60 comprimés). Toutefois selon le service médical, parmi les assurés listés pour le poste « pharmacie », quatre s'étaient vu délivrer au cours de l'année 2009 des quantités de traitement qui ne semblaient pas compatibles avec un usage thérapeutique habituel en raison :

- ◆ de chevauchements de prescriptions de traitements coûteux mettant parfois à disposition du patient le double des doses habituellement prescrites ;
- ◆ du nombre de conditionnements facturés par la pharmacie qui n'avait pas délivré le conditionnement le plus économique par rapport à la prescription.

S'agissant des soins de ville, pour 3 assurés, il était relevé un nomadisme médical modéré avec des prescriptions médicales nombreuses.

S'agissant des transports, ils étaient associés à des dépenses d'hospitalisation ou de pharmacie élevées. Les mêmes constats ont été effectués pour les dépenses d'auxiliaires médicaux pour lesquels étaient observées des poly pathologies sévères.

S'agissant enfin des hospitalisations, les deux dossiers les plus onéreux comportaient des séjours en réanimation et soins intensifs supérieurs à 5 mois pour l'un et 4 mois pour l'autre (2 500 € la journée). Sans qu'il s'agisse des dépenses les plus élevées, 15 bénéficiaires de l'AME totalisaient en 2009 plus de 200 jours d'hospitalisation en médecine, chirurgie obstétrique. Un bénéficiaire avait également été hospitalisé 394 jours sur une période quasi-continue d'août 2008 à novembre 2009, en psychiatrie générale, au sein du même établissement pour un coût de plus de 311 k€.

1.6.1. La procréation médicalement assistée

A Paris, 22 bénéficiaires de l'AME ont eu des facturations d'actes au titre de l'assistance médicale à la procréation. Le total des dépenses enregistrées pour 21 d'entre elles s'élevait en 2009 à plus de 99 000 €. Le coût moyen a été de 4 700 €, le coût médian de 3 700 €. Ce montant comprend toutes les dépenses 2009 mais seulement les dépenses 2009. Ainsi des traitements commencés en 2008 sont-ils sous évalués de même que ceux intervenus par exemple à la fin de 2009 et se poursuivant en 2010. S'agissant du profil des bénéficiaires, deux avaient dépassé l'âge de 43 ans moment de la réalisation de l'acte alors que ces actes ne peuvent pas être facturés au-delà du jour du 43ème anniversaire.

Les actes d'assistance médicale à la procréation sont soumis à entente préalable, mais l'absence de réponse dans les 15 jours vaut accord. Il n'existe par ailleurs pas, à ce jour, de critère de refus d'entente préalable pour le bénéfice d'un traitement reposant sur les modalités de couverture sociale.

Toutefois, la mission note que les exclure reviendrait à les inclure dans une liste spécifique créant ainsi un « panier de soins » spécifique AME.

1.6.2. Les greffes

Entre février et novembre 2009, 18 transplantations ont été réalisées au profit de bénéficiaires de l'AME (statistiques ATIH). 17 ont été réalisées à l'AP-HP, une à l'AP-HM. Sur les 17 réalisées à l'AP-HP, cinq ont été réalisées pour des bénéficiaires de l'AME relevant de la CPAM de Paris (rein, moelle osseuse, foie, cœur, cœur-poumon). Ces greffes ont été réalisées dans différents établissements de l'AP-HP.

Pour les 4 bénéficiaires parisiens pour lesquels des informations ont été réunies, les dates d'inscription à l'AME allaient du 01/11/2002 pour le plus ancien au 06/02/2007 pour le dernier immatriculé, soit, pour chacun des transplantés, plus de 2 ans d'antériorité à la date de l'intervention.

La mission rappelle que ce sont les autorités administratives hospitalières qui, après avoir vérifié la prise en charge, informent l'Agence de biomédecine que tel patient doit être inscrit sur la liste d'attente d'organes gérée par l'Agence. Une fois inscrits sur la liste d'attente ce sont des critères médicaux et logistiques qui, au travers d'un score, détermineront la place dans la liste d'attente. La procédure rend donc peu probable un tourisme médical et les observations statistiques démentent l'existence de filières.

1.7. Les motifs possibles de fraudes

La mission s'est intéressée aux abus et fraudes.

Les bénéficiaires de l'AME et les soins qui leur sont dispensés sont inclus dans les contrôles anti fraudes de droit commun.

La mission a entendu la délégation interministérielle à la lutte contre les fraudes et fait analyser les dossiers identifiés au travers soit de l'analyse des données de la liquidation soit au travers des statistiques de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Les travaux réalisés à la demande de la mission montrent un nombre limité de situations frauduleuses. A Paris, sur les 133 plaintes déposées par la CPAM en 2009, 13 concernaient des bénéficiaires de l'AME. Et sur les 37 plaintes se rapportant à des mésusages et/ou des trafics de Subutex 8mg, 6 concernaient des bénéficiaires de l'AME. De son côté, la CPAM de Bobigny suspecte un total de 76 bénéficiaires de l'AME de trafic de « Subutex » à la suite du

Rapport

vol d'ordonnances. Le préjudice économique représenterait 0,12 % de la dépense AME de la CPAM de Bobigny.

S'agissant des fraudes spécifiques à l'AME, il y a *grosso modo* trois motifs principaux de fraudes :

- ◆ la déclaration d'identité ;
- ◆ la déclaration de résidence ;
- ◆ la déclaration de ressources.

1.7.1. La fraude à l'identité

La création d'une carte sécurisée de bénéficiaire de l'AME devrait avoir eu pour effet de rendre plus difficile la fraude à l'identité. Toutefois, les documents produits à l'appui de la demande de carte peuvent être douteux. Cette carte pourrait donc avoir pour effet paradoxal de sécuriser *de facto* une identité incertaine.

L'absence de dispositif de récupération des cartes en cas de changement de statut – par exemple d'admission à la CMUC – pourrait avoir pour conséquence le maintien en circulation de titres annulés et l'alimentation d'un trafic.

La création, en cours, d'une base de données des bénéficiaires de l'AME et des refus devraient contribuer à améliorer la sécurité de la procédure mais la mission s'interroge sur le rapport coût / avantages que l'on peut attendre de cette base alors qu'existe déjà depuis 2008 la base de consultation des droits (CDR).

1.7.2. La fraude à la résidence

La fraude à la résidence peut concerner d'une part le lieu de résidence et d'autre part la durée de résidence de trois mois exigée pour bénéficier de l'AME. C'est essentiellement sur ce deuxième point que la fraude peut porter. Les CPAM portent une attention particulière à ce point ; des certificats, notamment médicaux, de complaisance ont été détectés.

La situation même des bénéficiaires de l'AME, en situation irrégulière, dont seulement 21 % disposent d'un logement à leur nom selon l'enquête 2008 de la DREES rend difficile la production de pièces justificatives. Toutefois, selon cette même enquête, seuls 11 % des personnes ayant répondu aux enquêteurs étaient en France depuis moins d'un an.

Ces chiffres peuvent être rapprochés de ceux de Médecins du monde estimant que 36 % des patients reçus dans les centres d'accueil de soins et d'orientation résident en France depuis moins de 3 mois, 64 % depuis moins d'un an. Enfin, selon l'assurance maladie, 40 % des bénéficiaires de l'AME résideraient en France depuis moins d'un an.

La nature même de la prestation implique que les modes de preuve soient particulièrement souples ; renforcer les exigences n'apparaît pas aux yeux de la mission une nécessité.

1.7.3. L'impact de l'effet de seuil de ressources

Il est probable que le système de prise en compte des ressources, caractérisé par un effet de seuil brutal pour l'ouverture des droits, génère des risques de fraude sur la déclaration de ressources.

Le seuil maximal des revenus déclenchant le droit à l'AME est en effet le seuil de la CMUC, soit 634 € mensuels pour une personne seule, 951 € pour deux personnes au 1er juillet 2010 : en deçà, la prise en charge des soins est de 100 %, au-delà elle est de 0 %.

Rapport

Dans les faits, il est constaté que peu de demandes sont refusées (le taux de refus total est de 9 %) au motif du dépassement du plafond de ressources, principalement en raison d'une vraie situation de précarité, mais en partie également en raison du caractère déclaratif de ressources par définition quasi-incontrôlables.

Toutefois la mission prolonge l'observation de ses prédécesseurs pour estimer que les potentialités de fraude restent limitées, et ses entretiens avec des hospitaliers notamment l'ont renforcée dans l'observation d'une population en très grande majorité en situation de grande précarité.

2. Quelques éléments de diagnostic

2.1. L'évolution forte des dépenses d'AME ne s'explique pas par une croissance massive du nombre de bénéficiaires de l'AME

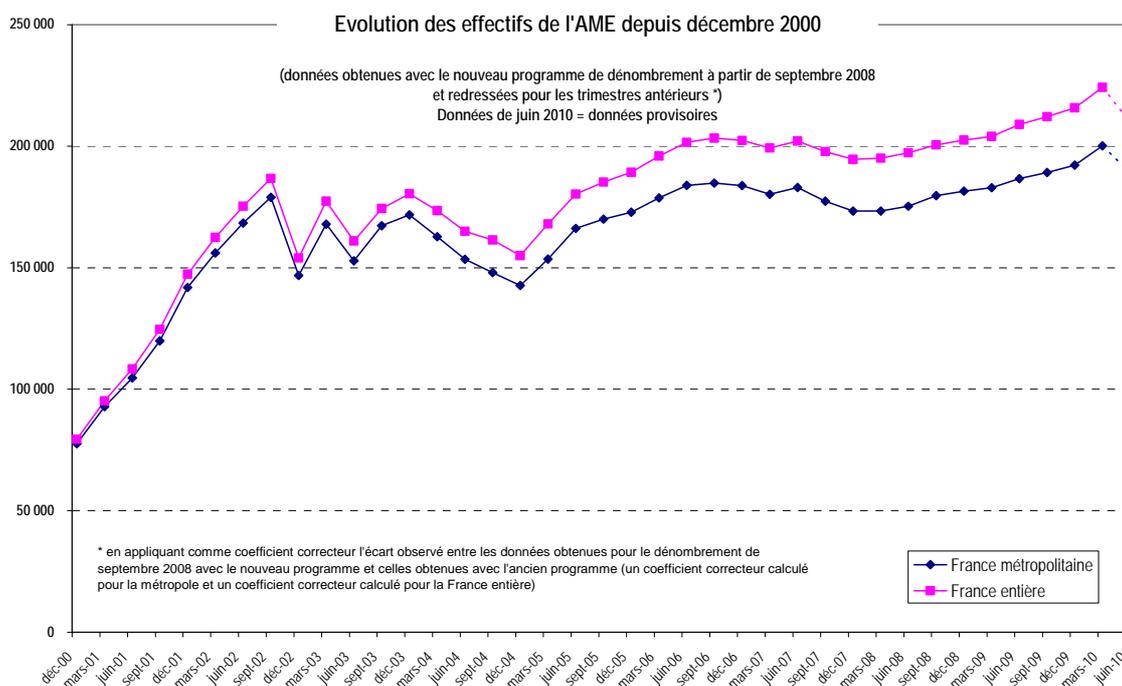
L'observation des données CPAM de Paris et de Bobigny montre une grande stabilité des principaux paramètres relatifs au nombre d'assurés consommateurs de soins.

Si l'on compare un trimestre d'une année au même trimestre de l'année suivante, à Paris comme à Bobigny les effectifs de bénéficiaires consommateurs et les dépenses progressent. Cette progression peut toutefois être très faible. Entre le 4^{ème} trimestre 2008 et le 4^{ème} trimestre 2009 à Bobigny, le nombre de bénéficiaires consommateurs varie de 168 personnes (de 23 808 bénéficiaires consommateurs au 4^{ème} trimestre 2008 à 23 976 au 4^{ème} trimestre 2009) et le montant de la dépense de 425 880 €. La variation est en revanche plus sensible à Paris puisqu'en prenant les deux mêmes trimestres pour référence, l'augmentation du nombre de bénéficiaires est de près de 6 000 (de 35 462 à 41 428).

Les dépenses moyennes en ambulatoire ou en hospitalisation complète évoluent dans des limites étroites, même si toutes sont très légèrement orientées à la hausse. Le nombre de bénéficiaires consommateurs et la dépense sont fortement corrélés ce qui n'empêche pas quelques découplages. Ainsi le nombre de consommateurs à Paris est supérieur de 1 047 personnes au 2^{ème} trimestre 2010 à ce qu'il était au 4^{ème} trimestre 2009 mais la dépense diminue de 0,8 M€.

La CNAMTS note que si le nombre des bénéficiaires inscrits à l'AME au 31 décembre a augmenté de 7 % entre 2008 et 2009 (53 % d'entre eux se situent dans les départements de Paris et de la Seine-Saint-Denis), le nombre de personnes qui ont effectivement consommé des soins dans l'année ne semble pas avoir évolué entre 2008 (267 588) et 2009 (267 918).

Graphique : Évolution des bénéficiaires de l'AME



Source : CNAMTS.

Rapport

Les demandes d'asile augmentent significativement ces dernières années, + 19,7 % de 2007 à 2008, +18,6 % de 2008 à 2009, +12,3 % d'octobre 2009 à octobre 2010 pour atteindre 42 000 fin octobre 2010. Après avoir augmenté de 30 % entre 2007 et 2008, les attributions ont baissé de 9,6 % en 2009 et de 1,5 % entre octobre 2009 et octobre 2010 (8 408 attributions sur la période). Moyennant les décalages à prendre en compte entre le dépôt d'une demande d'asile, son refus et une demande d'AME, l'évolution des attributions d'AME entre 1 et 2 % par trimestre est compatible avec l'évolution des demandes d'asile et des refus opposés. Ces refus transforment en effet en séjours irréguliers des séjours réguliers et donc représentent un transfert du bénéfice de la CMUC à celui de l'AME. Le ralentissement des demandes d'asile en 2010 devrait en conséquence se traduire par un ralentissement des demandes d'AME.

Toutefois, il y a lieu de noter une évolution au sein même de la population concernée. Les ressortissants communautaires entrés dans le dispositif AME représentent 8 % des bénéficiaires de l'AME au 2ème trimestre 2010, en augmentation de 14 % par rapport au 1^{er} trimestre 2010. 37 % sont présents sur le territoire depuis moins d'un an, 36 % entre un et deux ans, 27 % au-delà de deux ans.

Première conclusion de l'analyse : sur la base de ces constats, la mission relève que l'évolution forte des dépenses d'AME en 2009 et sur le premier semestre 2010 ne s'explique pas par une croissance massive du nombre de bénéficiaires de l'AME, puisqu'il n'y a pas eu d'incidence notable sur le nombre de consommateurs de soins⁵.

2.2. Un exercice de prévision de la dépense aurait peu de signification

On observera en premier lieu que d'importantes fluctuations à la baisse ont pu se produire dans le passé comme elles se produisent aujourd'hui à la hausse : les dépenses AME, ont enregistré par exemple une chute de plus de 10 % des décaissements en 2005 par rapport à 2004, ou encore une diminution régulière des dépenses en date de soins de 2004 à 2007.

De plus, la consommation apparaît extrêmement concentrée.

A Paris comme à Bobigny, la moitié des bénéficiaires ont consommé moins de 500 € de soins ville et hôpital en 2009. Mais à l'opposé quelques bénéficiaires ont eu des consommations supérieures à 100 000 € avec une forte proportion de dépenses hospitalières.

A Paris 173 personnes (0,3 % des bénéficiaires de Paris) ont consommé plus de 100 000 € de soins. Avec 27 M€ de dépenses, elles représentent 18 % de la dépense de la CPAM de Paris. Rapportés aux données nationales, ces chiffres indiquent que 0,6 pour mille des bénéficiaires expliquent à eux seuls 5 % de la dépense AME France entière. Les ordres de grandeur sont les mêmes pour la CPAM de Bobigny ; la consommation supérieure à 100 000 € y concerne 74 bénéficiaires (0,2 % des bénéficiaires de la Seine-Saint-Denis) qui ont représenté 14 % de la dépense de la CPAM.

Les travaux menés à la demande de la mission ont permis de constater que ces dépenses étaient médicalement justifiées même si le contrôle médical notait des problèmes dans les modalités de prise en charge.

⁵ L'hypothèse d'un état de santé dégradé motif principal d'immigration, n'est pas confirmée par les quelques études épidémiologiques dont la mission a pu avoir état.

Rapport

Il ressort des analyses conduites par la CNAMTS à partir d'un début de chaînage des bases de données PMSI, que si la croissance des dépenses se fait notamment sur les chimiothérapies, la néonatalogie, la neurochirurgie, l'insuffisance rénale et la dialyse, à chaque fois seuls quelques malades supplémentaires expliquent ces évolutions : 8 malades pour la chimiothérapie, 6 malades pour la neurochirurgie, 23 nourrissons pour la néonatalogie, 23 malades pour la dialyse.

Ceci montre bien la fragilité de tout raisonnement statistique basé sur de très faibles effectifs, en particulier pour élaborer des prévisions statistiquement crédibles de tendance.

La mission n'est pas loin de conclure à une aporie statistique...

2.3. Il n'est pas possible d'établir statistiquement un lien entre l'évolution des dépenses et l'évolution des abus et fraudes

On ne peut tirer de certaines observations « micro » de la délégation interministérielle de lutte contre la fraude la conclusion d'un effet macro-économique de l'accroissement des fraudes sur l'évolution globale des dépenses

Si des cas de recours abusifs aux services de gynécologie obstétrique ont pu être relevés, il convient de souligner a contrario la stabilité du nombre des séjours en obstétrique dans la décomposition des données épidémiologiques des bénéficiaires de l'AME.

Si une utilisation frauduleuse d'un droit à l'AME pour des proches en nombre élevé est possible, il convient de relativiser l'incidence du phénomène, en observant que plus de 80 % des bénéficiaires de l'AME sont des bénéficiaires isolés, et que les deux cas signalés plus haut de droits ouverts pour huit personnes en sus du bénéficiaire ne sont bien entendu pas à l'origine de la progression des dépenses d'AME.

De même, la mission n'a pas été en mesure d'identifier l'ampleur et l'évolution de la fraude liée à l'effet de seuil infini, et donc de déduire par ses constatations que cette fraude pouvait être un facteur explicatif de la hausse d'une année sur l'autre du nombre des bénéficiaires de l'AME ni des dépenses d'AME.

Enfin, si des risques d'identification et de doubles comptes peuvent être liés à l'absence d'un « guichet unique », la forte part des CPAM (80 %) dans la répartition des demandes par rapport au lieu de dépôt de la demande (les CCAS représentant 7 %, et les associations 13 %) est de nature à limiter la fréquence et l'incidence financière du phénomène.

2.4. L'évolution des dépenses d'AME pourrait être liée pour beaucoup à l'effort d'amélioration du contrôle des droits par les hôpitaux permettant une meilleure mise en recouvrement

La mission retient, outre la donnée précitée d'une hyper concentration des dépenses sur quelques personnes, deux hypothèses principales d'explication de l'évolution de la dépense :

- ◆ une partie de l'accroissement du montant moyen pourrait refléter une augmentation de la fréquence de recours à l'AME dans l'année ;
- ◆ mais surtout les effets de l'amélioration du contrôle des droits des assurés par les hôpitaux apparaissent à la mission comme un facteur d'explication déterminant de la hausse des dépenses observée.

Rapport

La mise en œuvre de la base de données CDR (contrôle des droits) qui permet désormais à chaque hôpital de recenser les droits ouverts pour chaque malade constitue un profond changement de « culture » dans les hôpitaux, concernés aujourd'hui beaucoup plus qu'hier par une meilleure identification des débiteurs et donc une meilleure facturation des soins hospitaliers.

L'analyse des données des hôpitaux Delafontaine et Avicenne ont renforcé la conviction de la mission d'une meilleure facturation dans les hôpitaux, sans qu'il soit néanmoins possible de parfaitement « apparier » cette conviction avec les données de liquidation des CPAM.

Le recrutement ces dernières années d'une quinzaine d'assistantes sociales dans chacun des deux hôpitaux observés permettant de mieux connaître les personnes en difficultés sociales et, par là même aussi de renforcer la recherche de débiteurs solvables, conduit à mieux identifier les bénéficiaires potentiels de l'AME, de même le développement du circuit PASS d'accès aux droits, de même également une meilleure sensibilisation du corps médical aux problématiques de couverture sociale.

Ces éléments sont en tout état de cause un signe tangible de cette volonté d'une meilleure facturation hospitalière, probablement à l'origine de l'essentiel de la progression des dépenses d'AME.

2.5. La mission note par ailleurs un probable transfert de dépenses relevant normalement du dispositif « étranger malade » vers les dépenses de l'AME

La procédure « étranger malade » est une procédure qui a pour effet d'ouvrir une couverture médicale de droit commun sécurité sociale ou CMU résidence et CMUC à un étranger gravement malade. Les conditions de son application ont donc des conséquences directes et immédiates sur le montant des dépenses AME.

Quelques exemples de dépenses médicales lourdes ont ainsi incité la mission à observer l'existence manifeste d'un problème de prise en charge par l'AME de maladies, ou très lourdes, ou très longues, ou très coûteuses, là où le dispositif « étranger malade » aurait du fonctionner.

On peut par exemple considérer que vu les limites d'une prise en charge médicale nécessaire pour les porteurs d'une infection par le VIH dans l'ensemble des pays en développement, le nombre d'étrangers bénéficiaires de l'AME soignés pour VIH devrait être marginal, puisqu'ils devraient bénéficier de la procédure « étranger malade ».

Ainsi, selon une instruction de juillet 2010⁶ de la DGS, divers dysfonctionnements ont été rapportés par des travailleurs sociaux hospitaliers ou associatifs, des médecins cliniciens, ou des ARS :

- ◆ refus d'enregistrement de demande de carte de séjour vie privée et familiale en raison de l'état de santé en cas de durée du séjour en France inférieure à un an ;
- ◆ renouvellement des cartes de séjour temporaires (CST) par des autorisations provisoires de séjour (APS) successives, voire par de simples papiers de rendez-vous ;
- ◆ divulgation de diagnostics ou de pathologies transgressant le respect du secret médical ;
- ◆ difficultés de coordination, dans le cas spécifique d'étrangers placés en centre de rétention administrative (CRA), entre les services médicaux du centre de rétention, les médecins des ARS, les préfets ;

⁶ Instruction N°DGS/MC1/RI2/2010/297 du 29 juillet 2010 relative aux procédures concernant les étrangers malades atteints de pathologies graves.

Rapport

- ◆ demandes d'informations ou discussions à caractère médical adressées aux médecins de l'ARS, émanant de services administratifs non médicaux.

Selon cette instruction ces dysfonctionnements ont un impact :

- ◆ en termes de santé individuelle : en situation de clandestinité, les personnes renoncent parfois à une démarche de dépistage, de soins ou interrompent le suivi engagé ;
- ◆ au plan de la santé publique : la rupture avec les réseaux de soins et de prévention majeure, en cas de maladies infectieuses, les risques de transmission, voire favorise l'apparition de souches virales ou bactéries résistantes ;
- ◆ en matière de surcoût sur le budget de l'État :
 - la multiplication des demandes d'avis médical nuit à l'optimisation des moyens humains alloués à cette fonction,
 - les personnes concernées restent sous le régime de l'Aide Médicale de l'État ou y reviennent (en cas de délivrance d'APS au lieu de renouvellement de CST) alors qu'un titre de séjour permet le transfert vers le régime de la CMU, voire de la sécurité sociale,
 - les personnes sont maintenues dans un état de dépendance économique (en cas de délivrance d'APS n'ouvrant pas le droit au travail en lieu et place d'une CST) alors que bon nombre de personnes vivant avec une maladie chronique grave peuvent avoir une activité professionnelle assurant leur autonomie et leur insertion.

Une circulaire du ministère de l'intérieur du 12 mai 1998 a fixé à un an la durée de résidence en France comme constituant la durée nécessaire pour que la résidence soit considérée comme une résidence habituelle pour bénéficier d'un titre de séjour au titre de la procédure « étranger malade ». Selon cette circulaire, « lorsque la condition de résidence habituelle n'est pas remplie, l'intéressé pourra obtenir une autorisation provisoire de séjour d'une durée maximum de six mois lui permettant de suivre un traitement médical dans des conditions décentes. » Certains services considèrent qu'il convient en l'espèce de retenir une durée de trois mois de résidence, d'autres ne délivrent plus d'autorisation provisoire sur cette base, alors même que la possibilité en est ouverte par l'article R 313-22 du ceseda (Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile), qui prévoit : « l'étranger mentionné au 11° de l'article L. 313-11 qui ne remplirait pas la condition de résidence habituelle peut recevoir une autorisation provisoire de séjour renouvelable pendant la durée du traitement. » A noter que la mission n'a pas pu obtenir de la préfecture de police de Paris les informations statistiques sur l'évolution de ses autorisations provisoires de séjour.

L'AME apparaît à bien des égards une solution de « facilité », que renforcent les cloisonnements administratifs. Par exemple, les services administratifs des CPAM n'ont pas connaissance des pathologies et ne sont pas conduits à aider l'étranger concerné à entreprendre une démarche « étranger malade ».

2.6. La mission note également un impact possible de l'appréciation restrictive de la condition de régularité du séjour

La mission note que si en général les conditions de durée de séjour et de revenus sont bien documentées, il n'en est pas de même des conditions d'irrégularité du séjour.

Rapport

Les conditions d'irrégularité du séjour sont appréciées au regard de la régularité pour accéder à d'autres dispositifs, notamment la CMU. Toutefois, outre des incertitudes sur une application homogène de l'appréciation de la régularité au regard notamment des titres de séjour courts et des convocations en préfecture, des questions n'ont pas été tranchées par les autorités compétentes. Les étrangers relevant de la procédure Dublin II, c'est-à-dire dont la demande d'asile est instruite par un autre pays sont ainsi considérés comme en situation irrégulière au vue d'une instruction locale à Bobigny. Les étrangers en situation régulière dans un autre pays de l'Union européenne, par exemple des marocains réguliers en Espagne, peuvent être admis également à l'AME.

Il conviendrait que les conditions de régularité du séjour fassent l'objet d'un rappel explicite, au besoin après rapprochement des directions en charge de la santé, de la sécurité sociale et de l'immigration.

3. Quelques mesures de maîtrise de l'évolution des dépenses

Le recours aux techniques usuelles de maîtrise de l'évolution d'une dépense budgétaire (notamment le gel des mesures nouvelles ou la remise en cause d'une structure ou d'une dépense) paraît ici difficile, pour maîtriser ce qui en réalité n'est pas un budget proprement dit, mais un remboursement de dépenses constatées.

La mission a donc porté son attention sur différentes pistes de réflexion.

3.1. La mission ne recommande pas la mise en œuvre d'un droit d'entrée à l'AME

L'article L. 251-2 du code de la sécurité sociale pose le principe du paiement d'un ticket modérateur et du forfait journalier opposable aux bénéficiaires de l'AME. Mais le décret d'application n'a pas été pris en raison de difficultés de mise en œuvre. A défaut, la question se pose d'un droit d'entrée à l'AME.

3.1.1. La mise en place d'un droit de timbre apparaît la solution la moins complexe du point de vue du recouvrement mais pose des problèmes d'affichage de la dépense budgétaire difficiles à résoudre

Le futur bénéficiaire de l'AME achèterait un timbre fiscal dans le réseau banalisé (buralistes), et le remettrait lors du retrait de la carte sécurisée, telle que définie par l'arrêté du 10 juillet 2009 et en cours très progressif de déploiement. La comptabilisation serait alors effectuée sur la base des cartes délivrées, le recours à la pièce n'étant opéré qu'à des fins de contrôle.

Dès lors que la recette d'un tel droit de timbre serait identifiée comme une recette fiscale de plus pour l'État, sa responsabilité à l'égard de l'AME ne serait pas modifiée. Ce schéma s'inscrirait parfaitement dans la logique d'une gestion pour le compte de tiers qu'applique la CNAMTS à l'AME depuis 2009.

En ne modifiant pas l'inscription de la dépense « brute » de l'État au titre de l'AME, cette solution simple ne conduit pas cependant à une diminution de la dépense affichée en loi de finances.

Pour éviter l'affichage dans les crédits budgétaires des dépenses ainsi financées, deux formules pourraient alors être envisagées :

- ◆ l'affectation d'une recette fiscale à la CNAMTS, mais la mission souligne que cette solution impliquerait un traitement comptable contestable, sauf à considérer que l'AME relèverait désormais d'une responsabilité de l'Assurance maladie, bénéficiant à hauteur de la dépense nette d'une subvention d'équilibre venant de l'État ;
- ◆ la création d'un fonds de gestion pour l'AME, mais la mission souligne que cette solution signifierait une forme d'« externalisation » d'un dispositif qui *in fine* est à la charge de l'État. De surcroît la mission considère que la création d'un fonds, quelques soient les bonnes intentions de départ, est toujours source de tentations d'utilisation croissante.

3.1.2. Mais un tel dispositif comporterait un risque élevé pour la maîtrise de la dépense réelle, sans avoir d'effets de responsabilisation des assurés

Une étude d'impact mériterait d'être conduite avant toute décision, sauf à conduire à de lourds effets pervers.

3.1.2.1. Le premier effet pourrait être celui de l'accroissement des dépenses allant bien au-delà de l'économie escomptée, du fait d'un recours supplémentaire à l'hôpital, ou bien par des créances non recouvrées des hôpitaux

En ne prenant pas en compte les enfants qui seraient exonérés de la contribution forfaitaire, on peut estimer à 200 000 bénéficiaires les personnes qui acquitteraient cette contribution. La recette maximale attendue peut donc être évaluée à 6 M€.

Il conviendra de retirer de cette recette les coûts de gestion qui même s'ils sont réduits ne peuvent être totalement éliminés (sans oublier que 4 % de la recette servira à indemniser les buralistes pour la vente des timbres soit 240 000 €). La mesure aura pour effet des multiplications de visites aux guichets pour compléter des dossiers du timbre (une partie des demandeurs venant d'abord s'assurer qu'ils remplissent les conditions pour la délivrance de la carte avant de s'engager dans l'achat d'un timbre).

Si des bénéficiaires retardent leur prise en charge ambulatoire, au motif du montant de la contribution⁷ ou d'une démarche administrative supplémentaire, et se voient ensuite contraints à une prise en charge médicale plus tardivement et à l'hôpital, il en découlera « mécaniquement » une majoration nette des dépenses totales de l'AME du fait du coût moyen des dépenses hospitalières des bénéficiaires de l'AME, majoration nette très supérieure au gain escompté de 6 M€⁸.

En outre, si le paiement de ce droit de timbre devenait obligatoire, des difficultés supplémentaires d'ouverture des droits à l'AME pourraient être constatées. Déjà, alors que les hôpitaux effectuent des demandes d'AME lors de l'entrée en hospitalisation et transmettent la facture à la CPAM après ouverture du droit, l'intéressé lui-même s'abstient souvent de toute démarche pour diverses raisons. Ce comportement risque d'être amplifié par le paiement d'un droit de timbre.

Cette situation conduirait l'hôpital soit à devoir augmenter les inscriptions de créances irrécouvrables, soit à basculer la dépense en « soins urgents » éligible à l'AME. En l'absence de dispositions spécifiques pour les plus précaires, la rédaction de l'article L 254-1 du code de l'action sociale permettrait une prise en charge au titre de l'AME soins urgents des personnes qui n'ont pas un dossier d'affiliation complet (dont celles qui ne pourront pas s'acquitter du droit de timbre.)

Il convient d'observer que les crédits budgétaires d'État couvrent aujourd'hui moins de la moitié de la dépense réelle de « soins urgents », le reste restant inscrit dans les créances de l'assurance maladie sur l'État. Cette créance pourrait donc nettement augmenter (une provision a été comptabilisée à ce titre au 31-12-2009 pour 36,4 millions € par la CNAMTS).

⁷ On observe un gradient très important du renoncement aux soins selon le niveau de vie : les personnes appartenant au quintile le plus pauvre ont plus de trois fois plus de risques de devoir renoncer à des soins que celles du quintile le plus aisé – source IRDES.

⁸ Un calcul de coin de table montre aisément que si 10 % des bénéficiaires retardent leur prise en charge ambulatoire et se voient ensuite contraints à une prise en charge hospitalière, on peut estimer, sur la base du coût moyen de la prise en charge en ambulatoire et à l'hôpital, à une vingtaine de millions d'euros le risque de majoration nette des dépenses de soins au titre de l'AME.

3.1.2.2. Le deuxième effet pourrait être celui de risques sanitaires sérieux du fait des retards induits sur le recours aux soins ambulatoires par la population concernée

La santé de tous dépend de la santé de l'un... Or plusieurs études révèlent la surreprésentation de certaines maladies transmissibles au sein de la population des consommant AME ; toute méconnaissance du statut sérologique par la personne (6 % des patients atteints d'hépatite B connaissent leur diagnostic avant leur arrivée en France) ou tout retard au diagnostic peut avoir des conséquences importantes sur la dissémination de la maladie, au-delà des effets soulignés au point précédent qu'un retard de recours aux soins peut occasionner sur la dépense de soins de la personne concernée.

Selon l'INVS le nombre de cas de tuberculose déclarés était en 2008 de 5 758 cas en France (5 589 en France métropolitaine et 169 dans les territoires d'Outre-mer) contre 5 574 en 2007. Comme les années précédentes, le taux de déclaration était plus élevé en Île-de-France (17,9/100 000) et en Guyane (22,6/100 000). En Île-de-France les taux de déclaration les plus élevés en 2008 étaient observés en Seine-Saint-Denis (30,3/100 000) et à Paris (27,5/100 000).

La hausse observée du nombre de cas déclarés (+3,3 % entre 2007 et 2008) restait modérée par rapport à celle observée entre 2006 et 2007 (+4,7 %). Elle était vraisemblablement due en grande partie à une amélioration de la détection et de la déclaration des cas grâce à une meilleure sensibilisation des déclarants. Mais elle pourrait aussi témoigner d'une poursuite de l'augmentation du nombre de cas, incitant à poursuivre les efforts en matière de surveillance et de lutte contre la tuberculose.

En éloignant les publics concernés du système de soins, le risque est grand de faciliter la propagation de ce type de pathologies. Le maintien de la gratuité pour la vaccination risque d'être peu efficace à l'égard de personnes essentiellement préoccupées par le court terme et éprouvant des difficultés à s'orienter dans une réglementation complexe.

A partir de quel montant du droit de timbre, y-a-t-il un risque de retard dans la prise en charge médicale ? Il faut pour répondre :

- ◆ prendre en compte le critère des ressources – la mission souligne que pour la population concernée, un droit de timbre serait rapidement financièrement très lourd (on rappelle ici que le seuil de pauvreté est établi par l'INSEE à 949 € par mois en 2008, soit à un niveau près de 25 % supérieur au seuil d'ouverture des droits à l'AME), et que la mesure aurait un impact sur les capacités d'action des associations de proximité, appelées vraisemblablement dans bien des cas à soutenir financièrement cette charge nouvelle pour les bénéficiaires de l'AME ;
- ◆ et développer une étude épidémiologique, permettant d'approcher le risque d'un retard dans la prise en charge au vu du profil des pathologies les plus fréquentes des bénéficiaires de l'AME.

Ce questionnement renforce la nécessité d'une étude d'impact préalable.

3.1.2.3. L'effet de responsabilisation sur la consommation de soins risque en outre d'être faible sur une population peu insérée socialement

La mission observe en premier lieu que le recours à l'affiliation à l'AME se fait bien souvent à « risque ouvert » : on s'inscrit à l'AME parce qu'on a, déjà, un problème de santé.

Rapport

En second lieu, pour que le « ticket modérateur » que constituerait le droit de timbre, puisse faire son effet, notamment dans l'orientation au profit d'un meilleur parcours de soins, encore faut-il que la population concernée soit bien insérée socialement et qu'elle puisse entrer dans une démarche d'appréhension et de compréhension de son état de santé, ce qui est loin d'être le cas de la majorité des bénéficiaires de l'AME.

En troisième lieu, la mission ne perçoit pas clairement les effets que l'instauration d'un droit de timbre pourrait avoir sur la consommation hospitalière des personnes à l'AME, qui constitue l'essentiel de la dépense. Elle a plutôt pointé le risque inverse (cf. plus haut).

Au vu de ces divers éléments, la mission ne recommande pas la mise en œuvre d'un droit d'entrée à l'AME. Elle recommande à tout le moins qu'une étude d'impact soit effectuée avant toute décision.

3.2. Compte tenu du poids très élevé des dépenses hospitalières, la mission préconise la mise en place d'une tarification hospitalière de droit commun

70 % de la dépense d'AME et les trois quart de son augmentation sont imputables aux dépenses hospitalières publiques. La mission a jugé intéressant d'analyser la façon dont sont calculés les tarifs hospitaliers facturés à l'AME et l'évolution de ces tarifs pour mieux comprendre l'évolution de la dépense, au-delà des analyses sur le recours aux soins des assurés à l'AME.

3.2.1. Le système de facturation est celui des tarifs journaliers de prestation, qui se traduit par un surcoût pour l'État de l'ordre de 130 M€

Les dépenses hospitalières au titre de l'AME sont facturées aux tarifs journaliers de prestation (TJP) tout comme pour le ticket modérateur payé par les assurés sociaux.⁹

La mission a constaté que si par construction théorique le TJP devrait être un équivalent de la somme GHS + MIGAC + autres dépenses forfaitaires, la réalité est toute autre :

- ◆ les TJP sont calculés par chaque établissement hospitalier, approuvés par les ARH-ARS, selon des règles qui ne semblent pas toujours relever d'une exacte comptabilité analytique, et qui obéissent à des actualisations annuelles parfois étonnantes :
 - l'exemple de la facturation des séances de dialyse est saisissant : pour un GHS de l'ordre de 349 €, la séance sera facturée en TJP 990 € à l'AP-HP, et 1815 € à l'AP de Marseille ;
- ◆ en d'autres termes, là où le tarif de chaque GHS est le même pour tous les hôpitaux publics, sur la base d'un coût moyen (T2A), le TJP reste calculé « localement » ;
- ◆ à ceci s'ajoute un questionnement sur les taux d'évolution des tarifs, sans proportion raisonnable avec les choix retenus pour les GHS.

D'après des estimations très concordantes de la CNAMTS et de l'ATIH, le surcoût résultant pour l'État au titre des dépenses d'AME d'une application du TJP plutôt que de la tarification GHS applicable aux organismes d'assurance maladie peut être estimé à un montant de l'ordre de 130 M€, voire plus, soit un quart de la dépense AME en 2009.

⁹ Plutôt qu'augmenter le taux de ticket modérateur lors de la mise en place de la T2A, le parti a été retenu par les Pouvoirs publics de l'appliquer à un tarif plus large (ce qui a emporté de fait une même conséquence pour le tarif opposable à l'AME).

Rapport

En conséquence la mission constate que 20 à 25 % des dépenses budgétaires de l'État au titre de l'AME sont indues au regard de ce que paierait pour la même prestation l'assurance maladie (les services de la CNAMTS estimant même que le surcoût pourrait atteindre 30 % à 50 %, voire 100 % pour les séjours dont les durées de séjour sont très supérieures à la moyenne).

La mission en déduit que l'évolution consécutive des TJP dans certains hôpitaux, très concernés par l'accueil des bénéficiaires de l'AME, contribue au taux d'évolution des dépenses d'AME, en sus d'une amélioration de la facturation hospitalière.

3.2.2. L'examen des modalités de correction de la situation

La mission prend certes en compte :

- ◆ le « coût » prohibitif d'une remise en ordre immédiate. Pour la seule AP-HP par exemple, particulièrement concernée par l'accueil des bénéficiaires de l'AME, et en situation déficitaire significative, le manque à gagner serait de plus de 50 millions €, soit une aggravation du déficit de plus de 50 % !
- ◆ la régularisation législative très récente de ce mode de facturation sans base légale depuis plusieurs années, par l'insertion par la loi HPST au sein de l'article 33 de la LFSS pour 2004 d'une procédure dérogatoire applicable aux patients non assurés sociaux.

Elle souligne cependant :

- ◆ la nécessité d'une vérité des coûts de la prise en charge des soins dus aux bénéficiaires de l'AME, au profit d'une meilleure qualité du débat démocratique ;
- ◆ la nécessité de cette vérité des coûts, dans le cadre des perspectives budgétaires triennales, pour réduire le risque d'inscriptions budgétaires insincères.

Dès lors la mission envisage les préconisations suivantes :

- ◆ la diffusion d'instructions aux ARS les invitant à apporter une attention plus soutenue à l'analyse des TJP proposés par les établissements hospitaliers, pour revenir progressivement à une dépense mieux fondée sur les dépenses réelles, au titre du ticket modérateur payé par les assurés sociaux ;
- ◆ la mise en place au 1^{er} janvier 2012 d'une tarification de droit commun des soins au titre de l'AME, ce qui ne pose aucune difficulté technique, dès lors que l'on accepte de perdre provisoirement le suivi individuel des facturations, dans l'attente de la facturation individuelle des séjours hospitaliers pour l'ensemble des malades.

La mission propose, en annexe à ce rapport, des éléments juridiques et des modalités de gestion cherchant à retenir des solutions éprouvées sans développer de dispositif spécifique de gestion. La démarche consisterait à distinguer, comme pour les autres personnes malades et selon les mêmes règles d'exonération, une part du séjour facturée en GHS et une part facturée en TJP (équivalente au TM).

De manière à ne pas aggraver brutalement la situation des hôpitaux les plus concernés, une solution en trois enveloppes pourrait être envisagée mobilisant tout à la fois le programme 183 et l'enveloppe des missions d'intérêt général (MIG) :

- ◆ une part du programme 183 correspondrait au montant de la facturation *stricto sensu* GHS et TJP, selon la répartition de droit commun ;
- ◆ une autre part de ce programme correspondrait à une dotation temporaire aux hôpitaux touchés par cette modification des règles de facturation afin de lisser les effets de la perte de recettes. Les règles de gestion de cette enveloppe pourraient s'inspirer des règles existantes par exemple pour le financement des soins de suite et de réadaptation. Les montants à payer seraient inclus dans la facturation mensuelle établie par l'ARS et payés par l'assurance maladie ;

- ◆ enfin la troisième enveloppe consisterait en l'augmentation de l'enveloppe des « Missions d'intérêt général » pour prendre en compte les surcoûts dus à la précarité, notamment l'accompagnement renforcé du service social.

3.3. La mission recommande une meilleure harmonisation des règles de gestion administratives

On rappellera ici qu'un dispositif d'aide médicale gratuite (AMG) avait été créé en 1953 pour financer les dépenses liées aux soins délivrés aux personnes non affiliées automatiquement à l'assurance maladie, qu'elles soient en situation régulière ou non. Ce dispositif avait été transféré en 1984 aux départements dans le cadre de la décentralisation : Aide médicale départementale (AMD).

Jusqu'en 1993 il n'existait aucune condition de régularité de séjour tant pour l'assurance maladie que pour l'AMD qui, venant compléter ou remplacer l'assurance maladie, était réservée aux plus pauvres.

En 1993 la loi a introduit une condition de régularité de séjour pour bénéficier de l'assurance maladie, supprimant ainsi le droit à la protection sociale pour les sans-papiers qui, comme les plus pauvres, devaient se tourner vers l'aide médicale départementale.

La loi qui a créé en 1999 de la couverture maladie universelle (CMU), n'a pas été jusqu'à en faire bénéficier les étrangers en situation irrégulière, ce qui a conduit à retenir un dispositif spécifique, financé sur crédits budgétaires d'État, pour ces derniers : l'AME.

La loi a durci en 2003 les conditions de résidence exigées des étrangers pour bénéficier de l'aide médicale d'État. Un aménagement a toutefois été apporté avec la prise en charge au titre des soins urgents.

Enfin, depuis 2007, des ressortissants des pays de la communauté européenne peuvent être considérés comme en situation irrégulière et à ce titre relever du dispositif soins urgents ou de l'AME, là où autrefois, ils relevaient de la CMU.

Ainsi ces évolutions législatives ont eu pour effet de stratifier la prise en charge médicale des étrangers. A côté de l'aide médicale d'État coexistent plusieurs dispositifs qui entretiennent avec l'AME une plus ou moins grande proximité. Les frontières entre ces dispositifs sont poreuses et la réglementation, ou même seulement les conditions de son application, conduisent à des transferts de charge d'un dispositif vers l'autre (cf. plus haut).

A ce titre, la mission note que le programme 183 « protection maladie », qui regroupe les actions AME et CMU, montre une certaine logique. Selon le degré d'intégration qui lui sera reconnu l'étranger disposant de faibles ressources sera inclus dans l'un ou l'autre de ces dispositifs de protection. Étranger sans titre et ne justifiant pas de 3 mois de résidence, il relèvera du dispositif des soins urgents. Étranger sans titre mais justifiant de 3 mois de résidence, il bénéficiera de l'aide médicale d'État. Enfin étranger disposant d'un titre de séjour il bénéficiera de la CMU et de la CMUC.

Une première recommandation peut être d'aller au bout de cette « logique » du programme 183, en revisitant la distinction entre CMU et AME, pour ne retenir qu'un seul dispositif.

Mais à défaut de mettre fin à l'empilement de dispositifs, la mission préconise *a minima* une harmonisation rapide des pratiques administratives.

Il convient notamment que les conditions de régularité du séjour telles qu'énoncées dans la circulaire du 3 mai 2000¹⁰ soient appliquées par toutes les autorités compétentes.

¹⁰ « A défaut de la production d'une carte de séjour, dès lors que l'intéressé peut attester par la présentation de tout document (récépissé en cours de validité, convocation, rendez vous en préfecture, autre) qu'il a déposé un

3.4. La mission recommande d'améliorer substantiellement la « fluidité » des parcours de soins, et notamment le développement de structures d'aval aux soins hospitaliers

La mission s'inscrit pleinement dans la réflexion conduite par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) qui montre que, par bien des aspects, notre système de soins n'utilise pas ses ressources humaines et financières de la manière la plus performante. Beaucoup reste à faire, et très particulièrement sur les postes de dépenses qui sont les plus importants, c'est-à-dire sur les conditions d'un « juste recours » à l'hôpital et dans l'amélioration des « parcours de soins » des malades chroniques. Un volume conséquent d'économies d'effet durable pourrait être obtenu ainsi sans porter atteinte à la qualité des soins et même en l'améliorant.

Ce qui est vrai pour l'assurance maladie, l'est tout autant, voire davantage, pour l'AME. La mission a pu ainsi observer que quelques personnes bénéficiaires de l'AME sont maintenues hospitalisées dans des services hospitaliers faute de lits d'aval et de prise en charge adaptée. Même si leur nombre est marginal, le montant facturé à la collectivité peut être important. Le coût d'hospitalisation d'une personne une année entière en neurologie (700 € la journée) peut rapidement devenir prohibitif (plus de 255 k€).

A côté de la question des places disponibles notamment en maison d'accueil spécialisé, se pose également la question juridique de la prise en charge des frais de séjour. Une annexe à ce rapport en donne les éléments.

Vu les sommes parfois en question, la mission préconise de chercher dans la voie d'une application de la procédure de régularisation de l'article L 313-11-11 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (procédure « étranger malade »).

3.5. Quelques recommandations pour lutter contre la fraude

Considérant qu'un pourcentage, même minime de fraudes, représente une dépense indue, pénalisant d'autres éléments de la protection sociale, la mission préconise, en sus des actions conduites visant à identifier et combattre les fraudes, et du suivi des taux de refus de délivrance dans le projet annuel de performance de la mission Santé :

- ◆ que soient régulièrement « peignés » les dossiers d'AME dans les CPAM à partir de dossiers tirés de façon aléatoire, ou en fonction des dépenses, pour *a minima* améliorer la compréhension des processus frauduleux, et bien plus, mettre en évidence les situations dans lesquelles le recours à la régularisation « étranger malade » devrait être entreprise ;
- ◆ d'instaurer une mise sous entente préalable ou un accord administratif spécifique pour certaines prestations en cas d'abus constaté ;
- ◆ que soit engagée une réflexion sur une correction de l'effet de seuil d'ouverture des droits à l'AME. A ce titre, la mission suggère qu'une étude soit engagée, en y associant les associations de proximité les plus concernées, sur l'hypothèse d'une contribution de 8 % des revenus dans les mêmes conditions que celles retenues pour bénéficier de la CMU de base (8 % de la part des revenus excédant 9 029 € soit cinq fois le plafond de la sécurité sociale). Une telle formule pourrait peut-être contribuer à sécuriser le dispositif AME.

dossier de demande de titre de séjour auprès de la préfecture de son lieu de résidence, il est établi qu'il remplit la condition de régularité de résidence définie par l'article L 380-1.[du css] ».

CONCLUSION

La mission s'est efforcée, par une observation la plus fine possible, de mieux comprendre les caractéristiques des dépenses au titre de l'AME. Elle en formule quelques éléments de diagnostic, avec prudence tant il est difficile d'être statistiquement pertinent :

- ◆ l'évolution forte des dépenses ne s'explique pas par une croissance massive du nombre de bénéficiaires ;
- ◆ il n'est pas possible d'établir un lien statistique entre l'évolution des dépenses et l'observation de fraudes ;
- ◆ l'impact est grand de l'amélioration du contrôle des droits par les hôpitaux et du changement « culturel » qu'a opéré la T2A en soulignant l'importance des recettes dans l'équilibre des budgets hospitaliers ;
- ◆ il y a manifestement un transfert de charges de la procédure « étranger malade » vers l'AME.

Au regard de ses observations, la mission ne recommande pas la mise en œuvre d'un droit d'entrée pour l'AME, qui lui paraît financièrement inadapté, administrativement complexe et porteur de risques sanitaires. A tout le moins, une étude d'impact devrait être conduite avant toute décision.

La mission propose :

- ◆ une réforme de la facturation des séjours hospitaliers au titre de l'AME pour un passage à une facturation de droit commun selon les modalités de la T2A avec pour effet une économie pour l'AME de 130 M€ sur 540 M€ de dépenses en 2009. Le manque à gagner pour les hôpitaux devra faire l'objet de mesures de compensation transitoires ;
- ◆ la nécessité d'accentuer sérieusement et rapidement les efforts visant à mieux organiser l'aval des séjours hospitaliers pour les bénéficiaires de l'AME ;
- ◆ la correction de l'effet de seuil de ressources pour l'ouverture des droits à l'AME. A ce titre, la mission préconise que soit engagée une réflexion sur la poursuite du bénéfice de l'AME au dessus du plafond de ressources actuel moyennant le paiement d'une contribution dont le calcul serait aligné sur la contribution pour bénéficier de la CMU de base ;
- ◆ d'aller au bout de la « logique » du programme 183 « protection maladie » qui regroupe les actions AME et CMU, en revisitant la distinction entre CMU et AME pour ne retenir qu'un seul dispositif,
 - à défaut de mettre fin à l'empilement de dispositifs, la mission préconise *a minima* une harmonisation rapide des pratiques administratives. Ainsi elle souligne la nécessité d'une application plus harmonisée et homogène de la réglementation par les services que ce soit pour l'attribution des droits liés aux dispositions relatives au séjour des étrangers malades ou pour l'appréciation des conditions de la régularité du séjour. Cette appréciation doit être encadrée par des instructions ministérielles partagées par toutes les directions concernées garantissant ainsi un égal accès au droit sur tout le territoire.

Rapport

A Paris, le 24 novembre 2010

L'inspecteur général des finances



Alain CORDIER

L'inspecteur des affaires sociales



Frédéric SALAS

Liste des annexes

ANNEXE 1 : LETTRE DE MISSION

ANNEXE 2 : LISTE DES SIGLES

ANNEXE 3 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

ANNEXE 4 : BIBLIOGRAPHIE

ANNEXE 5 : PRESENTATION DE L'AME

ANNEXE 6 : EVOLUTION MACRO ECONOMIQUE

ANNEXE 7 : SUITES DONNEES AUX RECOMMANDATIONS PRECEDENTES

ANNEXE 8 : ACCUEIL D'AVAL

ANNEXE 9 : CONTRIBUTION DES BENEFICIAIRES AU FINANCEMENT DE L'AME

ANNEXE 10 : FACTURATION HOSPITALIERE

ANNEXE 11 : ANALYSE DES DONNEES DE LA CPAM DE PARIS

ANNEXE 12 : ANALYSE DES DONNEES DE LA CPAM DE BOBIGNY

ANNEXE 13 : ANALYSE DES DONNEES DE LA CGSS DE GUYANE

Annexe 1 : Lettre de mission



Ministère de la santé et des sports

Ministère du budget,
des comptes publics,
et de la réforme de l'Etat

Cab-rbn-JS-CW-D-2010-6579

Paris, le **23 JUL. 2010**

Les Ministres

à

Monsieur le chef de service de l'Inspection générale des finances

Monsieur le chef de service de l'Inspection générale des affaires sociales

Messieurs les chefs de service,

L'aide médicale de l'Etat (AME) a été créée par la loi du 27 juillet 1999 afin, principalement, d'assurer la couverture des soins des personnes étrangères en situation irrégulière.

En termes budgétaires, les dépenses d'AME sont rattachées au programme 183 « protection maladie » et recouvrent les dispositifs suivants :

- l'AME de droit commun, qui permet aux étrangers en situation irrégulière résidant en France depuis au minimum trois mois, de bénéficier, sous condition de ressources (7 521€ par an pour une personne seule), d'une dispense d'avance de frais et d'une prise en charge intégrale, par l'Etat, du forfait journalier hospitalier et des frais de soins relevant de l'assurance maladie et maternité ;
- les soins urgents, pour les étrangers en situation irrégulière non éligibles à l'AME ;
- l'AME humanitaire, accordée au cas par cas pour les personnes ne résidant pas habituellement sur le territoire français (étrangères en situation régulière ou françaises) ;
- les frais pharmaceutiques et soins infirmiers des personnes gardées à vue.

Depuis sa création, l'AME de droit commun a connu différents aménagements destinés à maîtriser les dépenses et à optimiser l'efficacité du dispositif. La plupart d'entre eux sont issus des recommandations de la mission d'audit de modernisation menée par vos services en 2007, notamment :

- le renforcement du contrôle des droits avec la mise en place de procédures nationales d'admission à l'AME (dont la création d'un justificatif de droit sécurisé avec photo),
- l'extension du contrôle du service médical aux bénéficiaires de l'AME,
- la subordination de la prise en charge des médicaments à l'acceptation des génériques,
- l'apurement de la dette de l'Etat envers la sécurité sociale au 31 décembre 2006,
- la revalorisation de la dotation de l'Etat au titre de l'AME, qui est passée de 234 M€ pour 2007 à 413 M€ pour 2008, dans l'objectif d'éviter que la dette ne se reconstitue.

Cependant, alors que jusqu'ici les dépenses d'AME de droit commun progressaient sur un rythme assez lent, inférieur à celui des dépenses d'assurance maladie (+ 1,5% en 2008), une forte augmentation a été constatée en 2009 (+ 13,3%), portant le niveau de dépenses de 476 M€ en décembre 2008 à 540 M€ en décembre 2009, qui ne peut s'expliquer uniquement par la hausse des effectifs, qui sont passés de 202 503 à 215 763 entre décembre 2008 et décembre 2009 (soit +6,5%).

Ainsi, la dotation initiale pour l'année 2009 de 436 M€ s'est révélée insuffisante ; une dotation complémentaire a dû être ouverte en loi de finances rectificative à hauteur de 378 M€, dont 100 M€ au titre de l'insuffisance courante sur l'AME et 278 M€ au titre de l'apurement des dettes antérieures à 2009.

Pour maîtriser le risque de dérive pour les finances publiques, il est impératif de comprendre les causes de cette augmentation, étant précisé que ces dépenses sont concentrées à hauteur de 70% sur les établissements de santé.

Plusieurs hypothèses ont commencé à être explorées :

- l'augmentation du nombre de demandeurs d'asile et donc des déboutés du droit d'asile,
- les changements dans l'application de la réglementation conduisant des communautaires inactifs à passer de la CMUC à l'AME,
- les améliorations des systèmes informatiques des établissements de santé permettant de reconnaître plus facilement le droit à l'AME,
- la déformation de la structure des dépenses au profit des pathologies les plus lourdes,
- et le mode de calcul du tarif de prestation des bénéficiaires de l'AME.

Ces pistes gagneraient à être approfondies, ce qui suppose un lourd travail d'expertise, exploitant notamment les factures de soins des établissements de santé.

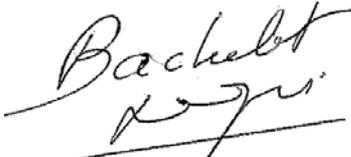
La mission devra donc d'abord s'attacher à analyser les causes de cette forte hausse des dépenses et déterminer si elles sont de nature conjoncturelle ou structurelle.

Elle devra ensuite proposer toutes solutions utiles pour améliorer la fiabilité des prévisions budgétaires. Elle avancera également des recommandations visant à renforcer le contrôle et la maîtrise du dispositif.

Elle examinera enfin les modalités de mise en place d'une participation des bénéficiaires de l'AME et, plus particulièrement, les modalités d'application d'une contribution forfaitaire annuelle sous forme de droit d'entrée au dispositif.

Pour la conduite de ses travaux, la mission pourra s'appuyer, en tant que de besoin, sur les services de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), de la direction de la sécurité sociale (DSS), de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et de ses établissements publics de santé, de la direction générale du trésor (DG Trésor) et de la direction du budget (DB).

Elle remettra son rapport au plus tard le 30 novembre, ainsi qu'un point d'étape le 15 octobre 2010.


Roselyne BACHELOT-NARQUIN


François BAROIN

Copies à :

- monsieur Ramon FERNANDEZ, directeur général du trésor
- monsieur Dominique LIBAULT, directeur de la sécurité sociale
- madame Annie PODEUR, directrice générale de l'offre de soins
- monsieur Philippe JOSSE, directeur du budget
- monsieur Frédéric van ROEKEGHEM, directeur général de la CNAMTS

Annexe 2 : Liste des sigles

AME	Aide médicale de l'Etat
APS	Autorisation provisoire de séjour
ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CADA	Centre d'accueil pour demandeur d'asile
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CDR	Consultation des droits
CESEDA	Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile
CGSS	Caisse générale de sécurité sociale
CHU	Centre hospitalo-universitaire
CMD	Catégorie majeure de diagnostic
CMU	Couverture maladie universelle (base)
CMUC	Couverture maladie universelle complémentaire
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CRA	Centre de rétention administrative
CSS	Code de la sécurité sociale
CST	Carte de séjour temporaire
DGFIP	Direction générale des finances publiques
DMS	Durée moyenne de séjour
DMT	Discipline médico tarifaire
ERASME	Extraction, Recherche, Analyse, Suivi Médico Economique
FIV	Fécondation in vitro
FJH	Forfait journalier hospitalier
GHM	Groupe homogène de malades
GHS	groupes homogènes de séjours
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances
LFR	Loi de finances rectificative
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
LPP	Liste des produits et prestations pansements orthèses prothèses
MAS	Maison d'accueil spécialisée

MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MIGAC	Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
OFII	Office français de l'immigration et de l'intégration
PMA	Procréation médicalement assistée
PMSI	Programme de médicalisation du système d'information
SIAM	Système d'information de l'assurance maladie
SNIR-AM	Système national d'informations inter-régimes de l'assurance maladie
SSR	Soins de suite et de réadaptation
T2A	Tarifification à l'activité
TJP	Tarif journalier de prestations
TM	Ticket modérateur
UE	Union européenne

Annexe 3 : Liste des personnes rencontrées

1. Cabinets ministériels

Cabinet du ministre de la santé et des sports

Thomas FOURNIER, conseiller technique

Jacques SIMBSLER, conseiller technique

Samuel PRATMARTY, conseiller technique

Cabinet du ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat

Lionel JOUBAUD, conseiller technique

Arnaud JULLIAN, conseiller technique

2. Administration centrale du ministère de la santé

Direction de la sécurité sociale

Dominique LIBAULT, directeur

Jonathan BOSREDON, sous directeur

Cécile WACQUET adjointe au sous directeur

Olivier BACHELLERY, chef du bureau 2A

Cécile VANDAMME, secrétaire générale de la mission comptable permanente

Direction générale de l'offre de soins

Annie PODEUR directrice générale

Eliane TOUSSAINT : adjointe à la sous directrice régulation et offre de soins

Emmanuel LUIGI : adjoint au sous directeur du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins

Edith GALLOUX : chargée de mission bureau R5 évaluation modèles et méthodes

3. Direction du budget

Marie SAMSON chef du bureau des comptes sociaux 6^{ème} sous direction

Laurent PELLEN adjoint au chef de bureau

4. Direction de l'immigration

François LUCAS : directeur

Jean de CROONE : directeur adjoint

Hubert BLAISON : sous directeur du séjour et du travail

Jean-Patrick BERNARD : chef du département statistiques

Pierre BOURGEOIS : chef du contrôle de la performance

Frédérique KIRCH-NOIR : conseiller santé auprès du secrétaire général

Marc PORTEUS : bureau de l'immigration familiale

Thierry PATRON : département des statistiques

5. Délégation nationale à la lutte contre la fraude

Benoit PARLOS délégué national

Geoffroy FOUGERAY, commissaire divisionnaire chargé de mission

Frédéric GAVEN, sous directeur URSSAF chargé de mission

6. ATIH

Housseyni HOLLA : directeur

Max BENSADON : chef du service architecture et productions informatiques

7. Assurance maladie

CNAMTS

Frédéric Van ROEKEGHEM : directeur général

Dominique POLTON : directrice de la stratégie, des études et des statistiques

Philippe RICORDEAU : responsable des statistiques AME

Sophie THUOT TAVERNIER : cabinet

Marie-Christine KETERS : responsable information des assurés et prévention

Florence GUILLE : direction des finances et de la comptabilité

CPAM de Bobigny

Pierre ALBERTINI : directeur général

Marion VAN WONTERGHEM : directrice adjointe

Laurence DAUFFY : directrice de la gestion du risque et de la relation avec les professions de santé

David QUAIREL : fondé de pouvoir de l'agent comptable

CPAM de Paris

Pierre ROUSSEAU : directeur de la CPAM

Danielle BEER : directrice de la régulation

Marie-Pierre RAJAONARISON : pôle statistique –informationnel

Sonja LECLERCQ : direction de la prévision

Michel ANNICK : direction des soins processus AME

Christian DIEPDALLE : directeur de service

Michel RAMBAUD : directeur de l'audit interne et de la réglementation

Dominique HENON : agent comptable, directeur des finances, comptabilité et maîtrise du risque

Dr François-Xavier BROUCK : médecin conseil

Centre hospitalier DELAFONTAINE (Saint Denis 93)

Elisabeth BEAU : directrice

François SIMON : directeur des finances

Marie-Gabrielle DANIEL attachée aux finances

Patricia LECOURT : attachée aux recettes

Stéphane LAFFON : directeur des recettes et de la gestion administrative du patient

Hôpital AVICENNE (APHP) (Bobigny 93)

Dominique DEWILDE : directrice

Sylvie LARIVEN : directrice adjointe chargée de la qualité et des droits des patients

Evelyne TRILLARD : responsable des traitements externes

Claudine MONTCHAUSSEE : responsable des frais de séjour et admissions

Camille PERREANT : élève directeur faisant fonction de directeur financier

Associations

Didier MAILLE : COMEDE

Marie HENOCQ : CIMADE

Denys HAMMEL : CIMADE

Jean-François CORTY : Médecins du Monde

Jalila BOUZID : Médecins du Monde

Nadège DROUOT : Médecins du Monde

Annexe 4 : Bibliographie

Blanche GUILLEMOT, François MERCEREAU, « Rapport sur l'évolution de l'aide médicale d'Etat » Rapport IGAS n°2003-022 février 2003

Jack AZOULAY, Dr Laurent CHAMBAUD, Henri HAVARD, Delphine CORLAY, Philippe SOURLAS « La gestion de l'Aide médicale d'Etat » Rapport audit de modernisation IGF, IGAS, contrôle des assurances mai 2007

Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE) ; « La régularisation pour raison médicale en France ; un bilan de santé alarmant » ; mai 2008

DREES « Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins » Etudes et résultats n°645 juillet 2008

Pierre ABALLEA Valérie DELAHAYE-GUILLOCHEAU, Jérôme GATIER, « Le passage à la facturation directe des établissements de santé anciennement sous dotation globale » Rapport IGAS –IGF décembre 2008

Le programme 183 « protection maladie » audit pour le comité d'audit des programmes (CIAP) rapport 2009 R94-01 février 2009

Pierre-Louis Bras et Dr Gilles Duhamel « Le financement de la recherche, de l'enseignement et des missions d'intérêt général dans les établissements de santé » ; Rapport IGAS novembre 2009

Secrétariat général du comité interministériel de contrôle de l'immigration « Les orientations de la politique de l'immigration » 6^{ème} rapport au Parlement décembre 2009

Comité médical pour les exilés (COMEDE) ; « Rapport d'activité et d'observation 2009 »

Etude de l'OFII « La santé des demandeurs d'asile et des réfugiés hébergés en CADA et CPH en 2009 » 19 mai 2010

Mission France de Médecins du monde Rapports 2009 et 2010 de l'observatoire de l'accès aux soins.

Annexe 5 : Présentation de l'AME

1. L'AME DE DROIT COMMUN.....	4
1.1. Une prise en charge des soins pour les étrangers en situation irrégulière résidant en France depuis plus de trois mois.....	4
1.2. Les soins pris en charge.....	5
1.3. Une dépense passée de 422 M€ en 2004 à 540 M€ en 2009	6
1.4. Les dépenses d'AME sont extrêmement concentrées (cf annexe évolution macroéconomique)	7
1.5. 227 000 bénéficiaires de l'AME au 31 mars 2010	7
1.6. Profil des bénéficiaires	9
1.6.1. Plus de 80 % des bénéficiaires sont des personnes isolées.....	9
1.6.2. Un homme jeune.....	10
1.6.3. 80 % constituent leur demande directement à la CPAM.....	11
1.6.4. Des pathologies spécifiques.....	11
1.6.5. Une dépense moyenne de 2041 € en 2009	12
2. LES SOINS URGENTS 40 M€.....	13
2.1. Règles de gestion	13
2.2. Une dotation de 40 M€ pour une dépense de 80 M€.....	14
3. L'AME HUMANITAIRE 6,4 M€.....	15
3.1. Les évacuations sanitaires par l'hôpital de Mayotte : 5,4 M€.....	16
3.2. Les prises en charge exceptionnelles par le ministre en faveur de personnes françaises ou étrangères ne résidant pas en France 1 M€.....	16
3.3. Les frais pharmaceutiques et dépenses de soins infirmiers pour les personnes gardées à vue 3 400 €.....	16
4. LA PROCEDURE ETRANGER MALADE	16
4.1. Le principe	16
4.2. Les effectifs concernés	18
5. UNE APPRECIATION RESTRICTIVE DE LA CONDITION DE REGULARITE DU SEJOUR.....	20

Un dispositif d'aide médicale gratuite (AMG) avait été créé en 1953 pour financer les dépenses liées aux soins délivrés aux personnes non affiliées automatiquement à l'assurance maladie, qu'elles soient en situation régulière ou non. Ce dispositif avait été transféré en 1984 aux départements dans le cadre de la décentralisation : Aide médicale départementale (AMD).

Jusqu'en 1993 il n'existait aucune condition de régularité de séjour tant pour l'assurance maladie que pour l'AMD qui, venant compléter ou remplacer l'assurance maladie, était réservée aux plus pauvres. La loi du 24 août 1993 relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée, d'accueil et de séjour des étrangers en France, a introduit une condition de régularité de séjour pour bénéficier de l'assurance maladie. En conséquence cette loi a supprimé le droit à la protection sociale pour les sans-papiers qui, comme les plus pauvres, devaient se tourner vers l'aide médicale départementale. En effet, cette loi avait conservé la possibilité, pour les sans-papiers, de recourir à l'aide médicale pour accéder aux soins essentiels.

La loi n°99-641 du 27 juillet 1999 qui a créé la couverture maladie universelles (CMU) n'a pas été jusqu'à en faire bénéficier l'ensemble des bénéficiaires de l'aide médicale départementale. Le législateur a de manière complémentaire créé un dispositif spécifique financé sur crédits budgétaires pour prendre en charge les soins des étrangers en situation irrégulière.

La loi 2003-1312 (article 97) a durci les conditions de résidence exigées des étrangers pour bénéficier de l'aide médicale d'Etat en subordonnant le bénéfice de l'AME à une condition de résidence « ininterrompue depuis plus de trois mois ». Un aménagement a toutefois été apporté avec la prise en charge au titre des soins urgents.

Enfin, depuis 2007, des ressortissants des pays de la communauté européenne peuvent être considérés comme en situation irrégulière et à ce titre relever du dispositif soins urgents ou de l'AME, là où autrefois, ils relevaient de la CMU.

Ces évolutions historiques ont eu pour effet de stratifier la prise en charge médicale des étrangers. A côté de l'aide médicale d'Etat coexistent ainsi plusieurs dispositifs qui entretiennent avec l'AME une plus ou moins grande proximité. Les frontières entre ces dispositifs sont poreuses et la réglementation, ou même seulement les conditions de son application, conduisent à des transferts de charge d'un dispositif vers l'autre.

Le programme 183 « protection maladie » en regroupant les actions AME et CMU montre une certaine logique. Selon le degré d'intégration qui lui sera reconnu l'étranger disposant de faibles ressources sera inclus dans l'un ou l'autre de ces dispositifs de protection. Etranger sans titre et ne justifiant pas de 3 mois de résidence, il relèvera du dispositif des soins urgents. Etranger sans titre mais justifiant de 3 mois de résidence, il bénéficiera de l'aide médicale d'Etat. Enfin étranger disposant d'un titre de séjour il bénéficiera de la CMU et de la CMUC.

Budgétairement, l'action aide médicale d'Etat du programme 183 a représenté une dépense de 587 M€ en 2009. Cette action comprend trois groupes de prestations d'importance financière très différente :

- L'AME de droit commun, 91 % de la dépense (540 M€)
- Les soins urgents : 7 % de la dépense (40 M€ de dotation, pour 76 M€ de dépenses réelles),
- L'AME humanitaires 1 % (6 M€).

Tableau 1 : Recettes et dépenses annuelles de l'action AME du programme 183 (en M€)

	2007	2008	2009	2010	2011
Dotation totale		513	592	535	
<i>dont AME droit commun</i>		<u>462</u>	<u>546</u>	<u>481</u>	
<i>dont dotation Soins urgents</i>		40	40	40	
<i>dont AME humanitaire</i>		11	6	14	
Dépenses	524	527	587	623	640
<i>dont AME droit commun</i>	<u>470</u>	<u>477</u>	<u>540</u>	<u>573</u>	<u>590</u>
<i>dont Soins urgents*</i>	40	40	40	40	40
<i>dont AME humanitaire</i>	14	11	6	10	10
Solde au titre de l'année		-14	6		

Source : DSS traitement mission

1. L'AME DE DROIT COMMUN

1.1. Une prise en charge des soins pour les étrangers en situation irrégulière résidant en France depuis plus de trois mois

Selon l'article L 251-1 du code de l'action sociale et des familles (casf) : « Tout étranger résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois, sans remplir la condition de régularité mentionnée à l'article L 380-1¹ du code de la sécurité sociale et dont les ressources ne dépassent pas le plafond mentionné à l'article L 861-1 de ce code a droit, pour lui-même et les personnes à sa charge au sens des articles L. 161-14 et L. 313-3 de ce code, à l'aide médicale de l'Etat. »

Le plafond de ressources pour bénéficier de l'aide médicale d'Etat est le même que celui pour bénéficier de la CMUC, 634 € mensuels pour une personne seule, 951 pour deux personnes au 1^{er} juillet 2010.

L'AME et les ressortissants communautaires

La directive communautaire n°2004/38/CE du 29 avril 2004 fixe les règles applicables en matière de régularité du séjour des ressortissants communautaires. Cette directive a été transposée par la loi du 24 juillet 2006 sur l'immigration et l'intégration, puis par le décret du 21 mars 2007 et précisée par la circulaire N°DSS/DACI/2007/418 de la direction de la sécurité sociale du 23 novembre 2007. La lettre réseau de la CNAMTS diffusant ce nouveau dispositif est intervenue en février 2008.

La régularité du séjour des ressortissants communautaires inactifs dans un autre Etat membre que leur Etat d'origine est, s'ils n'ont pas acquis un droit de séjour permanent à l'issue de 5 années de résidence régulière et ininterrompue dans le pays d'accueil, conditionnée par 2 critères :

- la détention d'une couverture maladie complète ;
- des ressources suffisantes afin de ne pas devenir une charge déraisonnable pour les finances de l'Etat d'accueil.

¹ Article L380-1 du css « Toute personne résidant en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de façon stable et **régulière** relève du régime général lorsqu'elle n'a droit à aucun autre titre aux prestations en nature d'un régime d'assurance maladie et maternité. »

Ainsi, un ressortissant communautaire inactif venant résider en France ne peut se prévaloir d'un droit au séjour s'il n'est pas titulaire au préalable d'une couverture maladie.

Lorsque ces deux conditions ne sont pas ou plus remplies, cette personne ne bénéficie plus d'un droit au séjour et devient irrégulière. Si cette personne tombe malade et qu'elle réside en France depuis moins de 3 mois, elle bénéficie du "dispositif soins urgents". Si elle réside depuis plus de trois mois en France, elle peut bénéficier de l'Aide Médicale d'Etat (AME) si elle en remplit les conditions, notamment de ressources.

De manière générale, ces règles s'appliquent aux ressortissants d'un Etat de l'Union européenne (UE), de l'Espace Economique Européen et de la Suisse (sous réserve des spécificités propres à l'accord UE-Suisse) et les membres de leur famille. Plus précisément, sont concernés les inactifs et les demandeurs d'emploi désireux de s'installer en France.

Les ressortissants communautaires entrés dans le dispositif AME représentent 8 % des bénéficiaires de l'AME au 2ème trimestre 2010, (5955) en augmentation de 14 % par rapport au 1^{er} trimestre 2010. 37 % sont présents sur le territoire depuis moins d'un an, 36 % entre un et deux ans, 27 % au-delà de deux ans.

L'étranger en situation régulière et dont les ressources se situent en dessous du plafond CMUC bénéficiera de la CMUC, en situation irrégulière, il bénéficiera soit de l'AME, soit des soins urgents. Il convient donc pour la CPAM qui gère le dispositif pour le compte de l'Etat par délégation du préfet de s'interroger sur la condition de régularité du séjour. Une latitude excessive est dans certains cas laissée aux services (cf infra).

1.2. Les soins pris en charge

L'article L 251-2 du casf dispose que les frais pris en charge au titre de l'AME sont « les frais définis aux 1^o, 2^o, 4^o, 6^o, de l'article L. 321-1 (assurance maladie) et à l'article L. 331-2 (assurance maternité) du code de la sécurité sociale ». Sont donc exclues les indemnités journalières (5^o de l'article L 321-1) ainsi que des prises en charges effectuées au titre d'autres articles, par exemple l'article L 344-1 du casf² pour les soins en maison d'accueil pour handicapés.

Depuis la loi de finances rectificative pour 2002 (n° 2002-1576 du 30 décembre 2002), l'article L 251-2 du casf pose le principe d'une participation aux dépenses de soins laissée à la charge du bénéficiaire (ticket modérateur) ainsi que d'une participation au forfait journalier hospitalier (FJH) dans des conditions fixées par décret. Ce décret n'ayant pas été rédigé (voir annexe droit de timbre) c'est la totalité des dépenses du bénéficiaire qui est prise en charge mais dans la limite des tarifs de responsabilité et pour les médicaments appartenant à un groupe générique à la condition que les personnes aient accepté un médicament générique.

La prise en charge étant réalisée dans la limite des tarifs de responsabilité, il existe de fait une contrainte élevée sur les produits relevant de la liste des produits et prestations (LPP) dont les coûts sont sensiblement plus élevés que le tarif de remboursement. C'est notamment en raison de cet écart entre les prix et les tarifs de remboursements que des dispositions spécifiques ont été adoptées pour les prothèses dentaires et l'optique des bénéficiaires de la CMUC. Pour un bénéficiaire de l'AME le professionnel de santé ne sera remboursé que du tarif de responsabilité et prendra à sa charge le surcoût ce qui constitue un frein certain à l'exécution d'actes peu ou mal remboursés. Il existe donc de fait un panier de soins limité en matière de produits de la LPP.

² Article L344-1 du casf « Dans les établissements ou services destinés à recevoir les personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants, les frais d'accueil et de soins sont pris en charge au titre de l'assurance maladie. »

1.3. Une dépense passée de 422 M€ en 2004 à 540 M€ en 2009

La dépense d'AME en date de paiement est passée de 422 M€ en 2004 à 540 M€ en 2009 mais il ne s'agit pas d'une évolution linéaire. En effet en 2005, la dépense avait été ramenée à 377 M€, soit une baisse de 11 % d'une année sur l'autre.

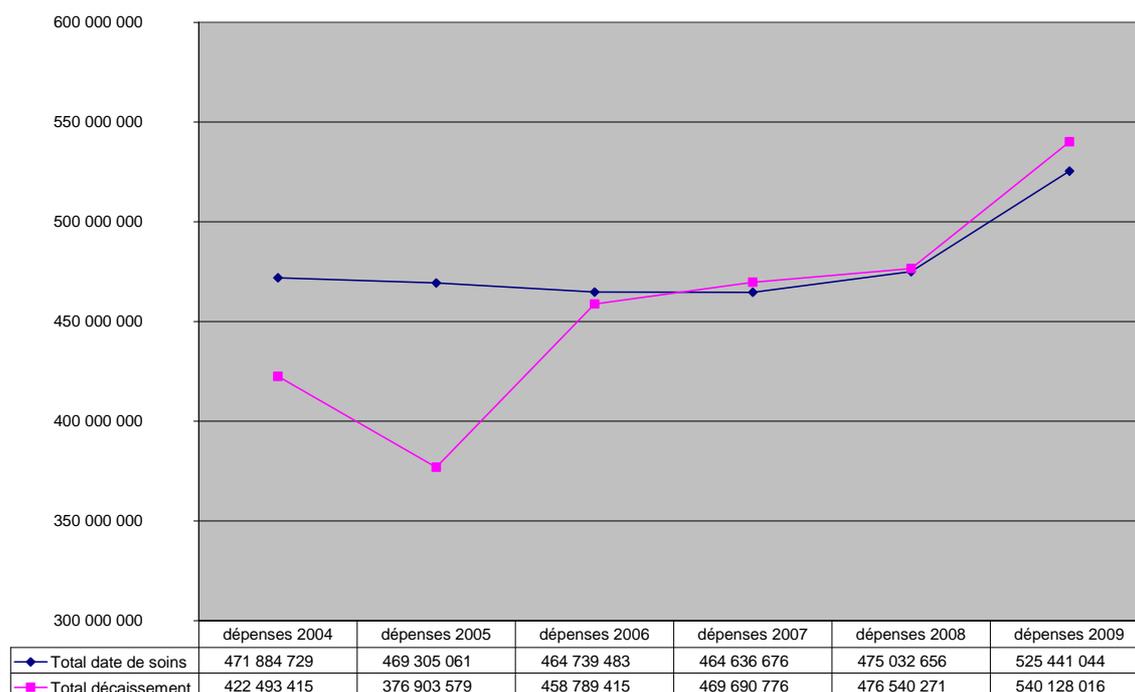
Tableau 2 : Dépense AME annuelle (en M€)

année	2004	2005	2006	2007	2008	2009
dépense AME	422,5	377	458,8	469,7	476,5	540
évolution en %		-11%	22%	2%	1%	13%

Source : DSS

Les résultats 2004 et 2005 apparaissent toutefois marqués par quelques incertitudes statistiques ainsi que l'illustre le graphique ci-dessous. A compter de 2006 en revanche les courbes des dépenses en date de soins et en date de règlement se rapprochent suffisamment pour que l'on puisse considérer qu'il n'existe plus de biais statistique majeur (cf annexe évolution macro économique).

Graphique 1 : Rapprochement des montants payés en date de soins et en décaissement sans tenir compte des 3^{ème} et 4^{ème} trimestre 2010



Source : DFC calculs mission

1.4. Les dépenses d'AME sont extrêmement concentrées (cf annexe évolution macroéconomique)

Les dépenses d'AME sont doublement concentrées :

- sur les établissements de santé (383 M€ sur 540 M€, soit 70%),
- et sur l'Ile-de-France (355 M€ sur 540 M€, soit 66%).

L'AP-HP est un acteur majeur de l'AME (113 M€ sur 540 M€, soit 21 % de la dépense totale et 30 % des 383 M€ de dépense des établissements de santé).

1.5. 227 000 bénéficiaires de l'AME au 31 mars 2010

Fin juin 2010 l'AME de droit commun comprend 226 611 bénéficiaires :

- 166 557 ouvrants droits,
- 65 054 ayants droits, dont 44 40 mineurs,

Le nombre total de bénéficiaires est en augmentation de 8,5 % par rapport au 30 juin 2009 (208 957) ; la progression se ralentit légèrement puisqu'elle était de 10 % entre mars 2009 et mars 2010 mais il s'agissait alors de la plus forte évolution observée depuis septembre 2006 en rapportant un trimestre au même trimestre de l'année antérieure.

Entre juin et septembre 2010, l'augmentation des bénéficiaires est de 1,09 %. Cette augmentation se situe dans la moyenne de ce que l'on constate depuis septembre 2006 l'augmentation d'un trimestre sur un autre s'établissant entre 1 et 2 %. L'augmentation entre janvier et mars 2010 avait avec + 4% présenté un caractère exceptionnel.

Tableau 3 : Dénombrement des bénéficiaires de l'AME

Date	France métropolitaine	France entière
31 déc 2000	77 589	79 361
31 mars 2001	92 800	95 175
30 juin 2001	104 655	108 347
30 sept 2001	119 861	124 606
31 déc 2001	141 840	147 320
31 mars 2002	156 048	162 405
30 juin 2002	168 399	175 292
30 sept 2002	178 935	186 756
31 déc 2002	146 820	154 015
31 mars 2003	167 891	177 329
30 juin 2003	152 854	161 023
30 sept 2003	167 298	174 327
31 déc 2003	171 732	180 415
31 mars 2004	162 755	173 473
30 juin 2004	153 484	164 952
30 sept 2004	148 019	161 375
31 déc 2004	142 697	154 971
31 mars 2005	153 575	168 004
30 juin 2005	166 182	180 275
30 sept 2005	169 938	185 232
31 déc 2005	172 834	189 284
31 mars 2006	178 706	195 961
30 juin 2006	183 853	201 555
30 sept 2006	184 828	203 337
31 déc 2006	183 791	202 396
31 mars 2007	180 204	199 251
30 juin 2007	183 011	202 133
30 sept 2007	177 370	197 791
31 déc 2007	173 327	194 615
31 mars 2008	173 334	195 054
30 juin 2008	175 321	197 297
30 sept 2008	179 684	200 520
31 déc 2008	181 454	202 503
31 mars 2009	182 921	204 072
30 juin 2009	186 637	208 957
30 sept 2009	189 211	212 153
31 déc 2009	192 227	215 763
31 mars 2010	200 161	224 167
30 juin 2010	202 430	226 611
30 sept 2010	188 663	209 366

Chiffres provisoires

Source : CNAMTS chiffres redressés pour les effectifs antérieurs à septembre 2008

Entre le premier trimestre et le deuxième trimestre 2010, il existe une grande stabilité dans la composition des flux qui sont composés de 36 % de renouvellement des droits, de 30 % d'entrées et de 34 % de sorties.

Durant le 2^{ème} trimestre 2010 :

- 31 355 bénéficiaires ont renouvelé leurs droits (23 196 ouvrants droits et 8 159 ayants droits),
- 26 032 nouveaux bénéficiaires sont entrés dans le dispositif (19 786 ouvrants droits et 6 746 ayants droits),
- 29 125 bénéficiaires sont sortis du dispositif (20 742 ouvrants droits et 8 383 ayants droits).

AME et demandes d'asile

Les demandes d'asile augmentent significativement ces dernières années, + 19,7 % de 2007 à 2008, +18,6 % de 2008 à 2009, +12,3 % d'octobre 2009 à octobre 2010 pour atteindre 42 000 fin octobre 2010. Après avoir augmenté de 30 % entre 2007 et 2008, les attributions ont baissé de 9,6 % en 2009 et de 1,5 % entre octobre 2009 et octobre 2010 (8408 attributions sur la période).

Le lien entre l'AME et la demande d'asile devrait prendre en compte un effet "retard". En effet, la situation des demandeurs est "régulière" jusqu'à l'obligation de quitter le territoire (OQTF), dans à peu près 3 cas sur 4, et leur permet de bénéficier de la CMU pendant cette période. La mesure du "retard" devrait être proche du temps moyen d'instruction des dossiers (18 mois).

L'augmentation des bénéficiaires de l'AME est de 4 % entre décembre 2007 et décembre 2008, de 6,54 % de décembre 2008 à décembre 2009.

Les évolutions de l'AME paraissent donc cohérentes avec les flux observés en matière de demande d'asile.

1.6. Profil des bénéficiaires

1.6.1. Plus de 80 % des bénéficiaires sont des personnes isolées

En métropole 81 % des bénéficiaires sont seuls, 9 % ouvrent des droits à une autre personne. Cette proportion est légèrement inférieure si on inclut les DOM.

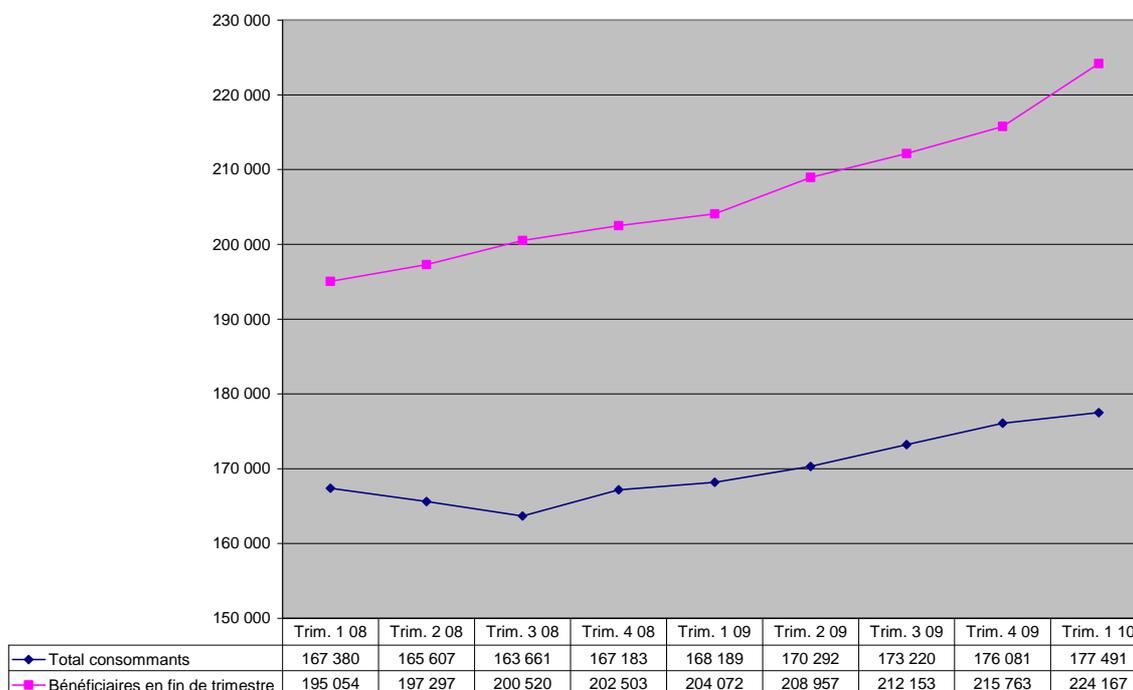
Tableau 4 : Nombre d'ayants droits par ouvrant droit (juin 2010)

Nombre de personnes de la famille au sens de la Sécurité Sociale	Métropole : nombre d'assurés affiliés à l'AME au 30/06/2010 (données considérées comme définitives)	% correspondant	France entière : nombre d'assurés affiliés à l'AME au 30/06/2010 (données considérées comme définitives)	% correspondant
1	124 598	81,18	131 807	79,13
2	13 693	8,92	16 540	9,93
3	7 616	4,96	9 154	5,50
4	4 953	3,23	5 700	3,42
5	1 820	1,19	2 193	1,32
6	539	0,35	730	0,44
7	168	0,11	262	0,16
8	58	0,04	116	0,07
9	31	0,02	53	0,03
10	6	0,00	13	0,01
11	2	0,00	6	0,00
12	2	0,00	3	0,00
13	1	0,00	2	0,00
Total	153 487	100,00	166 579	100,00

Source : CNAMTS

En données annuelles, le ratio consommateurs sur bénéficiaires évolue entre 1,36 en 2007 (264 731 consommateurs pour 194 615 bénéficiaires au 31 décembre 2007) et 1,24 en 2009 (267 918 consommateurs pour 215 763 au 31 décembre 2009). Le graphique ci-dessous retrace l'évolution trimestrielle des bénéficiaires et des consommateurs depuis l'année 2008³.

Graphique 2 : . Evolution trimestrielle des bénéficiaires et des consommateurs 2008 -2009



Source : CNAMTS calculs mission

1.6.2. Un homme jeune

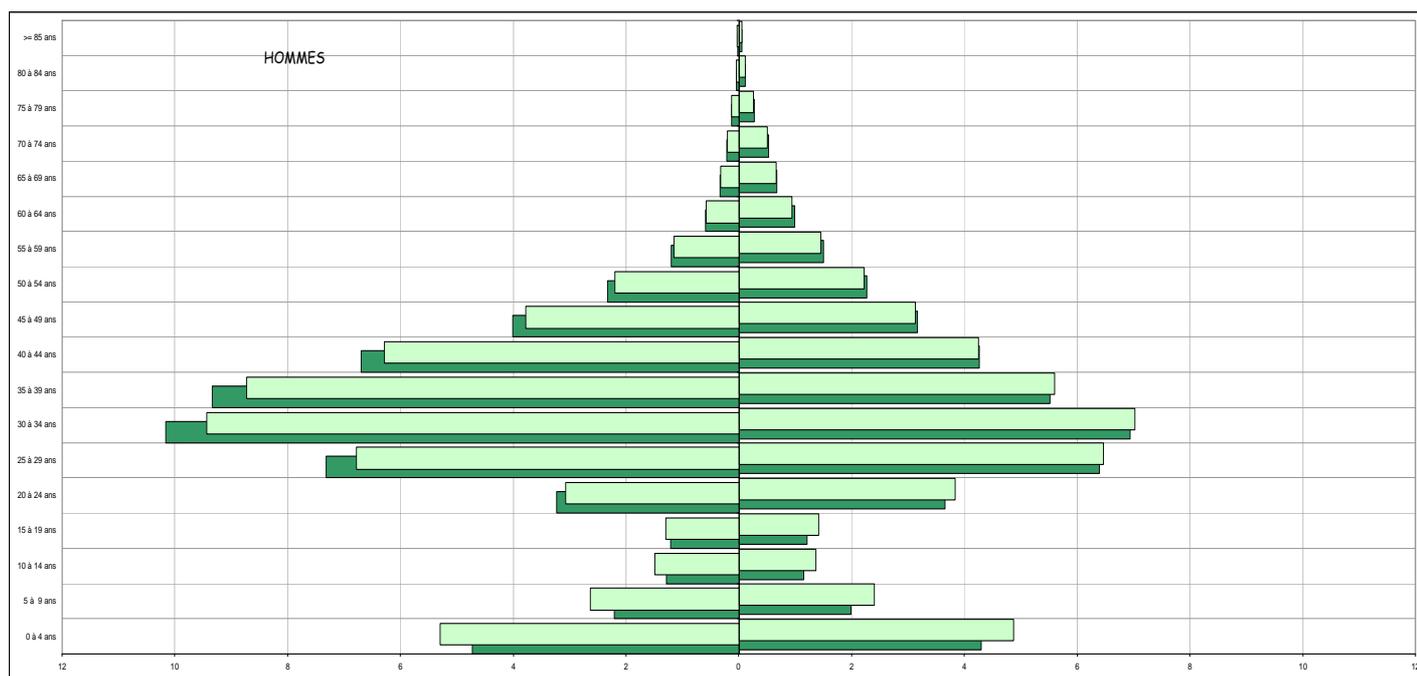
La majorité des bénéficiaires de l'AME sont des hommes entre 30 et 40 ans, suivi des hommes de 25 à 30 ans. Viennent ensuite les femmes entre 30 et 35 ans et les hommes de 40 à 45 ans, puis les femmes de 20 à 25 ans. La prise en compte des bénéficiaires dans les DOM (grisé plus clair) réduit légèrement la proportion d'hommes entre 30 et 40 ans et augmente la proportion de femmes et d'enfants en bas âge.

La DREES a réalisé en 2007 une enquête auprès des de bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins en Ile de France⁴. Selon cette étude le niveau d'étude des bénéficiaires de l'AME est relativement élevé pour les hommes comme pour les femmes ; niveau secondaire pour une personne sur deux et études supérieures pour trois personnes sur dix.

³ Les données antérieures n'ont pas pu être reconstituées en raison des contraintes de confidentialité pesant sur le SNIIRAM qui limitent la profondeur des données conservées à 2 ans plus l'année en cours.

⁴ DREES études et résultats n°645 juillet 2008

Graphique 3 : Pyramide des âges des bénéficiaires de l'AME



Source : CNAMTS

1.6.3. 80 % constituent leur demande directement à la CPAM

80 % des demandeurs déposent leur demande dans une CPAM, 13 % dans une association et 7 % dans une CCASS. Le délai moyen d'instruction des dossiers est de 20 jours.

1.6.4. Des pathologies spécifiques

D'une manière générale, le profil de consommation de médicaments est de celui d'une population souffrant, à structure d'âge égal, de maladies un peu plus sévères que celles de la population générale : davantage de médicaments antinéoplasiques, d'antiviraux, et de médicaments des toxicomanies (a contrario un recours un peu moindre aux médicaments moins indispensables comme les rétinoïdes dans l'acné, les vaccins ROR ou Gardasil, et les médicaments de l'anxiété et de la dépression).

Compte tenu du protocole retenu pour l'enquête de la DREES, les femmes sont surreprésentées (66 % des enquêtés contre 50 % des bénéficiaires de l'AME) car elles consultent majoritairement pour un suivi de grossesse ou un accouchement.

Le tableau ci-dessous récapitule par grand type les motifs de consultation et d'hospitalisation.

Tableau 5 : Répartition des patients en fonction du diagnostic ayant motivé la consultation ou l'hospitalisation

	Hommes bénéficiant de l'AME en consultation	Femmes bénéficiant de l'AME en consultation	Femmes bénéficiant de l'AME en hospitalisation
Respiratoire	23%	12%	0%
Digestif	14%	7%	3%
Ostéo-articulaire	14%	7%	2%
Dermatologie	13%	6%	0%
Maladie infectieuse grave	9%	3%	3%
Trouble dépressif ou anxieux	6%	2%	0%
Grossesse accouchement simple		30%	43%
Grossesse accouchement complexe		2%	26%
Gynécologie		10%	9%
Autres	21%	20%	14%

Source : • Enquête DREES bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins

1.6.5. Une dépense moyenne de 2041 € en 2009

Les bénéficiaires de l'AME ont consommé pour 2040,80 € en 2009. La dépense de soins ambulatoires se monte à 616,20 € celle d'hospitalisation à 8391 €

Le tableau ci-dessous retrace ces consommations. Les montants peuvent être additionnés mais le nombre de bénéficiaires et le montant moyen doivent être lus ligne à ligne. Ainsi 255 585 bénéficiaires ont eu une délivrance pharmaceutique et parmi eux une partie des 215 927 bénéficiaires qui ont consulté un médecin. Dans le total ambulatoire cette personne n'est comptée qu'une fois.

Tableau 6 : Consommation annuelle des bénéficiaires de l'AME

	2008			2009			Evolution 2008/2009		
	Montants	Effectifs (1)	Montant moyen	Montants	Effectifs (1)	Montant moyen	Montant total	Effectifs (1)	Coût moyen
Ambulatoire	143 209 109,00	254 298,00	563,10	157 482 595,00	255 585,00	616,20	10,0%	0,5%	9,4%
dont :									
Médecins	43 754 623,00	215 321,00	203,20	46 540 819,00	215 927,00	215,50	6,4%	0,3%	6,1%
Dentaire	6 415 294,00	41 016,00	156,40	6 917 888,00	44 272,00	156,30	7,8%	7,9%	-0,1%
Auxiliaires	6 575 533,00	38 019,00	172,90	7 483 178,00	39 909,00	187,50	13,8%	5,0%	8,4%
Biologie	15 008 287,00	100 211,00	149,80	16 068 983,00	104 271,00	154,10	7,1%	4,1%	2,9%
Pharmacie	60 951 831,00	219 132,00	278,10	66 440 410,00	223 317,00	297,50	9,0%	1,9%	7,0%
LPP	5 631 463,00	53 369,00	105,50	7 388 905,00	58 982,00	125,30	31,2%	10,5%	18,7%
Transports	4 882 074,00	9 075,00	538,00	6 212 549,00	9 867,00	629,60	27,3%	8,7%	17,0%
Hosp. Privée*	22 840 559,00	16 085,00	1 420,00	25 548 280,00	17 888,00	1 428,20	11,9%	11,2%	0,6%
Hosp. Publique*	299 846 296,00	38 244,00	7 840,30	347 504 168,00	38 910,00	8 931,00	15,9%	1,7%	13,9%
Soins ext.*	16 652 478,00	95 237,00	174,90	16 242 078,00	96 010,00	169,20	-2,5%	0,8%	-3,2%
Total	482 548 442,00	267 588,00	1 803,30	546 771 121,00	267 918,00	2 040,80	13,3%	0,1%	13,2%
Données DFC	476 540 271,00			540 128 015,00			13,3%		

Source : CNAMTS

Un rapprochement de la dépense des bénéficiaires de l'AME avec d'une part la population générale et d'autre part les bénéficiaires de la CMUC tendrait à montrer que les bénéficiaires de l'AME consomment un peu plus que la population générale et moins que les bénéficiaires de la CMUC.

Ces conclusions doivent toutefois être lues avec beaucoup de précautions. Il a fallu en effet ramener les données au mode de calcul retenu par le Fonds CMUC pour ses statistiques. Ainsi la dépense hospitalière a été rapportée à l'ensemble des bénéficiaires et non aux seuls bénéficiaires consommateurs, ce qui a pour effet d'écraser le montant moyen de la dépense en établissement.

Tableau 7 : Comparaison de la consommation des bénéficiaires de l'AME par rapport à la population générale et par rapport aux bénéficiaires de la CMUC (hors soins externes)

	Montant de la dépense		
	Bénéficiaires de l'AME	Bénéficiaires CMUC	Non Bénéficiaires CMUC
Ville	535,18 €	1 031,85 €	771,97 €
Établissements	1 205,90 €	1 574,02 €	808,25 €
Total	1 741,08 €	2 605,87 €	1 580,21 €

	Répartition de la dépense		
	Bénéficiaires de l'AME	Bénéficiaires CMUC	Non Bénéficiaires CMUC
Ville	30,7%	39,6%	48,9%
Établissements	69,3%	60,4%	51,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Source : Source Fonds CMU

2. LES SOINS URGENTS 40 M€

2.1. Règles de gestion

Deuxième poste de dépenses de l'action AME, une dotation forfaitaire est, depuis 2004, versée par l'État à la CNAMTS au titre des dépenses de soins urgents dispensés par les hôpitaux aux étrangers résidant en France en situation irrégulière sans justifier d'une résidence ininterrompue de plus de trois mois, conformément à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles.

Selon l'article L. 254-1 du casf. - *Les soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître et qui sont dispensés par les établissements de santé à ceux des étrangers résidant en France sans remplir la condition de régularité mentionnée à l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale et qui ne sont pas bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat en application de l'article L. 251-1 sont pris en charge dans les conditions prévues à l'article L. 251-2. Une dotation forfaitaire est versée à ce titre par l'Etat à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.* »

Les prestations délivrées dans le cadre de la procédure des soins urgents sont dispensées exclusivement par des établissements. Ils les facturent aux CPAM de leur lieu d'implantation qui assurent la gestion du dispositif pour le compte de l'État. Pour les établissements publics de santé et des établissements privés antérieurement sous dotation globale, les prestations sont facturées sur la base des prix de journée (TJP).

Compte tenu de la nature de la prestation, la quasi-totalité de la dépense est constituée par des frais de séjour hospitaliers.

Tableau 8 : Structure de la dépense de soins urgents

	Total 2009	Total 1er semestre 2010
Consultations externes	1 264 474	444 243
Frais liés au séjours	82 256 140	32 914 702
IVG	14 000	12 676
Médicaments	717 149	47 509
TOTAL	84 251 763	33 419 130

Source : CNAMTS traitement mission

L'imputation des frais au titre de la prise en charge des soins urgents peut faire l'objet d'un contrôle a posteriori par la caisse, et s'agissant des éléments médicaux par les services du contrôle médical.

Avant toute imputation au titre des sont urgents, l'établissement de santé doit

- rechercher systématiquement l'existence d'une couverture maladie, notamment rechercher si la personne ne relève pas de l'aide médicale d'État,
- vérifier les critères de durée et d'irrégularité de la résidence sur le territoire et présenter une demande d'AME à la CPAM : l'instruction de cette demande par la CPAM permet un contrôle approfondi du dossier du patient avant sa facturation au titre des soins urgents
- si la demande d'AME est rejetée, conserver dans le dossier toutes pièces justificatives de la situation du patient et de l'urgence des soins (notamment les éléments d'ordre médical pour le service du contrôle médical).

AME et soins urgents sont étroitement liés, un durcissement des conditions d'accès à l'AME se traduisant par un report d'une partie de la dépense sur le poste soins urgents.

2.2. Une dotation de 40 M€ pour une dépense de 80 M€

La dotation forfaitaire versée en 2008 et 2009 pour le remboursement des soins urgents a été de 40 M€. Ce montant couvre moins de la moitié de la somme décaissée en « Soins urgents » chaque année par l'assurance maladie.

La dépense réelle s'est en effet élevée à 87M€ en 2008 et à 84 M€ en 2009). Cette baisse de 3 M€ de la dépense AME est le résultat d'une diminution de 18 M€ des dépenses au titre des exercices antérieurs (68 M€ en 2008, 50 M€ en 2009). Cette réduction des dépenses au titre des années antérieures se poursuit en 2010 puisque sur une dépense au premier semestre de 33,4 M€, 28 M€ sont des règlements au titre des exercices antérieurs

Mais il y a également une réelle diminution des dépenses annuelles au titre des soins urgents. Après réimputation à l'année n des dépenses payées en année n+1 au titre de l'exercice antérieur, on constate une tendance à la diminution des dépenses de soins urgents qui baissent de 10 % entre 2008 (69 M€) et 2009 (62 M€). Il n'est pas exclu que l'obligation faite aux hôpitaux de rechercher systématiquement l'existence d'une couverture maladie pour leurs patients et de faire une demande d'AME avant une facturation « soins urgents » ait eu pour effet de reporter des dépenses prises en charge précédemment par le dispositif des soins urgents vers le dispositif AME.

La DSS a toutefois appelé l'attention de la mission sur les biais statistiques possibles. La baisse constatée des soins urgents en 2009 serait en partie liée à une résorption des factures accumulées au cours des exercices antérieurs (facturation au fil de l'eau depuis 2008).

Tableau 9 : Evolution des dépenses soins urgents après déduction et prise en compte des reports (en M€)

année	2 008	2 009	1er semestre 2010
dépenses au 31/12	87	84	33,4
moins dépenses payées pour l'année n-1	-68	-50	-28
plus payées en année n+1	50	28	
total de l'année	69	62	

Source : CNAMTS calculs missions

La mise en service de la base de données CDR pourrait toutefois avoir contribué à un meilleur repérage des droits puisqu'il permet notamment de savoir si le patient dispose de droits ouverts dans un régime ou à l'AME.

L'applicatif consultation des droits

L'applicatif CDR (Consultation des DRoits) qui remplace les applications minitel « feu vert », « B82 » et « TNS-OD » permet la consultation d'un fichier, commun à 12 régimes précisant pour chaque bénéficiaire des soins

- l'identité de l'ouvrant droit et les droits ouverts
- les données relatives à l'exonération du ticket modérateur
- les données relatives à la modulation du ticket modérateur (régime Alsace Moselle, par exemple)
- le droit éventuel à la CMUC
- la déclaration d'un médecin traitant
- le droit éventuel à l'AME.

Cet outil hébergé à Valenciennes est accessible via une carte de type CPX mise à disposition des établissements de santé et des professionnels de ces établissements intervenant dans le cadre des dossiers administratifs. Cet outil est en cours de déploiement depuis décembre 2008.

3. L'AME HUMANITAIRE 6,4 M€

Enfin, un dernier poste de dépenses de l'action AME regroupe les dépenses d'AME dites humanitaires qui se décomposent en évacuations sanitaires de l'hôpital de Mayotte, prises en charge exceptionnelles par le ministre en faveur de personnes françaises ou étrangères ne résidant pas en France et frais pharmaceutiques et dépenses de soins infirmiers pour les personnes gardées à vue:

Tableau 10 : Décomposition de l'enveloppe AME humanitaire

En €	2007	2008	2009
AME Humanitaire (interventions ministérielles)	2 138 470,96	1 150 984,32	954 265,18
Garde à vue	510,31	1 621,58	3 398,97
Evacuations Sanitaires	14 048 742,00	9 632 551,00	5 400 096,86
Total	16 187 723,27	10 785 156,90	6 357 761,01

Source : Rapport annuel de performances 2010 du programme 183

3.1. Les évacuations sanitaires par l'hôpital de Mayotte : 5,4 M€

Le paiement des évacuations sanitaires par l'hôpital de Mayotte vers des établissements de santé de la Réunion ou de métropole s'est élevé à 5,4 M€ (contre 9,6 M€ en 2008 et 14 M€ en 2007). L'écart entre la prévision du PAP 2009 (dépense de 12 M€) et l'exécution 2009 s'explique notamment par une instruction plus rigoureuse par le centre hospitalier de Mayotte de la situation des patients susceptibles d'être transférés (mise en place d'une permanence d'accès aux soins – PASS – qui permet de vérifier dans chaque cas l'existence éventuelle de droits mahorais, la possibilité d'une prise en charge au titre des soins urgents, et les éléments nécessaires à la constitution d'un dossier de demande d'AME de droit commun). Elle s'explique également par un report de facturation en 2010 pour certains dossiers incomplets.

3.2. Les prises en charge exceptionnelles par le ministre en faveur de personnes françaises ou étrangères ne résidant pas en France 1 M€

En application de l'article 251-1 du code de l'action sociale et des familles « toute personne qui, ne résidant pas en France, est présente sur le territoire français, et dont l'état de santé le justifie, peut, par décision individuelle prise par le ministre chargé de l'action sociale, bénéficier de l'aide médicale de l'Etat dans les conditions prévues par l'article L. 252-1. Dans ce cas, la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 251-2 peut être partielle. »

La dépense s'est élevée à 1,0 M€ en 2009 (contre 1,2 M€ en 2008) ;

3.3. Les frais pharmaceutiques et dépenses de soins infirmiers pour les personnes gardées à vue 3 400 €

Le remboursement des frais pharmaceutiques et dépenses de soins infirmiers pour les personnes gardées à vue est prévu au dernier alinéa de l'article L251-1 du code de l'action sociale et des familles (décret d'application n° 2009-1026 du 25 août 2009). L'AME n'intervient pas pour l'ensemble des prestations de santé des personnes gardées à vue ou en rétention administrative. Elle intervient uniquement, en vue de pallier le défaut des dispositifs de prise en charge, pour les médicaments des personnes gardées à vue - même s'il s'agit d'assurés sociaux-, et pour les consultations médicales, les médicaments et les hospitalisations éventuelles des étrangers retenus dans les locaux de rétention administrative, à l'exclusion des centres de rétention administrative, qui font l'objet d'un dispositif spécifique. La dépense s'est élevée à 3 400€ en 2009 après 1 600 € en 2008.

4. LA PROCEDURE ETRANGER MALADE

La procédure « étranger malade » est une procédure qui a pour effet de transférer une dépense de soins qui seraient assurée par l'AME à la CMU en raison de la régularisation de la situation de l'étranger en bénéficiant. Les conditions de son application ont donc des conséquences directes et immédiates sur le montant des dépenses AME.

4.1. Le principe

Il s'agit d'une procédure qui a pour effet d'ouvrir une couverture médicale de droit commun sécurité sociale ou CMU résidence et CMUC à un étranger gravement malade. Les modalités en sont fixées par l'article L313-11-11 du ceseda⁵. Si la carte de séjour temporaire est délivrée les

⁵ Art L313-11 Sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public, la carte de séjour temporaire portant la mention " vie privée et familiale " est délivrée de plein droit :

11 A l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne

soins seront supportés par l'assurance maladie et éventuellement la CMUC en cas de ressources inférieures au plafond, si elle est refusée, l'AME supportera ces soins en cas de ressources de l'intéressé inférieures au plafond.

La procédure comporte trois temps principaux.

Dans un premier temps, la personne étrangère sollicite à la préfecture la délivrance d'un titre de séjour en raison de son état de santé.

Dans un deuxième temps, la situation est appréciée par le médecin de l'agence régionale de santé (ARS) compétente ou, à Paris, par le médecin-chef du service médical de la préfecture de police. Les points suivants sont examinés, conformément à l'article 4 de l'arrêté du 8 juillet 1999 :

- l'état de santé de l'étranger nécessite-t-il une prise en charge médicale ?
- le défaut de celle-ci peut-il entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité ?
- si oui, l'étranger peut-il effectivement avoir accès à un traitement approprié dans son pays d'origine⁶ ?
- en l'état actuel, quelle est la durée prévisible du suivi médical à prévoir ?

Dans un troisième temps, le préfet rend sa décision au vu de l'avis du médecin consulté.

Selon une instruction de juillet 2010⁷ de la DGS divers dysfonctionnements ont été rapportés par des travailleurs sociaux hospitaliers ou associatifs, des médecins cliniciens, ou des ARS

- refus d'enregistrement de demande de carte de séjour vie privée et familiale en raison de l'état de santé en cas de durée du séjour en France inférieure à un an ;
- renouvellement des cartes de séjour temporaires (CST) par des autorisations provisoires de séjour (APS) successives, voire par de simples papiers de rendez-vous ;
- divulgation de diagnostics ou de pathologies transgressant le respect du secret médical ;
- difficultés de coordination, dans le cas spécifique d'étrangers placés en centre de rétention administrative (CRA), entre les services médicaux du centre de rétention, les médecins des ARS, les préfets ;
- demandes d'informations ou discussions à caractère médical adressées aux médecins de l'ARS, émanant de services administratifs non médicaux.

Selon cette instruction ces dysfonctionnements ont un impact :

- en termes de santé individuelle : en situation de clandestinité, les personnes renoncent parfois à une démarche de dépistage, de soins ou interrompent le suivi engagé ;

puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire, sans que la condition prévue à l'article L. 311-7 soit exigée. La décision de délivrer la carte de séjour est prise par l'autorité administrative, après avis du médecin de l'agence régionale de santé de la région de résidence de l'intéressé, désigné par le directeur général de l'agence, ou, à Paris, du médecin, chef du service médical de la préfecture de police. Le médecin de l'agence régionale de santé ou, à Paris, le chef du service médical de la préfecture de police peut convoquer le demandeur pour une consultation médicale devant une commission médicale régionale dont la composition est fixée par décret en Conseil d'Etat.

⁶ Deux décisions du Conseil d'Etat du 7 avril 2010 (301640 et 316625) précisent que la notion d'accessibilité effective à la prise en charge médicale dans le pays d'origine recouvre non seulement l'existence de traitements et structures médicales nécessaires, mais aussi, pour le demandeur, l'accessibilité économique (au regard des coûts et modes de prise en charge adaptés), géographique, et concrète (éléments éventuels particuliers sur la situation personnelle à prendre en compte).

⁷ Instruction N°DGS/MC1/RI2/2010/297 du 29 juillet 2010 relative aux procédures concernant les étrangers malades atteints de pathologies graves

- au plan de la santé publique : la rupture avec les réseaux de soins et de prévention majeure, en cas de maladies infectieuses, les risques de transmission, voire favorise l'apparition de souches virales ou bactéries résistantes ;
- en matière de surcoût sur le budget de l'Etat :
 - La multiplication des demandes d'avis médical nuit à l'optimisation des moyens humains alloués à cette fonction,
 - les personnes concernées restent sous le régime de l'Aide Médicale de l'Etat ou y reviennent (en cas de délivrance d'APS au lieu de renouvellement de CST) alors qu'un titre de séjour permet le transfert vers le régime de la CMU, voire de la sécurité sociale,
 - les personnes sont maintenues dans un état de dépendance économique (en cas de délivrance d'APS n'ouvrant pas le droit au travail en lieu et place d'une CST) alors que bon nombre de personnes vivant avec une maladie chronique grave peuvent avoir une activité professionnelle assurant leur autonomie et leur insertion.

Une circulaire du ministère de l'intérieur du 12 mai 1998 (NOR INTD 9800108C) a fixé à un an la durée de résidence en France comme constituant la durée nécessaire pour que la résidence soit considérée comme une résidence habituelle pour bénéficier d'un titre de séjour au titre de la procédure « étranger malade ». Selon cette circulaire : **« l'ancienneté du séjour qui sera appréciée avec souplesse ne sera qu'exceptionnellement inférieure à un an »**. Cependant ce principe est tempéré par une seconde phrase ainsi rédigée « **Toutefois, lorsque la condition de résidence habituelle n'est pas remplie, l'intéressé pourra obtenir une autorisation provisoire de séjour d'une durée maximum de six mois lui permettant de suivre un traitement médical dans des conditions décentes.** » Cette dernière disposition est reprise dans le dernier paragraphe de l'article R 313-22 du ceseda⁸. Selon les services cette deuxième proposition est lue avec plus ou moins de rigueur, certains services considèrent qu'il convient en l'espèce de retenir pour référence les règles fixées par l'article R 380-1 du css⁹ et donc de retenir une durée de trois mois de résidence pour une délivrance d'autorisation provisoire de séjour, d'autres ne délivrent plus d'autorisation provisoire sur cette base. La mission n'a pas pu obtenir de la préfecture de police de Paris les informations statistiques sur l'évolution de ses autorisations provisoires de séjour.

4.2. Les effectifs concernés

Le secrétariat général du Comité interministériel de contrôle de l'immigration souligne dans son rapport de décembre 2009 relatif aux orientations de la politique d'immigration (p61) que « le nombre de cartes de séjour temporaire délivrées aux étrangers qui se prévalent de leur état de santé pour être admis au séjour (-12,8 % en 2007 après 8,2 % en 2006) s'est stabilisé en 2008. Depuis 2004, on constate une diminution significative du nombre d'étrangers malades venant se faire soigner en France (-19,8 %). »

Selon les éléments transmis par le secrétariat général du ministère de l'immigration, de l'intégration, de l'identité nationale et du développement solidaire, les problèmes psychiatriques qui représentaient la première cause de demandes de titre de séjour les années précédentes, passent en seconde position en 2008, après le VIH/sida, le nombre de demandes du fait de cette dernière pathologie augmentant de façon importante du fait surtout des demandes de renouvellement de titres.

⁸ R 313-22 de ceseda « L'étranger mentionné au 11° de l'article L. 313-11 qui ne remplirait pas la condition de résidence habituelle peut recevoir une autorisation provisoire de séjour renouvelable pendant la durée du traitement. »

⁹ Article R 380-1.-Pour être affiliées ou rattachées en qualité d'ayants droit au régime général, les personnes visées à l'article L. 380-1 doivent justifier qu'elles résident en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de manière ininterrompue depuis plus de trois mois.

Tableau 11 : Causes de demandes de titres de séjour « étrangers malades »

	2006		2007		2008	
	n	%	n	%	n	%
Cancers	1 485	3,4%	1 426	3,6%	1 558	4,0%
Cardiologie	2 071	4,8%	2 422	6,0%	2 150	5,5%
Diabète (I et II)	2 291	5,3%	2 233	5,6%	2 287	5,8%
Digestif	1 197	2,8%	868	2,2%	689	1,8%
Endocrinologie	814	1,9%	736	1,8%	579	1,5%
Gynéco-Obst	725	1,7%	541	1,3%	451	1,2%
Hématologie	725	1,7%	883	2,2%	618	1,6%
Hépatites	3 865	8,9%	3 506	8,7%	3 226	8,2%
Hypertension artérielle	1 132	2,6%	1 058	2,6%	1 060	2,7%
Locomoteur	2 906	6,7%	2 194	5,5%	1 850	4,7%
Néphrologie	830	1,9%	929	2,3%	907	2,3%
Neurologie	nd		1 418	3,5%	1 424	3,6%
Ophthalmologie	911	2,1%	763	1,9%	725	1,9%
ORL	541	1,2%	451	1,1%	348	0,9%
Pédiatrie	nd		280	0,7%	594	1,5%
Pneumologie	1 669	3,9%	1 393	3,5%	1 202	3,1%
Psychiatrie	6 850	15,8%	7 837	19,5%	6 559	16,7%
Tuberculoses	832	1,9%	573	1,4%	506	1,3%
Urologie	448	1,0%	314	0,8%	315	0,8%
VIH	5 675	13,1%	5 205	13,0%	7 057	18,0%
Autres pathologies	8 380	19,3%	5 099	12,7%	5 190	13,2%
Total	43 347		40 129		39 295	

Source : Ministère de l'immigration, de l'intégration de l'identité nationale et du développement solidaire

Le tableau ci-dessus montre donc une baisse des étrangers bénéficiant de la procédure entre 2006 et 2008. Par ailleurs, des dépenses élevées pour des bénéficiaires de l'AME montrent que certains devraient relever de la procédure « étranger malade ».

Dans une circulaire DGS/SD6A/2005/443 du 30 septembre 2005 relative aux avis médicaux concernant les étrangers atteints par le VIH, émis dans le cadre de l'application de l'article L 313-11 11° du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, le directeur général de la santé soulignait que dans l'ensemble des pays en développement, il n'était pas encore possible de considérer que les personnes séropositives peuvent avoir accès aux traitements antirétroviraux ni à la prise en charge médicale nécessaire pour les porteurs d'une infection par le VIH. On peut déduire de ces constats que le nombre d'étranger bénéficiaires de l'AME soignés pour VIH devrait être marginal.

Les régularisations au titre de l'article L 313-11-11 du ceseda devraient, en transférant la dépense des soins les plus coûteux à l'assurance maladie et à la CMU diminuer les dépenses d'AME. Cependant les conditions de son fonctionnement ne sont pas optimales. Les hôpitaux, lorsqu'ils admettent un patient se pénaliseraient en entreprenant une démarche complexe et aléatoire pouvant conduire à une créance irrécouvrée, alors qu'une facturation en AME ou en soins urgents leur garantit un paiement, d'ailleurs plus élevé la facturation étant alors réalisée en TJP.

Les services administratifs des CPAM n'ont pas connaissance des pathologies et n'ont aucun intérêt objectif à aider l'étranger concerné à entreprendre cette démarche. Il ne reste en fin de compte que les associations d'aide aux étrangers qui sont susceptibles de véritablement appuyer les bénéficiaires potentiels.

L'AME apparaît à bien des égards une solution de facilité.

5. UNE APPRECIATION RESTRICTIVE DE LA CONDITION DE REGULARITE DU SEJOUR

La circulaire DSS/2A/DAS/DPM 2000-239 du 3 mai 2000 relative à la condition de résidence pour bénéficier de la couverture maladie universelle a fixé les modalités d'appréciation de la condition de régularité de la résidence pour bénéficier d'une couverture maladie au titre de l'article L 380-1 du css¹⁰. Ces conditions sont entendues largement. Selon cette circulaire « La condition de régularité de la résidence s'apprécie au moyen de la production par le ressortissant de nationalité étrangère d'un titre ou de tout document attestant la régularité de sa situation au regard de la législation sur le séjour des étrangers en France. » Elle prévoit que « A défaut de la production d'une carte de séjour, dès lors que l'intéressé peut attester par la présentation de tout document (récépissé en cours de validité, convocation, rendez-vous en préfecture, autre) qu'il a déposé un dossier de demande de titre de séjour auprès de la préfecture de son lieu de résidence, il est établi qu'il remplit la condition de régularité de résidence définie à l'article L. 380-1. Sont notamment concernés les étrangers admis au séjour pour une durée maximale de trois mois sous le couvert de leur document de voyage qui, souhaitant prolonger leur séjour au-delà de ces trois mois, ont déposé une demande de titre de séjour auprès des services préfectoraux ; ils relèvent du régime général sur critère de résidence, à compter de la date de demande de titre, à condition d'être en possession de tout document permettant d'attester qu'une telle procédure est en cours. »

Remplissent également la condition de régularité de résidence prévue à l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale :

- les étrangers en séjour en France sous couvert d'un visa d'une durée supérieure à trois mois et inférieure ou égale à six mois comportant la mention « dispense temporaire de carte de séjour » ; ces derniers relèvent de la couverture maladie universelle à compter du début du quatrième mois de leur séjour en France ;
- les étrangers faisant l'objet d'une assignation à résidence prononcée par un arrêté du ministre de l'intérieur ou du préfet ou, à Paris, du préfet de police.

¹⁰ Article L 380-1 : Toute personne résidant en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de façon stable et régulière relève du régime général lorsqu'elle n'a droit à aucun autre titre aux prestations en nature d'un régime d'assurance maladie et maternité.

La protection sociale des demandeurs d'asile (étude de l'OFII 19 mai 2010) :

Dans certains départements des difficultés d'accès à une couverture maladie, souvent liés à des particularismes et des pratiques locales des CPAM, compliquent la situation médicale des demandeurs d'asile.

C'est ainsi que près d'1% des personnes à la sortie, n'ont que l'AME, alors que tous sont éligibles à la CMU.

Parmi les objectifs du dispositif national d'accueil dont la partie sanitaire est gérée par l'OFII figure la promotion de l'accès aux soins des demandeurs d'asile

Les demandeurs d'asile qui n'arrivent pas directement dans les centres d'accueil pour demandeur d'asile (CADA) ont déjà parfois une couverture sociale ouverte en amont de leur admission.

Mais ce n'est loin de là pas la règle, certains n'ayant aucun droits ouverts plusieurs semaines après leur arrivée en France.

A l'admission en CADA, 58,5% des demandeurs d'asile ont une CMU (dont 55,4% une CMU-C).

La protection sociale s'améliore avec la prise en charge en CADA : les accompagnements individuels par les travailleurs sociaux des CADA permettent souvent de franchir plus facilement certaines étapes : à la sortie 75% ont une CMU21 (taux mesuré uniquement sur les dossiers complets).

Pour illustrer les obstacles à l'attribution de la CMUC, une enquête de médecins de l'OFII joignait une lettre de directeur de CPAM d'avril 2008 arguant que « le récépissé constatant le dépôt d'une demande de statut de réfugié » délivré par la préfecture constitue le justificatif de régularité de séjour en France mais n'a pas valeur de preuve d'identité qui devait être prouvée au moyen d'une pièce d'identité , passeport, livret de famille extrait d'acte de naissance pour permettre une affiliation.

La mission note que si les conditions de durée de séjour et de revenus sont bien documentées, il n'en est pas de même des conditions d'irrégularité du séjour. Les conditions d'irrégularité du séjour sont appréciées au regard de la régularité pour accéder à d'autres dispositifs, notamment la CMU. Toutefois, outre des incertitudes sur une application homogène de l'appréciation de la régularité au regard notamment des titres de séjour courts et des convocations en préfecture, des questions n'ont pas été tranchées par les autorités compétentes. Les étrangers relevant de la procédure Dublin II, c'est-à-dire dont la demande d'asile est instruite par un autre pays sont ainsi considérés comme en situation irrégulière au vue d'une instruction locale à Bobigny. Les étrangers en situation régulière dans un autre pays de l'Union européenne, par exemple des marocains réguliers en Espagne, peuvent être admis également à l'AME. Il conviendrait que les conditions de régularité du séjour fassent l'objet d'un rappel explicite, au besoin après rapprochement des directions en charge de la santé, de la sécurité sociale et de l'immigration.

Annexe 6 : Evolution macro économique de l'AME

1. PRECISIONS SUR LES DONNEES UTILISEES	3
1.1. <i>La difficulté d'établir des séries longues</i>	3
1.2. <i>Rapprochement des dépenses en date de soins et en date de paiement</i>	4
2. UNE DEPENSE DE 540 M€EN 2009 EN AUGMENTATION DE 64 M€.....	8
2.1. <i>Approche par organisme</i>	8
2.2. <i>La croissance de la dépense se poursuit en 2010</i>	9
2.3. <i>La dépense hospitalière constitue plus de 70 % de la dépense AME</i>	9
3. LE NOMBRE DES BENEFICIAIRES ET DES CONSOMMANTS	14
3.1. <i>Un nombre de bénéficiaires de l'AME qui augmente de 1 à 2 % par trimestre</i>	14
3.2. <i>Approche trimestrielle du nombre des bénéficiaires consommateurs</i>	16

1. PRECISIONS SUR LES DONNEES UTILISEES

1.1. La difficulté d'établir des séries longues

L'AME est une prestation créée en 1999 mais les informations statistiques, budgétaires et comptables la concernant apparaissent jusqu'à une date récente lacunaires, ce qui rend difficile le suivi de son évolution sur une durée suffisante pour dégager des tendances et séparer les évolutions structurelles des évolutions conjoncturelles. L'arrêt du 6 mai 2008 a contribué à améliorer l'information disponible mais est trop récent pour permettre une profondeur suffisante pour déterminer le caractère structurelle des évolutions.

Certains outils et paramétrages n'ont été mis en place qu'en 2009. L'identification des soins pour des bénéficiaires de l'AME n'est possible dans les données de l'ATIH que depuis 2009. La comptabilité auxiliaire des prestations (CAP) dans les CPAM n'est également en place que depuis la même année. Cet outil comptable se révèle d'ailleurs peu maniable pour le suivi de l'AME contraignant pour en exploiter les données à des allers retours dans des tableurs Excel.

Enfin des contraintes techniques et de confidentialité limitent la profondeur des séries observables. Les requêtes sur le système d'information de l'assurance maladie dans les CPAM (SIAM) sont limitées à deux ans en mois glissant. La création de cohortes apparaît peu adaptée au suivi d'une population en nombre réduit et très évolutive.

Aussi les séries sur le moyen terme sont elles limitées aux données suivies en routine depuis plusieurs années.

Même pour ces informations, il faut attendre 2007 pour qu'elles apparaissent suffisamment stabilisées, y compris les cliniques privées, pour qu'il soit envisageable d'observer les évolutions de tous les postes. L'observation reste enfin limitée par le découpage comptable qui fait que 60 % de la dépense est enregistrée dans un compte « autres frais d'hospitalisation ».

Tableau 1 : Dépenses annuelles d'AME en date de paiement (en €)

Montants annuels	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Honoraires généralistes et spécialistes		31 029 088	36 621 035	39 716 979	42 251 017	45 261 859
Honoraires dentaires		5 870 201	6 645 379	7 353 175	7 492 581	8 160 603
Honoraires des auxiliaires médicaux		4 768 761	5 394 721	6 069 237	6 571 522	7 469 938
Médicaments et dispositifs médicaux à usage ind	50 272 081	51 866 997	57 667 623	59 200 082	60 568 859	66 430 167
Frais d'analyse de biologie médicale et d'examen	15 902 085	12 303 401	13 817 621	14 852 778	15 014 881	16 093 322
Frais de transport		3 379 952	4 123 108	4 772 089	4 821 390	6 204 920
Honoraires du secteur public	17 298 125	1 871 441	2 078 133	1 267 017	-	-
Autres frais		4 064 365	4 944 625	5 362 866	5 864 620	7 492 202
Total Prestations de ville	118 861 617	115 154 205	131 292 245	138 594 233	142 584 869	157 113 011
Cliniques privées			56 148 354	20 140 680	20 787 230	23 191 152
Etablissements médico-sociaux			2 966 613	1 826 768	1 833 860	2 342 775
Etablissements publics dont :			266 265 423	306 742 802	309 177 466	355 432 240
- autres frais d'hospitalisation			188 576 951	287 025 961	289 979 754	337 195 993
- Honoraires du secteur public			72 706 961	15 413 050	15 316 731	15 801 586
- forfaits journaliers			4 981 511	4 303 791	3 880 982	2 434 661
IVG (cliniques+établissements publics)			2 116 780	2 386 293	2 156 846	2 048 838
Total Prestations hospitalières	286 333 672	261 749 374	327 497 170	331 096 543	333 955 402	383 015 005
Total	422 493 415	376 903 579	458 789 415	469 690 776	476 540 271	540 128 016

Source : CNAMTS calculs mission

Le tableau ci-dessous traduit en décaissement trimestriels les dépenses d'AME.

Tableau 2 : Dépenses par trimestre en encaissement décaissement

dépenses AME	dépenses du trimestre	Tn/Tn-1	dépenses de l'année	Evol N/N-1
1er trimestre 2004	129 213 199,40	8,7%	129 213 199,40	9%
2ème trimestre 2004	105 587 204,23	-13,5%	234 800 403,63	-3%
3ème trimestre 2004	92 598 294,42	-39,9%	327 398 698,05	-17%
4ème trimestre 2004	95 094 716,86	-13,9%	422 493 414,91	-16%
1er trimestre 2005	89 945 395,21	-30,4%	89 945 395,21	-30%
2ème trimestre 2005	82 676 108,44	-21,7%	172 621 503,65	-26%
3ème trimestre 2005	97 742 196,92	5,6%	270 363 700,57	-17%
4ème trimestre 2005	106 539 878,15	12,0%	376 903 578,72	-11%
1er trimestre 2006	115 191 606,94	28,1%	115 191 606,94	28%
2ème trimestre 2006	112 585 228,98	36,2%	227 776 835,92	32%
3ème trimestre 2006	111 843 249,50	14,4%	339 620 085,42	26%
4ème trimestre 2006	119 169 329,74	11,9%	458 789 415,16	22%
1er trimestre 2007	125 360 191,01	8,8%	125 360 191,01	9%
2ème trimestre 2007	112 165 714,31	-0,4%	237 525 905,32	4%
3ème trimestre 2007	112 148 349,72	0,3%	349 674 255,04	3%
4ème trimestre 2007	120 016 520,89	0,7%	469 690 775,93	2%
1er trimestre 2008	110 464 189,94	-11,9%	110 464 189,94	-12%
2ème trimestre 2008	114 510 141,80	2,1%	224 974 331,74	-5%
3ème trimestre 2008	121 499 514,91	8,3%	346 473 846,65	-1%
4ème trimestre 2008	130 066 424,51	8,4%	476 540 271,16	1%
1er trimestre 2009	124 914 977,16	13,1%	124 914 977,16	13%
2ème trimestre 2009	132 848 234,56	16,0%	257 763 211,72	15%
3ème trimestre 2009	137 868 007,19	13,5%	395 631 218,91	14%
4ème trimestre 2009	144 496 797,07	11,1%	540 128 015,98	13,3%
1er trimestre 2010	140 398 728,12	12,4%	140 398 728,12	12,4%
2ème trimestre 2010	149 049 919,15	12,2%	289 448 647,27	12%

Source : DSS

Cette comptabilité en encaissements décaissements est la plus proche des préoccupations budgétaires mais il a paru nécessaire d'établir une comptabilité en date de soins pour examiner si il existait des écarts significatifs entre la comptabilité en encaissement décaissement et une comptabilisation en droits constatés.

1.2. *Rapprochement des dépenses en date de soins et en date de paiement*

L'établissement de la comptabilité en date de soins présente trois difficultés :

- elle repose sur l'hypothèse que les prestations payées en année n au titre des années antérieures correspondent toutes à des prestations délivrées en année n-1. Cette hypothèse est vérifiée pour l'essentiel ; selon les données de la CPAM de Bobigny durant le premier semestre 2009, 2,49 % des sommes payées correspondaient à des soins dispensés avant 2008, proportion ramenée à 1,82 % en 2010 pour des exercices antérieurs à 2009.
- les données comptables disponibles dans l'assurance maladie ne permettaient pas de connaître immédiatement les montants payés en 2004 pour l'année 2003 ; en conséquence l'ensemble de la dépense 2004 a été considérée comme ayant un fait générateur en 2004 ;
- la mission s'est intéressée dès le début de ses travaux à la question des écarts entre date de soins et date de règlement ; aussi seuls les deux premiers trimestres 2010 étaient connus ce qui a contraint à faire des hypothèses sur les montants qui seront payés aux troisièmes et quatrièmes trimestres 2010 pour des soins dispensés en 2009.

Ainsi, la dépense en dates de soins a évolué de 469 millions d'euros en 2005 à 525 millions d'euros en 2009. Les dépenses 2006 et 2007 sont égales (465 millions d'euros) en très légère baisse par rapport à 2005 (469 millions d'euros). La dépense 2008 (475 millions d'euros) augmente de 10 millions d'euros par rapport à 2007 (plus 2,15 %). La dépense 2009 s'établit à la fin du 2^{ème} trimestre 2010 à 525 millions d'euros soit une augmentation de 50 millions d'euros (plus 11 % par rapport à 2008) dans l'attente des résultats des troisième et quatrième trimestre 2010¹.

Tableau 3 : Dépenses AME en date de soins

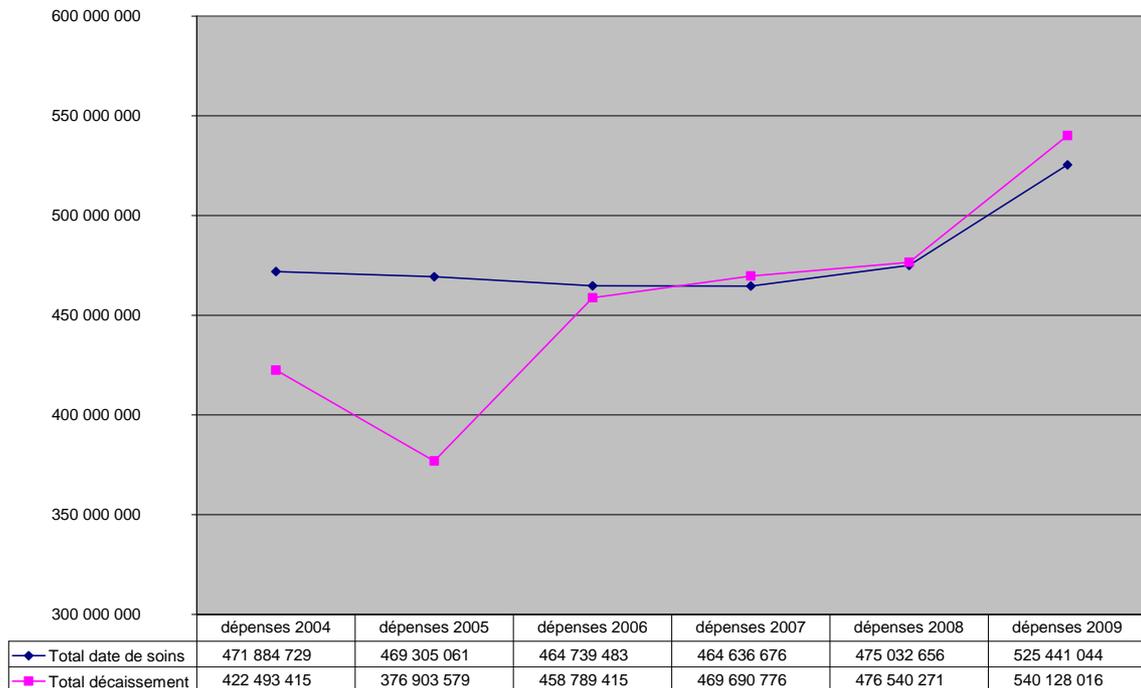
dépenses	dépenses 2004	dépenses 2005	dépenses 2006	dépenses 2007	dépenses 2008	Dépenses 2009
Honoraires généralistes et spécialistes	5 447 817	35 848 143	37 203 499	40 300 583	41 730 181	45 533 028,44
Honoraires dentaires	944 470	6 671 649	6 799 511	7 330 560	7 556 312	8 176 745,36
Honoraires des auxiliaires médicaux	767 819	5 616 080	5 573 180	6 159 085	6 649 241	7 434 619,02
Médicaments et dispositifs médicaux à usage individuel	59 979 619	54 739 206	58 016 629	59 607 180	59 436 034	66 320 778,18
Frais d'analyse de biologie médicale et d'exams de laboratoire	18 060 739	13 515 485	13 911 245	14 709 632	14 740 695	15 958 651,87
Frais de transport	559 056	4 061 508	4 342 241	4 708 056	5 030 396	6 014 958,06
Honoraires du secteur public	17 548 002	2 349 832	2 006 799	838 722	-	-
Autres frais	1 027 748	4 645 415	4 608 106	5 608 510	5 845 770	7 408 103,35
Total soins de ville	-	127 447 318	132 461 212	139 262 328	140 988 629	156 846 884,28
Cliniques privées	-	15 751 059	45 045 448	19 508 600	20 928 342	-
Etablissements médico-sociaux	-	296 054	3 122 955	1 846 937	1 997 405	-
Etablissements publics dont :	-	77 680 555	281 935 172	301 825 101	309 052 949	-
- autres frais d'hospitalisation	-	26 606 188	249 462 801	281 947 952	291 643 578	-
- Honoraires du secteur public	-	49 521 754	27 794 532	15 289 100	14 221 421	-
- forfaits journaliers	-	1 552 612	4 677 839	4 588 049	3 187 949	-
IVG (cliniques+établissements publics)	-	953 298	2 174 697	2 193 710	2 065 330	2 043 183,94
Total Prestations hospitalières	314 862 008	341 857 743	332 278 272	325 374 348	334 044 027	368 353 669,65
Total	471 884 729	469 305 061	464 739 483	464 636 676	475 032 656	525 441 044,73

Source : DFC calculs mission seuls les 1^{er} et 2^{ème} trimestres de dépenses 2010 sont pris en compte ; le détail de l'hospitalisation n'a pas été mis à jour des dépenses du 2^{ème} trimestre 2010 à l'exception du montant IVG

Les montants des dépenses appréciés en date de soins sont depuis 2006 proches des montants en date de décaissement il y a moins de 2 % d'écart entre les deux modes de comptabilisation, ainsi que l'illustre le graphique ci-dessous, l'écart étant même particulièrement faible en 2008. Quant à l'année 2009 certaines des hypothèses sur les paiements aux troisième et quatrième trimestres 2010 au titre de soins trouvant leur fait générateur en 2009 amèneraient à constater un écart de moins de 1 % entre montants en décaissement et ceux en droits constatés

¹ Le montant de prestations payées en 2009 au titre de l'année 2009 s'élève à 430,6 M€(430 650 300,53 €) ; les sommes payées au premier trimestre 2010 (70,5 M€) et deuxième trimestre (24,3 M€) pour des soins dispensés en 2009 sont connues et peuvent être ajoutées à l'année 2009 ce qui permet d'arrêter à la fin du deuxième trimestre 2010 le montant total de prestations payées au titre de l'année 2009 à 525,4 M€

Graphique 1 : Rapprochement des montants payés en date de soins et en décaissement sans tenir compte des 3^{ème} et 4^{ème} trimestre 2010



Source : DFC calculs mission

Si l'on retient hypothèse que les prestations payées aux troisièmes et quatrièmes trimestres 2010 seront équivalentes à celles payées au troisième et quatrième trimestre 2009 pour 2008 soit 12,4 M€ pour le troisième trimestre et 7 M€ pour le quatrième, le montant total des dépenses pour 2009 pourrait être estimé à 544, 8 M€, soit légèrement plus que les dépenses en décaissement (540 M€). Il s'agit toutefois d'une hypothèse optimiste. Les deux premiers trimestres 2010 enregistrent en effet des dépenses au titre des années antérieures supérieures à ce qu'elles étaient en 2009 : 70,5 M€ au 1^{er} trimestre et 24,3 M€ au deuxième trimestre 2010 contre 68,7 M€ au premier trimestre et 20,6 M€ au deuxième trimestre 2009.

Une autre hypothèse peut être posée se fondant sur une proportion constante de prestations de l'année n payées en année n+1. Sachant que les prestations liquidées l'année n+1 représentent entre 33 et 30 % des dépenses de l'année n, la dépense 2009 pourrait être évaluée à 560 M€ (430,6 M€*1,3).

Toutefois le tableau ci-dessous montre une certaine instabilité des sommes payées en année n+1 au titre de l'année n.

Tableau 4 : Evolution des reports de facturation

		1 ^{er} trimestre	2 ^{ème} trimestre	3 ^{ème} trimestre	4 ^{ème} trimestre
2010 titre 2009	au de Montant au titre de l'exercice antérieur Evolution / report du même trimestre de l'année antérieure	70,5 M€ +2,6 %	24,3 M€ +18 %		
2009 titre 2008	au de Montant au titre de l'exercice antérieur Evolution / report du même trimestre de l'année antérieure	68,7 M€ +7,7 %	20,6 M€ +19 %	12,4 M€ -41 %	7 M€ -20,5 %
2008 titre 2007	au de Montant au titre de l'exercice antérieur Evolution / report du même trimestre de l'année antérieure	63,8 M€ -19 %	17,3 M€ -7,5 %	21 M€ +136 %	8,8 M€ +3,5 %
2007 titre 2006	au de Montant au titre de l'exercice antérieur	79,2 M€	18,7 M€	8,9 M€	8,5 M€

Source : Mission

Cette instabilité des sommes payées en année n+1 au titre de l'année n entache d'incertitudes les estimations de la dépense 2009 évaluée en date de soins. Comme depuis 2006, les courbes des dépenses en décaissement et en date de soins tendent à coïncider la mission a retenu de présenter ses travaux en date de paiement tout en appelant l'attention sur le fait que la dépense au titre des soins délivrés en 2009 pourrait être supérieure au montant de la dépense appréciée en décaissement.

En conclusion :

- Les prestations payées pour des soins effectués 2009 seront supérieures à 525,4 M€ (montant constaté après prise en compte des 1^{er} et 2^{ème} trimestres 2010). La dépense pour les prestations 2008 étant arrêtée à 475 M€ l'augmentation entre 2008 et 2009 est donc d'au minimum 10,6 %.
- Selon les hypothèses retenues, -560 M€ sur la base d'un report de l'année n en année n+1- l'augmentation pourrait atteindre 18 %.
- En raison des incertitudes pesant sur les sommes décaissées en 2010 au titre de 2009, la mission a décidé de poursuivre ses travaux en date de décaissement.

2. UNE DEPENSE DE 540 M€EN 2009 EN AUGMENTATION DE 64 M€

Comme le retrace le tableau 1 ci-dessus, la dépense AME en date de paiement s'établit à 540 M€en 2009. Elle était de 476 M€en 2008 soit une augmentation de 64 M€(+13 %).

2.1. Approche par organisme

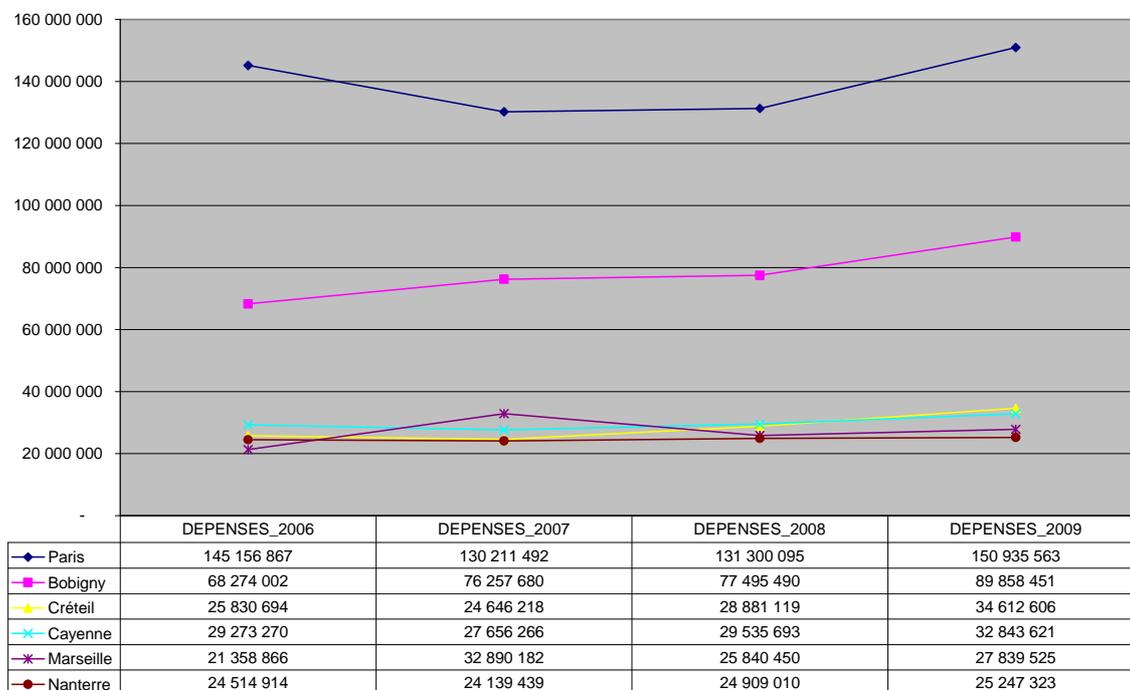
2.1.1. 6 organismes contribuent à 70 % de la dépense

Sur un total de 131 organismes (CPAM et CGSS), 90, soit près de 70 % enregistrent des dépenses d'AME inférieures à 1 M€en 2009. 30 organismes, soit 23 % des organismes enregistrent des dépenses comprises entre 1 et 10 M€et contribuent ainsi à 15 % de la dépense ; 5 CPAM (Nice, Rhône, Melun, Evry et Cergy), soit 4 % des organismes contribuent à 13 % de la dépense, enfin 6 CPAM et CGSS², Paris, Bobigny, Créteil, Cayenne, Nanterre et Marseille, soit 5 % des organismes contribuent à 70 % de la dépense de 540 M€en 2009.

La CPAM de Paris occupe une place à part ; elle est la seule dont les dépenses excèdent 100 M€(151 M€) alors que la CPAM de Bobigny qui vient au second rang approche 90 M€. Les quatre autres CPAM sont beaucoup plus proches, autour de 30 M€et leur place relative en termes de dépenses totales d'AME varie d'une année sur l'autre.

Entre 2006 et 2007, sur ces six CPAM, trois enregistrent une baisse de leurs dépenses d'AME ; la baisse est particulièrement sensible pour Paris (-15 M€). Entre 2007 et 2008, une seule de ces six CPAM, Marseille, enregistre une baisse. Toutes connaissent une hausse entre 2008 et 2009.

Graphique 2 : Dépenses AME des 6 CPAM les plus importantes en termes d'AME



Source : CNAMTS traitement mission

² Par la suite le terme CPAM englobera également les CGSS

2.1.2. 4 CPAM contribuent pour 41 M€ à l'augmentation entre 2008 et 2009

En date de paiement les dépenses AME augmentent de 64 M€ entre 2008 et 2009 (63 587 744 €) soit 13,21 %. Cette augmentation résulte de deux mouvements de sens contraire, une diminution de la dépense de 41 organismes pour un total de 6 M€ et une augmentation pour 90 organismes pour un total de 70 M€

Les quatre CPAM les plus importantes en matière d'AME représentant 3 % des organismes (CPAM et CGSS) ont contribué pour 41 M€ à l'augmentation.

Tableau 5 : Contribution des 4 premières CPAM à l'augmentation entre 2008 et 2009 (en € et en %)

	DEPENSES_2008	DEPENSES_2009	AUGMENTATION_2008_2009	en % de la dépense 2008
Paris	131 300 095	150 935 563	19 635 468	15%
Bobigny	77 495 490	89 858 451	12 362 961	16%
Créteil	28 881 119	34 612 606	5 731 487	20%
Cayenne	29 535 693	32 843 621	3 307 928	11%
total			41 037 844	

Source : CNAMTS calculs mission

Sans que ce soit expliqué à ce stade, l'évolution des dépenses à la CPAM de Paris apparaît remarquable puisque le total des prestations payées en 2007 et 2008 est très sensiblement inférieur à ce qu'il était en 2006.

2.2. La croissance de la dépense se poursuit en 2010

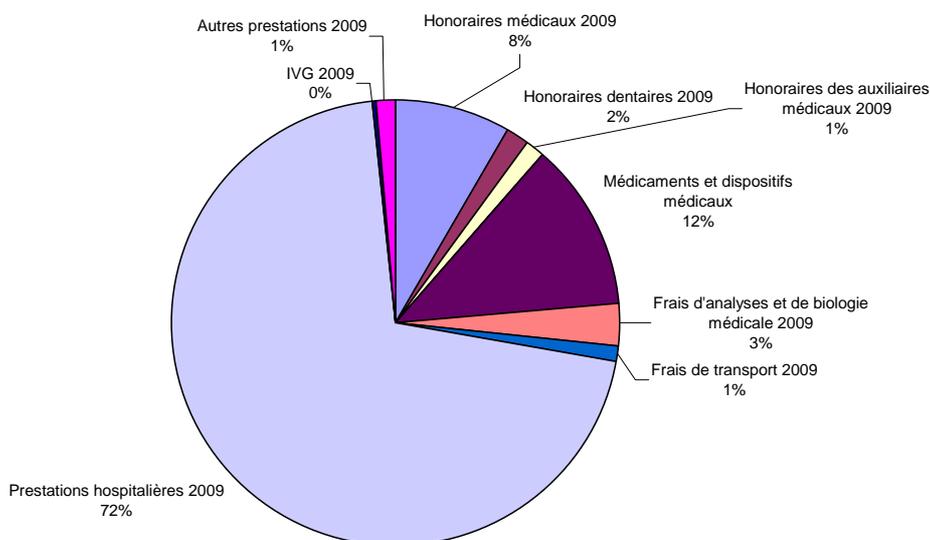
Une comparaison du premier semestre 2010 avec le premier semestre 2009 montre que la dépense continue à croître. Alors que durant le premier semestre 2009 les CPAM et CGSS avaient payé 257,8 M€ de prestations au titre de l'AME, ce montant est porté à 289,4 M€ au premier semestre 2010 soit (+12,3 %). Ce sont les prestations au titre de l'année en cours qui contribuent essentiellement à cette augmentation (168,5 M€ en 2009, 194,7 M€ en 2010 soit +15,6 %) les prestations payées au titre de l'année antérieures augmentant dans une moindre proportion (89,3 M€ en 2009 et 94,8 M€ en 2010 soit +6,14 %).

Les deux tiers de l'augmentation proviennent des dépenses hospitalières contre un tiers pour les soins de ville. Les honoraires payés aux généralistes contribuent pour 12 % à l'augmentation devant les dépenses de pharmacie (+10 %).

2.3. La dépense hospitalière constitue plus de 70 % de la dépense AME

La dépense hospitalière entendue dans son ensemble constitue plus de 70 % de la dépense totale (72 % pour les sommes payées en 2009), loin devant les dépenses de médicament et les dépenses d'honoraires médicaux en ville (8 %). Cette part de la dépense hospitalière dans la dépense totale est stable.

Graphique 3 : Composition de la dépense AME



Cette part de la dépense hospitalière est toutefois majorée par les modalités de la facturation hospitalière. Les soins dispensés aux bénéficiaires de l'AME sont en effet facturés pour leur totalité en tarifs journaliers de prestations supérieurs de 45 % à une facturation en GHS (cf annexe facturation hospitalière).

Difficultés pour réconcilier les dépenses AME et la comptabilité des hôpitaux

La mission s'est heurtée à la difficulté de réconcilier les dépenses d'aide médicale de l'Etat avec les recettes des hôpitaux remontées par le circuit du trésor.

Les dépenses d'hospitalisation payées en 2009 au titre de l'AME se sont élevées à 355 M€ en 2009 dont 88 M€ au titre des années antérieures et 267 M€ au titre de l'année 2009.

Les 355 M€ payés en 2009 par les CPAM se décomposent en 337 M€ enregistrées en « autres hospitalisation », 16 M€ « honoraires du secteur public » et 2 M€ de forfaits journaliers.

Le compte 7332 des hôpitaux « produits des prestations au titre de l'aide médicale de l'Etat » enregistre 278,8 M€ de produits pour l'année 2009.

Le rapprochement des produits des hôpitaux des dépenses AME met au jour un écart d'au moins 12 M€, l'assurance maladie ayant en 2009 payé au titre de la seule année 2009, 267 M€, alors que le compte 7332 des hôpitaux enregistre un produit de 278,8 M€. Toutefois, les hôpitaux enregistrant le produit lors de l'émission de la facture, il apparaît raisonnable de considérer que les 54 M€ de paiement du premier trimestre 2010 correspondent pour l'essentiel à une facturation enregistrée en 2009 dans les comptes des hôpitaux en 2009. Dans ces conditions, c'est la recette des hôpitaux qui apparaît minorée.

Les travaux réalisés avec la CPAM de Bobigny et l'hôpital Delafontaine ont permis de rapprocher les comptes de cet hôpital des montants payés par la CPAM, 6,693 M€ pour l'hôpital, pour, 6,526 M€ pour la CPAM en dates de soins, l'hôpital enregistrant la totalité de la recette, y compris les frais de séjour, alors que la CPAM ne décompte dans son montant que les prix de journée. Un écart de 400 K€ existe toutefois entre la trésorerie et l'hôpital, l'hôpital enregistrant dans un compte recettes sur exercice antérieurs quelques recettes pour accélérer la clôture des comptes.

Mais pour d'autres hôpitaux, les écarts sont plus élevés en raison d'une imputation inexacte des produits de l'AME dans leur comptabilité. Certains des produits sont enregistrés au compte 732 1

« produits de la tarification en hospitalisation complète non pris en charge par l'assurance maladie » au lieu du compte 733 2 « produits des prestations au titre de l'aide médicale de l'Etat ». Un test dans des hôpitaux de région parisienne présentant des recettes notoirement insuffisantes (voire nulles) sur le compte AME fait apparaître un paramétrage inexact de leurs comptes. Ainsi la CPAM de Versailles a payé 1 M€ en 2009 à l'hôpital Mignot qui a enregistré un produit de 16 188 € L'ATIH évalue à 633 K€ la recette AME sur 10 mois. Le centre hospitalier de Villeneuve Saint-Georges qui n'a enregistré aucune recette sur le compte 733 2 en 2009 a reçu en réalité 513 194 € de la CPAM d'Evry et 1,5 M€ de la CPAM de Créteil, soit 2 M€. La recette estimée par l'ATIH est de 2,8 M€

2.3.1.1. Les grossesses accouchements et affections post partum constituent ¼ des séjours et 23 % de la dépense

Depuis 2009, les bénéficiaires de l'AME sont repérés dans les fichiers de l'ATIH ; il est donc possible de disposer à compter de cette date d'informations relatives aux pathologies ayant justifié une hospitalisation. Les séances de dialyse, identifiées sous la rubrique « séances » sont également connues mais totalisées à part.

Le tableau ci-dessous valorisé au coût du GHS montre le poids des grossesses et accouchements (CMD 14 et 15)

Tableau 6 : Séjours en AME répartition par catégorie majeur de diagnostic (de mars à novembre 2009)

CMD	libellé	Nombre de séjours/séances	Part	Montant total	Part
14	Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	8 985	25,1%	20 629 255,44	22,9%
6	Affections du tube digestif	2 800	7,8%	6 047 605,49	6,7%
8	Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	2 535	7,1%	7 215 370,83	8,0%
23	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	2 037	5,7%	2 977 124,15	3,3%
4	Affections de l'appareil respiratoire	1 949	5,5%	5 989 888,41	6,7%
5	Affections de l'appareil circulatoire	1 865	5,2%	6 453 124,87	7,2%
1	Affections du système nerveux	1 678	4,7%	5 295 056,45	5,9%
13	Affections de l'appareil génital féminin	1 576	4,4%	2 886 808,07	3,2%
10	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	1 284	3,6%	2 735 122,02	3,0%
11	Affections du rein et des voies urinaires	1 262	3,5%	3 281 853,63	3,6%
9	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	1 202	3,4%	2 255 562,23	2,5%
3	Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	1 190	3,3%	2 008 666,49	2,2%
7	Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	1 146	3,2%	3 134 551,55	3,5%
2	Affections de l'oeil	940	2,6%	1 649 289,40	1,8%
15	Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	927	2,6%	5 456 182,63	6,1%
18	Maladies infectieuses et parasitaires	852	2,4%	1 582 947,68	1,8%
17	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	684	1,9%	2 265 387,71	2,5%
20	Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	650	1,8%	797 080,63	0,9%
16	Affections du sang et des organes hématopoïétiques	562	1,6%	1 457 703,00	1,6%
19	Maladies et troubles mentaux	489	1,4%	683 774,15	0,8%
21	Traumatismes, allergies et empoisonnements	484	1,4%	795 305,64	0,9%
12	Affections de l'appareil génital masculin	351	1,0%	675 201,57	0,8%
25	Maladies dues à une infection par le VIH	194	0,5%	1 402 360,80	1,6%
22	Brûlures	61	0,2%	766 052,12	0,9%
26	Traumatismes multiples graves	28	0,1%	455 668,13	0,5%
27	Transplantations d'organes	23	0,1%	1 024 674,99	1,1%
	TOTAL	35 754	100,0%	89 921 618,08	100,0%
28	Séances	8 446		2 817 397,24	

Source : ATIH

2.3.2. Les différentes contributions à l'augmentation entre 2008 et 2009

La quasi-totalité des postes a connu une évolution dynamique.

Les prestations hospitalières enregistrent une augmentation de près de 15 % entre 2008 et 2009 alors que les dépenses en soins de ville progressent de 10 %. Les prestations hospitalières qui constituent 72 % de la dépense contribuent pour 77 % à son augmentation entre 2008 et 2009.

Tableau 7 : Evolution des dépenses AME France entière entre 2008 et 2009 (date de paiement)

	Dépenses		Evolution 2008-2009	
	Total 2008	Total 2009	en €	en %
Honoraires généralistes et spécialistes	42 251 016,86	45 261 859,43	3 010 842,57	7,1%
Honoraires dentaires	7 492 580,70	8 160 602,73	668 022,03	8,9%
Honoraires des auxiliaires médicaux	6 571 522,10	7 469 937,73	898 415,63	13,7%
Médicaments et dispositifs médicaux à u	60 568 859,36	66 430 167,31	5 861 307,95	9,7%
Frais d'analyse de biologie médicale et d	15 014 880,85	16 093 321,88	1 078 441,03	7,2%
Frais de transport	4 821 389,87	6 204 919,76	1 383 529,89	28,7%
Honoraires du secteur public			0,00	
Autres frais	5 864 619,67	7 492 202,19	1 627 582,52	27,8%
Total Prestations de ville	142 584 869,41	157 113 011,03	14 528 141,62	10,2%
Cliniques privées	20 787 229,54	23 191 151,57	2 403 922,03	11,6%
Etablissements médico-sociaux	1 833 860,05	2 342 774,92	508 914,87	27,8%
Etablissements publics dont :	309 177 466,29	355 432 240,01	46 254 773,72	15,0%
- autres frais d'hospitalisation	289 979 753,50	337 195 993,36	47 216 239,86	16,3%
- Honoraires du secteur public	15 316 730,51	15 801 586,00	484 855,49	3,2%
- forfaits journaliers	3 880 982,28	2 434 660,65	-1 446 321,63	-37,3%
IVG (cliniques+établissements publics)	2 156 845,87	2 048 838,45	-108 007,42	-5,0%
Total Prestations hospitalières	333 955 401,75	383 015 004,95	49 059 603,20	14,7%
Total	476 540 271,16	540 128 015,98	63 587 744,82	13,3%

Source : CNAMTS calculs mission

2.3.2.1. Evolution des prestations hospitalières (+ 15 % entre 2008 et 2009)

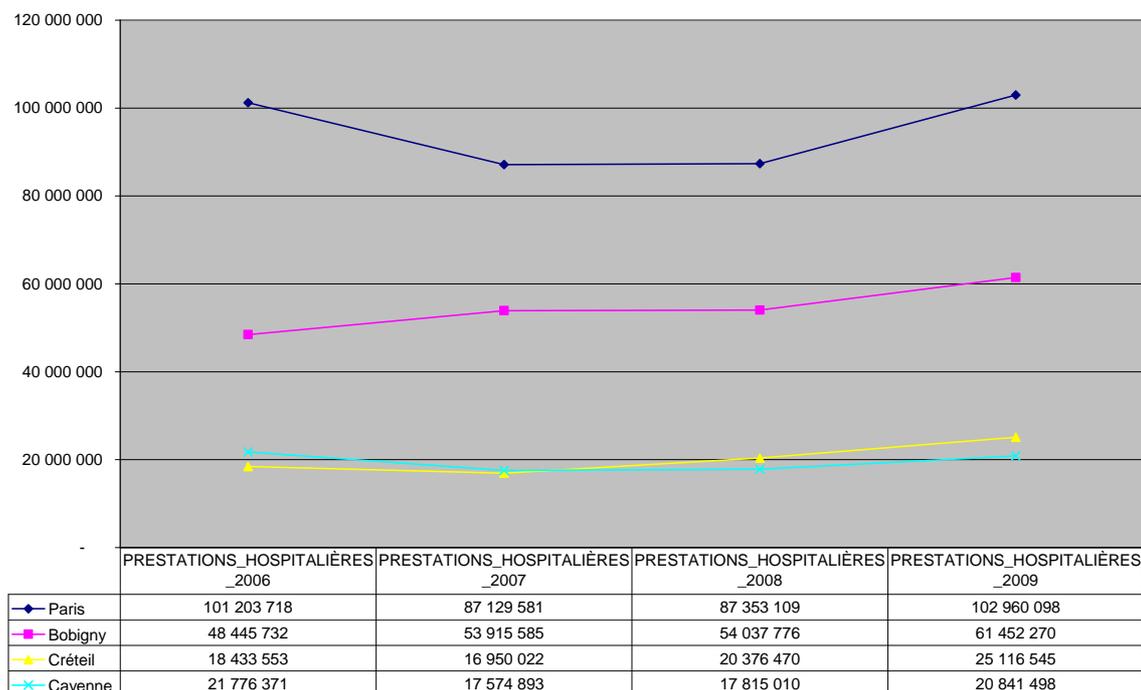
Les prestations hospitalières regroupent les dépenses des cliniques privées, des établissements médico-sociaux, des établissements publics agréant les autres frais d'hospitalisation, les honoraires du secteur public et les forfaits journaliers ainsi que les IVG.

La répartition entre les producteurs de soins doit être appréciée avec prudence en raison d'incertitudes statistiques pesant sur le poste cliniques privées qui apparaît surestimé pour 2006 (plus de 56 M€ en 2006 contre 20 M€ en 2007 et 2008).

Le montant des dépenses de forfait hospitalier baisse fortement entre 2006 (5,9 M€) et 2009 (2,4 M€).

Entre 2006 et 2009, les dépenses hospitalières augmentent de 17 %. Mais l'augmentation des dépenses hospitalières est concentrée sur l'année 2009 puisque entre 2006 et 2008 la hausse n'a été que de 1 %. Cette modération de l'augmentation des dépenses hospitalières entre 2006 et 2008 et par voie de conséquence des dépenses d'AME est la conséquence de la baisse des dépenses de prestations hospitalières entre 2006 et 2007 puis de leur stagnation entre 2007 et 2008 dans trois des quatre premières CPAM. La baisse de la dépense est particulièrement sensible à la CPAM de Paris puisqu'elle approche 14 % entre 2006 et 2007.

Graphique 4 : Evolution des dépenses de prestations hospitalières des 4 premières CPAM en date de paiement (en €)



Source : CNAMTS traitement mission

Cette forte baisse ne s'explique pas par les conditions de la facturation puisqu'en date de soins la dépense 2006 s'élève à 99,6 M€, 87,3 M€ en 2007 et 88,8 M€ en 2008. On observe donc bien également une baisse de la dépense en prestations hospitalières entre 2006 et 2007 de 12,3 % en date de soins.

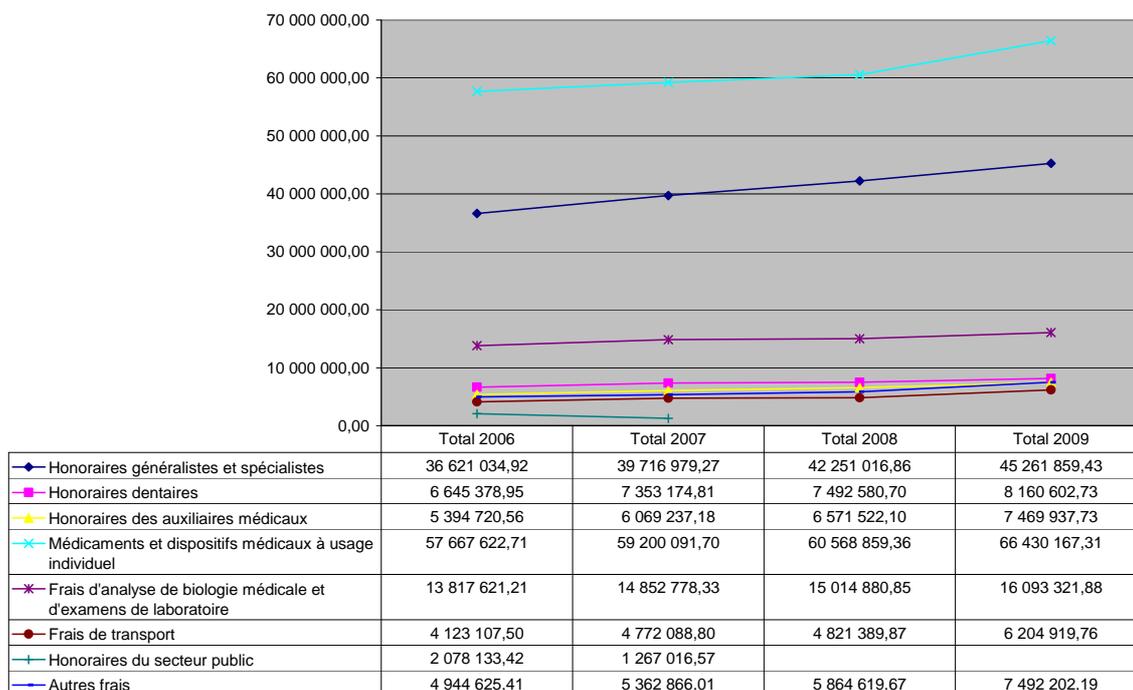
En raison de cette forte baisse de 2007 et de la quasi stagnation de la dépense en 2008, la dépense de prestations hospitalières à Paris est très proche en 2009 (103 M€) de ce qu'elle était en 2006 (101 M€).

Cette baisse de la dépense a eu en raison du poids de la CPAM de Paris un effet modérateur sur l'ensemble de la dépense AME

2.3.2.2. Evolution des dépenses de soins de ville (+10 % entre 2008 et 2009)

Entre 2008 et 2009, les dépenses de soins de ville ont augmenté de 10 % (+ 20 % entre 2006 et 2009).

L'ensemble des soins de ville augmente avec une inflexion sensible des médicaments et dispositifs médicaux entre 2008 et 2009.



Source : Mission

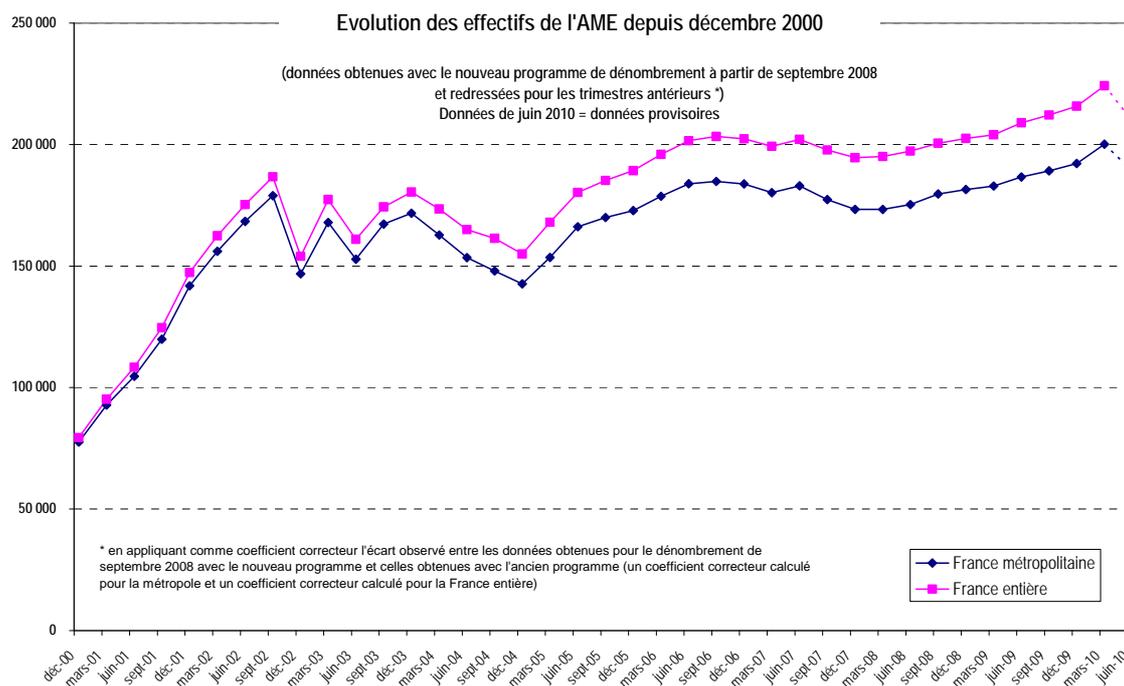
3. LE NOMBRE DES BENEFICIAIRES ET DES CONSOMMANTS

3.1. Un nombre de bénéficiaires de l'AME qui augmente de 1 à 2 % par trimestre

Les effectifs (définitifs) AME s'établissent fin juin 2010 à 226 611 en augmentation de 1,09 % par rapport au 31 mars 2010. Depuis septembre 2006 le nombre de bénéficiaires de l'AME augmente de 1 à 2 % d'un trimestre à l'autre.

Le premier trimestre 2010 avec une augmentation de 4 % par rapport au 4^{ème} trimestre 2009 a donc connu une augmentation sensiblement supérieure à celle observée depuis plusieurs trimestres sans que cela se confirme au deuxième trimestre 2010. Trois CPAM de la région parisienne contribuait pour plus de la moitié à cette augmentation de 8.404 personnes supplémentaires : Paris +1.931 (+ 3,0 %), Seine-Saint-Denis +1.852 (+ 4,8 %), et Val-de-Marne +502 (+ 3,6 %).

Graphique 5 : Evolution des bénéficiaires de l'AME



Source : CNAMTS

En rapportant les effectifs d'un trimestre de l'année n au même trimestre de l'année n-1, entre le 30 juin 2010 et le 30 juin 2009 les effectifs augmentent de 8,5 % (+17 654) ; cette augmentation était de 9,8 % entre le premier trimestre 2009 et le 1^{er} trimestre 2010.

Écarts entre les stocks et les stocks calculés en fonction des flux

Le rapprochement des stocks et des flux fait apparaître des écarts particulièrement sensibles entre les stocks déclarés et ceux qui résulteraient de la prise en compte des flux.

Rapprochement des dénombrements de bénéficiaires et des flux

Date	Avec le nouveau programme de dénombrement (données redressées pour les effectifs antérieurs à septembre 2008 *)		évolution T-T-1	entrée trimestre	sortie trimestre	solde	nbre bénéficiaires calculé	écart dénombrement/ calculé	% écart
	France métropolitaine	France entière							
30 juin 2008	175 321	197 297							
30 sept 2008	179 684	200 520	3 223	22 436	20 715	1 721	199 018	1 502	47%
31 déc 2008	181 454	202 503	1 983	23 736	22 293	1 443	201 963	540	27%
31 mars 2009	182 921	204 072	1 569	25 744	24 129	1 615	204 118	-46	-3%
30 juin 2009	186 637	208 957	4 885	24 488	20 834	3 654	207 726	1 231	25%
30 sept 2009	189 211	212 153	3 196	23 636	21 969	1 667	210 624	1 529	48%
31 déc 2009	192 227	215 763	3 610	25 353	23 442	1 911	214 064	1 699	47%
31 mars 2010	200 161	224 167	8 404	27 001	30 055	-3 054	212 709	11 458	136%
30 juin 2010	189 123	209 717	Chiffres provisoires						

Source : CNAMTS calculs mission

Le tableau ci-dessus calcul l'évolution des stocks France entière entre le trimestre précédent et le trimestre en cours soit + 3223 entre le 30 juin 2008 et le 30 septembre 2008.

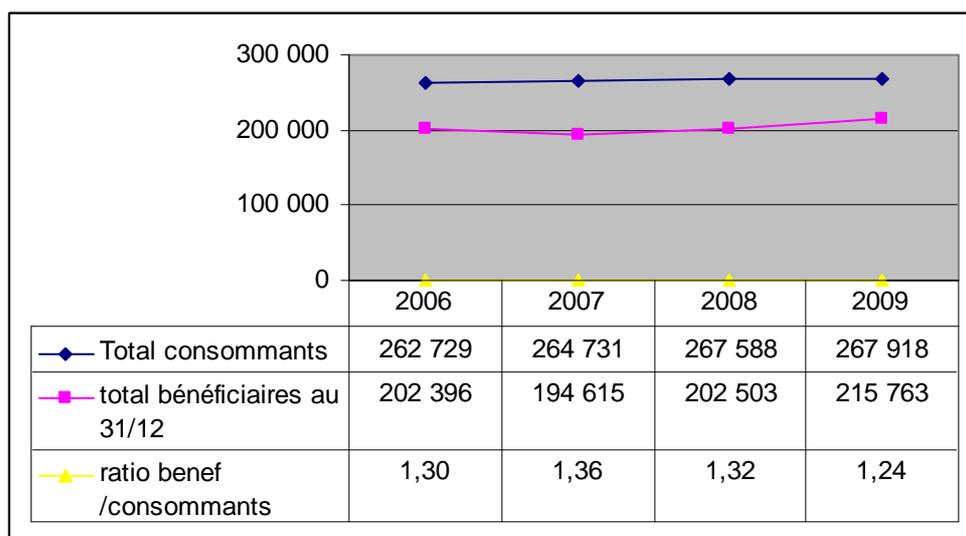
Le solde des flux entrées et sorties est ensuite calculé 22436 entrées et 20715 sorties entre le 30 juin 2008 et le 30 septembre 2008 soit un solde positif de 1721. Ajouté au stock du 30 juin 2008 (197 297) le nombre de bénéficiaires devrait être de 199 018 (bénéficiaires dits calculés). Le

nombre de bénéficiaires dénombré est donc supérieur de 1502 (+47 %) au nombre de bénéficiaires calculé en fonction des flux.

L'écart est maximum pour le mois de mars 2010 pour lequel le nombre de bénéficiaires se serait accru de 8 404 unités alors que les sorties excèdent les entrées.

Pour apprécier l'évolution des dépenses AME, l'évolution du nombre de bénéficiaires doit être appréciée avec prudence d'autant plus que le ratio nombre de bénéficiaires consommateurs / nombre de bénéficiaires n'est pas stable.

Graphique 6 : Evolution du nombre de bénéficiaires et du nombre de consommateurs en données annuelles

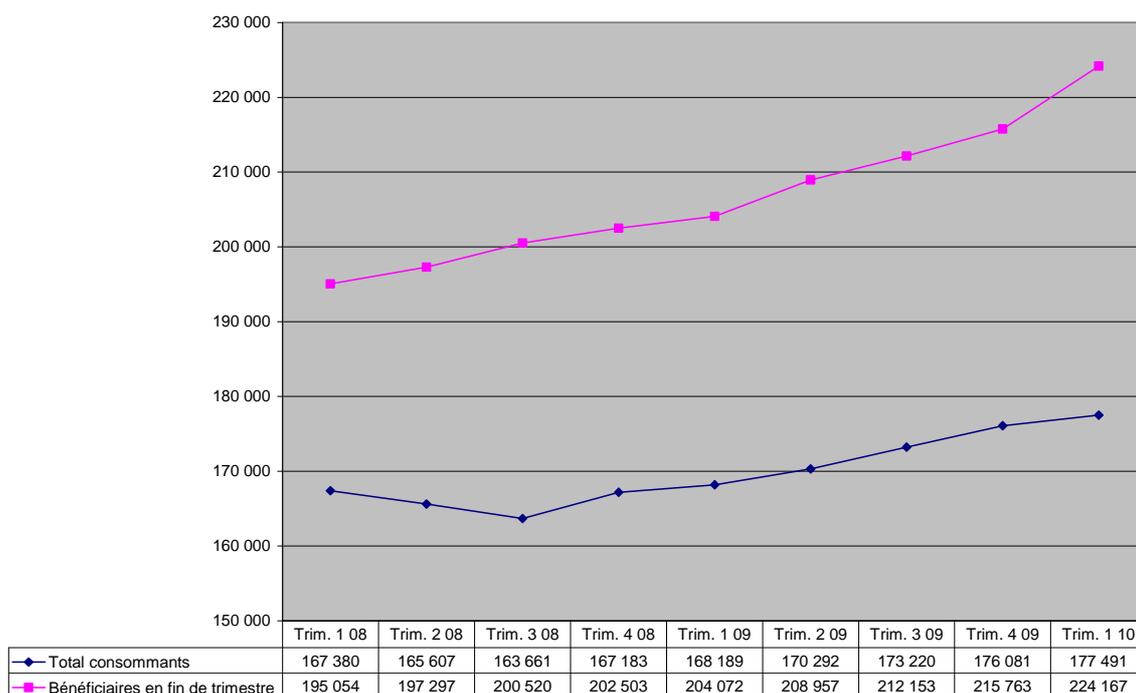


Source : CNAMTS

3.2. Approche trimestrielle du nombre des bénéficiaires consommateurs

Depuis l'année 2008, la CNAMTS effectue un suivi statistique trimestriel des bénéficiaires et des consommateurs. Les données antérieures n'ont pas pu être reconstituées en raison des contraintes de confidentialité pesant sur le SNIIRAM.

Graphique 7 : Evolution trimestrielle des bénéficiaires et des consommateurs 2008 -2009



Source : CNAMTS ; calculs mission

On observe une baisse du nombre de consommateurs entre le premier trimestre 2008 et le 3^{ème} trimestre 2008.

Il n'existe pas selon la CNAMTS de décompte des consommateurs par trimestre antérieur à 2008 et il n'est pas possible de les reconstituer en raison des contraintes CNIL pesant sur le SNIRAM qui ont amené à les effacer.

Tableau 8 : Nombre de consommateurs par trimestre

	2008				2009				2010	Evolutions des T1	
	Trim. 1	Trim. 2	Trim. 3	Trim. 4	Trim. 1	Trim. 2	Trim. 3	Trim. 4	Trim. 1	2009/2008	2010/2009
Ambulatoire	159 338	157 406	153 684	157 795	160 636	162 409	165 030	167 479	170 199	0,8%	6,0%
dont :											
Médecins	122 863	120 953	113 798	116 584	117 384	120 561	126 192	126 569	132 941	-4,5%	13,3%
Dentaire	13 259	12 570	13 225	12 785	13 864	13 564	15 412	13 692	15 846	4,6%	14,3%
Auxiliaires	13 090	13 284	12 793	13 180	13 544	13 790	13 992	14 620	14 557	3,5%	7,5%
Biologie	39 438	39 589	38 396	40 527	40 167	41 845	42 004	42 811	42 618	1,8%	6,1%
Pharmacie	127 337	124 344	122 176	127 936	130 745	130 636	128 881	137 911	137 510	2,7%	5,2%
LPP	16 892	17 292	18 039	18 955	19 394	20 460	20 457	21 230	22 589	14,8%	16,5%
Transports	2 814	2 829	2 869	3 034	2 910	3 112	3 403	3 344	3 568	3,4%	22,6%
Hosp. Privée	4 524	4 586	4 777	5 159	4 929	5 247	5 588	5 845	5 322	9,0%	8,0%
Hosp. Publique	11 084	11 580	11 898	12 963	11 473	12 099	12 048	13 270	15 177	3,5%	32,3%
Soins ext.	36 884	35 734	39 580	40 203	35 308	37 217	39 654	42 447	36 110	-4,3%	2,3%
Total	167 380	165 607	163 661	167 183	168 189	170 292	173 220	176 081	177 491	0,5%	5,5%

Source : CNAMTS

NB lecture : Au 1^{er} trimestre 2008 167 380 personnes ont bénéficié d'au moins une prestation au titre de l'AME ; 159 338 personnes ont bénéficié d'au moins une prestation au titre de l'ambulatoire, 122 863 ont bénéficié d'au moins une prestation de médecin, 127 337, parfois les mêmes, ont eu au moins une délivrance en pharmacie. Chaque ligne doit donc être lue indépendamment des autres.

L'approche de l'AME par le nombre de bénéficiaires apparaît très insuffisante pour expliquer le phénomène. Même une approche par bénéficiaire consommant apparaît biaisée en raison de la concentration de la dépense sur quelques organismes, sur quelques dépenses, les dépenses hospitalières, et sur quelques bénéficiaires comme le montrent les travaux menés dans les CPAM de Paris et de Bobigny (cf annexes Paris et Bobigny)

Annexe 7 :

Tableau des suites données aux recommandations précédentes

Tableau : Principales recommandations du rapport 2007 et suites données

Objectif de modernisation	Proposition	Recommandations	Suite donnée au 6/7/10
1.Maintenir un dispositif spécifique de prise en charge des étrangers en situation irrégulière	Attribuer une carte spécifique aux bénéficiaires de l'AME, sans pour autant en faire des assurés sociaux	Créer une carte spécifique, présentant des caractéristiques techniques comparables à celles de la carte Vitale mais d'apparence différente	Un titre d'admission sécurisé avec photographie a été mis en place par arrêté du 10 juillet 2009 En déploiement depuis avril 2010
Améliorer l'efficacité de l'AME	2.1 Mieux contrôler l'ouverture et le renouvellement des droits	2.1.1 Généraliser certaines bonnes pratiques des CPAM Contrôle et limitation de la délivrance de duplicata d'attestation AME Utilisation de papier non-photocopiable pour les attestations AME Élaboration par la CNAMTS de règles nationales du contrôle des ressources Harmonisation de l'élaboration de numéros provisoires pour les bénéficiaires de l'AME	
		2.1.2 Améliorer le contrôle des renouvellements de droits Vérifier la condition de résidence ininterrompue de plus de trois mois lors du renouvellement en matière de délivrance de duplicata d'attestation AME	
		2.1.3 Développer les fichiers communs de refus à l'AME et mettre en place une attestation sécurisée avec photographie Généraliser le fichier des refus d'AME existant en région parisienne à certaines régions et départements Expérimenter la mise en place d'une attestation sécurisée avec photographie avant d'élaborer un modèle de formulaire national Cerfa	Mise en place d'une base de données nationale des refus d'AME en cours d'autorisation CNIL

Objectif de modernisation	Proposition	Recommandations	Suite donnée au 6/7/10
		<p>2.1.4 Améliorer les contrôles des CPAM sur les soins urgents</p> <p>Mieux filtrer les factures de soins urgents, en recherchant systématiquement l'existence d'une éventuelle couverture sociale du patient concerné avant inscription aux soins urgents</p>	
		<p>2.1.5 Étendre le contrôle médical aux bénéficiaires de l'AME et des soins urgents</p>	<p>Fait par LFSS 19/12/07 pour contrôle de l'activité des professionnels de santé, contrôle de l'admission en ALD et soins urgents (art L 315-2 css) contrôle de la justification médicale d'AME ou soins urgents</p>

Objectif de modernisation	Proposition	Recommandations	Suite donnée au 6/7/10
Améliorer l'efficacité de l'AME	2.2 Aligner les devoirs des bénéficiaires de l'AME sur ceux des assurés sociaux	<p>2.2.1 Restreindre l'accès direct aux médecins spécialistes Rendre obligatoire le passage par un généraliste pour accéder à un spécialiste. À défaut, le patient AME devrait régler l'intégralité de la charge de la consultation, compte tenu de l'impossibilité de lui faire payer une partie du coût dans un dispositif de dispense d'avance de frais. Les exceptions prévues au parcours de soins (accès direct à la pédiatrie, à la psychiatrie, à la gynécologie et à l'ophtalmologie) devraient naturellement être applicables aux bénéficiaires de l'AME</p> <p>2.2.2 Pénaliser le refus de médicaments génériques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laisser la totalité de la dépense à la charge du bénéficiaire si celui-ci refuse une substitution par un produit générique 	<p>Pas pertinent du fait du faible recours aux spécialistes en ville</p> <p>Fait par la modification de l'art L 251-2 du casf par la LFI du 24/12/07 art 121</p>
	2.3 Proposer systématiquement une visite de prévention	<p>Définir le contenu d'une visite de prévention qui permettrait d'éviter des dépenses de soins potentiellement plus lourdes</p>	<p>Expérimentation prévue à Paris et Seine Saint Denis dossier transmis à la CNIL le 9/3/10</p>
	3.Simplifier le dispositif	3.1 Passer à une attestation individuelle pour les mineurs	<p>Prévoir une affiliation à l'AME de tous les mineurs sans condition de durée de résidence en France (abandon du système d'ayants droit) et la mise en place d'attestations individuelles</p>
3.2 Supprimer l'AME complémentaire		<p>Renforcer la cohérence d'ensemble du dispositif de prise en charge des soins des étrangers basculant dans l'irrégularité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour les personnes qui bénéficient d'un maintien de droits au régime général, maintien automatique du droit à la CMU complémentaire jusqu'à extinction du droit au régime de base et un basculement intégral à l'AME au-delà • Pour les autres, une prise en charge intégrale des soins par l'AME dès 	

3.3 Revoir le dispositif des soins urgents sans renoncer au caractère forfaitaire de l'enveloppe allouée par l'État	3.3.1 Comptabiliser les factures des hôpitaux vers les CPAM « au fil de l'eau » et valider en continu les dossiers « soins urgents » présentés	
	3.3.2 Prévoir des enveloppes spécifiques pour les départements d'outre-mer, tout en confirmant le caractère forfaitaire du dispositif en France métropolitaine et en faisant supporter à la CNAMTS les éventuelles insuffisances de financement	
3.4 Créer deux actions dans le programme budgétaire n°183	Au sein du programme budgétaire, distinguer les crédits destinés à l'AME de droit commun et aux soins urgents de ceux destinés aux autres dispositifs	

Objectif de modernisation	Proposition	Recommandations	Suites données au 6/7/10
4. Résoudre les problèmes de financement et améliorer la gouvernance	4.1. Désendetter l'État pour assainir la relation avec la CNAMTS	4.1.1 Régler le problème de la dette passée en concertation entre la direction du budget et la CNAMTS	La LFR 2009 a permis d'apurer la dette Mais risque de reconstitution
		4.1.2 Éviter la constitution d'une dette future par la mise à niveau de la dotation budgétaire ou l'affectation d'une recette fiscale de l'État à la CNAMTS	
	4.2 Améliorer le pilotage par une meilleure connaissance des bénéficiaires et une redéfinition des rôles respectifs de l'État et de la CNAMTS	4.2.1 Confirmer la DSS comme chef de file et lui confier le pilotage des différents dispositifs <ul style="list-style-type: none"> • Transférer à la DSS le budget opérationnel de programme (BOP) de l'AME, aujourd'hui géré par la DGAS • Pour les dispositifs annexes, transférer le pilotage en maintenant l'instruction des dossiers par les directions qui s'en chargent actuellement • Réunir régulièrement un comité de pilotage réunissant la DGAS et la DHOS et présidé par la DSS pour faire le point sur l'ensemble des dispositifs relevant de l'enveloppe AME et centraliser la relation avec la CNAMTS 	Le pilotage a été attribué à la DSS qui anime le comité trimestriel de suivi de l'AME ; en cours pour la responsabilité du BOP AME
		4.2.2 Se donner les moyens de mieux connaître l'état de santé des bénéficiaires de l'AME et leur mode de prise en charge pour justifier la dépense engagée mais également prévoir les éventuels ajustements du dispositif liés à des évolutions des profils épidémiologiques. <p>Systematiser, en matière d'hospitalisation, l'étude de la base de données médicalisées dans un groupe d'hôpitaux pilotes, choisis en fonction des lieux où se concentrent les bénéficiaires de l'AME</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exploiter les bases dont disposent les CPAM sur le mode de recours aux médecins et sur la consommation de soins ambulatoires pour analyser plus précisément la répartition de la prise en charge des bénéficiaires entre médecins d'un département, l'évolution des principaux actes facturés ou la consommation de produits pharmaceutiques 	
	4.2.3 Renforcer le contenu de la convention État – CNAMTS en y incluant : <ul style="list-style-type: none"> • Une dimension de <i>reporting</i> statistique sur les bénéficiaires de l'AME et des soins urgents (incluant des éléments sur leur état de santé et leur parcours de soins) et les montants engagés • Une évaluation des frais de gestion du dispositif • Des indicateurs de suivi et de pilotage, en précisant la définition des indicateurs proposés aujourd'hui dans le programme LOLF 	L'arrêté du 6 mai 2008 prévoit des remontées trimestrielles et annuelles de données statistiques plus une convention Etat CNAMTS du 1/1/09	

Annexe 8 : Accueil d'aval

Quelques personnes bénéficiaires de l'AME sont maintenues hospitalisées dans des services de MCO faute de lits d'aval. Même si leur nombre est marginal, le montant facturé à la collectivité peut être important. Le coût d'hospitalisation d'une personne une année entière en neurologie (700 € la journée) peut rapidement devenir prohibitif (plus de 255 K€).

A côté de la question des places disponibles notamment en maison d'accueil spécialisé (MAS¹), se pose également la question juridique de la prise en charge des frais de séjour.

L'article L 251-2 du casf dispose que les frais pris en charge au titre de l'AME sont « les frais définis aux 1°,2°,4°,6°, de l'article L. 321-1 (assurance maladie) et à l'article L. 331-2 (assurance maternité) du code de la sécurité sociale ». Or, ce n'est pas à ce titre mais au titre de l'article L 344-1 du code de l'action sociale et des familles que les frais d'accueil et de soins dans les établissements ou services destinés à recevoir les personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants sont pris en charge par l'assurance maladie. Les séjours des bénéficiaires de l'AME, qui ne sont pas des assurés sociaux, ne peuvent donc pas être financés directement par l'assurance-maladie.

En outre, les placements en maisons d'accueil spécialisées sont conditionnés à une orientation de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Toute demande présentée auprès de la CDAPH en vue d'obtenir une aide ou une orientation en établissement doit être accompagnée d'un dossier comprenant « une pièce d'identité en vigueur ou titre de séjour en cours de validité ou tout autre document d'autorisation de séjour en France » (arrêté du 14 janvier 2009 fixant le modèle de formulaire relatif à la demande des usagers auprès des MDPH).

Une lettre ministérielle du 2 juillet 2008, à la suite d'un arrêt du conseil d'État de 2006, résout une partie de la question en prévoyant la prise en charge du séjour et des soins des enfants bénéficiaires de l'AME dans les centres médicaux pédagogiques et pour handicapés.

S'agissant des adultes, compte tenu des pathologies concernées, la solution pourrait être recherchée dans une application de la procédure de régularisation de l'article L 313-11-11 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (procédure « étranger malade »).

¹ La maison d'accueil spécialisée (MAS) reçoit des personnes adultes atteintes d'un handicap intellectuel, moteur ou somatique grave, ou gravement polyhandicapées, n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie. Leur état doit nécessiter en outre le recours à une tierce personne pour les actes de la vie courante, une surveillance médicale et des soins constants.

Annexe 9 :

Contribution des bénéficiaires au financement de l'AME

CONTRIBUTION DES BENEFICIAIRES AU FINANCEMENT DE L'AME	1
1. METHODOLOGIE	3
2. LES ELEMENTS DE CADRAGE	3
2.1. <i>Les motifs techniques de la création d'une contribution forfaitaire annuelle</i>	3
2.2. <i>Les contraintes</i>	4
3. LE PRINCIPE D'UN TIMBRE	4
3.1. <i>Un timbre de droit commun</i>	4
3.2. <i>Affectation de la recette</i>	5
4. LE DISPOSITIF JURIDIQUE.....	7
5. UNE MESURE QUI PRESENTE DES INCONVENIENTS MAJEURS	7
5.1. <i>Une mesure qui n'est pas modique pour des personnes disposant de faibles voir très faibles ressources</i>	7
5.2. <i>Une mesure dangereuse pour la santé publique</i>	7
5.3. <i>Une mesure économiquement inefficace</i>	8

Selon la lettre de mission la mission devait examiner « les modalités de mise en place d'une participation des bénéficiaires de l'AME et, plus particulièrement, les modalités d'application d'une contribution forfaitaire annuelle sous forme de droits d'entrée au dispositif. »

Ce droit d'entrée a été envisagé par la ministre le 16 juin 2010 lors d'une audition par la commission Sénat. Le montant alors évoqué était de 15 €. Les arbitrages budgétaires ont été initialement rendus sur la base d'un montant de 30 €. C'est un amendement au PLF 2011 qui a porté la mesure en subordonnant le bénéfice de l'AME au paiement d'un droit annuel de 30 € par bénéficiaire majeur¹. Il a été adopté par l'Assemblée nationale le 2 novembre 2010.

1. METHODOLOGIE

Plusieurs documents ont été fournis à la mission :

- -- un projet d'article pour le projet de loi de finances 2011 par la DSS,
- -- les échanges entre la DSS et la direction du budget,
- -- les réactions de la CNAM à l'instauration de ce droit de timbre

La mission a été en contact avec la direction générale des finances publiques bureaux GF1C (bureau recouvrement des produits divers de l'Etat), GF2A (bureau de la fiscalité des professionnels) et GF3B (publicité foncière et fiscalité du patrimoine). La mission a également contacté l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII), successeur de l'Office des migrations internationales qui dispose d'une recette affectée produit de la vente d'un timbre d'une série spécifique.

2. LES ELEMENTS DE CADRAGE

2.1. Les motifs techniques de la création d'une contribution forfaitaire annuelle

Depuis la loi de finances rectificative pour 2002 (n° 2002-1576 du 30 décembre 2002), l'article L. 251-2 du casf pose le principe d'une participation aux dépenses de soins laissée à la charge du bénéficiaire (ticket modérateur) ainsi que d'une participation au forfait journalier hospitalier (FJH) dans des conditions fixées par décret.

L'instauration d'un ticket modérateur et d'un forfait journalier est complexe à mettre en œuvre lorsque s'applique la dispense d'avance de frais, comme c'est le cas pour l'AME : les professionnels de santé seraient obligés de calculer le reste à charge des assurés et de le recouvrer en espèces après consultation. Les professionnels libéraux supporteraient ainsi directement un risque financier lié au recouvrement du montant du ticket modérateur. Il y a donc un risque de susciter des refus de soins.

¹ Amendement n°II 11 adopté le 2 novembre 2010 par l'Assemblée nationale : « Après l'article 968 D du code général des impôts, il est inséré un XII ainsi rédigé : XII. – Aide publique à une couverture de santé Article 968 E Le droit aux prestations mentionnées à l'article L. 251-2 du code de l'action sociale et des familles est conditionné au paiement d'un droit annuel d'un montant de trente euros par bénéficiaire majeur »

Or la proportion de bénéficiaires de l'AME recourant aux soins de ville est importante. Sur les 56 000 bénéficiaires de l'AME à Paris ayant consommé des soins en 2009, 55 000 ont consommé des soins de ville (hors soins externes), 14 000 ont consommé des soins hospitaliers (hors soins externes), soit un rapport de 1 à 4 entre les consommateurs à l'hôpital et les consommateurs en ville². Pour la CPAM de Bobigny, 36 000 bénéficiaires de l'AME ont consommé des soins de ville en 2009, 18 000 des soins hospitaliers.

La complexité de fonctionnement d'un tel ticket modérateur fait que le décret n'a pas été publié à ce jour et qu'en conséquence la prise en charge des frais de santé est intégralement assurée par l'État via l'AME.

La création d'un droit d'entrée à l'AME vise donc à lever les obstacles de la mise en place d'une participation des bénéficiaires de l'AME tout en les responsabilisant dans leur recours à cette aide par le truchement d'une participation financière à l'entrée.

2.2. Les contraintes

Le dispositif s'adresse à une population relativement peu nombreuse (environ 215 000 bénéficiaires) dont l'essentiel des effectifs est concentré en région parisienne³ mais présente sur l'ensemble du territoire. Il convient donc que le dispositif puisse être accessible partout.

Cette population est précaire voire très précaire. Il s'agit par définition d'étrangers en situation irrégulière disposant de ressources inférieures à un plafond fixé sensiblement en dessous du seuil de pauvreté. Le plafond de ressources mensuelles pour bénéficier de l'AME est aligné sur celui de la CMUC 634 € mensuels pour une personne seule, 951 € pour deux personnes. Un dispositif faisant appel à d'autre moyen de paiement que la monnaie fiduciaire n'est pas envisageable. Les moyens de paiement de type carte bancaire sont donc exclus ce qui par la même disqualifie tous les systèmes de type Internet qui progressivement remplacent les timbres.

L'AME répondant tout à la fois à des nécessités sanitaires, mais également d'équilibre financier des dispensateurs de soins en réduisant les créances irrécouvrables, il convient que le dispositif mis en place n'ait pas pour effet d'exclure de fait tout recours à la prestation.

3. LE PRINCIPE D'UN TIMBRE

Deux solutions peuvent être envisagées, soit une contribution forfaitaire soit une contribution proportionnelle aux ressources du demandeur sur le principe de la CMU de base.

3.1. Un timbre de droit commun

Une contribution proportionnelle aux ressources aurait pour intérêt de permettre la suppression de l'effet de seuil maximum attaché à l'AME (en dessous d'un certain seuil la dépense est entièrement prise en charge par la collectivité, à compter d'un certain seuil, 634 € mensuels pour une personne seule, la totalité de la dépense est imputée au consommant, soit des milliers d'euros dans le cas d'hospitalisations avec deux conséquences, soit une fraude sur les revenus déclarés soit la création de créances irrécouvrées dans les comptes des hôpitaux). Le recouvrement de cette contribution présenterait toutefois un redoutable problème technique.

Pour les motifs exposés ci-dessus, il convient donc d'exclure le recours à des dispositifs reposant sur la dématérialisation qui tendent à remplacer les timbres en vigueur (paiement des amendes par internet par exemple).

² Un patient peut consommer tout à la fois des soins de ville et des soins hospitaliers il est en ce cas recensé dans les deux rubriques.

³ Six CPAM concentrent 70 % des effectifs (Paris, Bobigny, Créteil, Cayenne, Marseille et Nanterre).

Le paiement d'un droit en échange d'une quittance tout en répondant à une partie des objections ci-dessus pose des problèmes de mise en œuvre. Dans le réseau sécurité sociale, les recouvrements sont pour l'essentiel centralisés dans les URSSAF. Les caisses d'assurance maladie ne sont pas équipées pour recevoir, manipuler et conserver des paiements en espèces ou fiduciaires et donc pour assurer la gestion du paiement en espèce d'un droit d'accès à l'AME sauf à créer des régies de recettes dans les 128 CPAM et CGSS. Il faudrait soit développer des systèmes de collecte de fonds dans les CPAM sous une forme qui ne pourrait pas être une régie de recette en raison du caractère privé de l'organisme, soit confier une nouvelle tâche à des URSSAF qui n'y sont pas préparées et pour laquelle elles ne sont pas conçues, soit confier cette tâche aux trésoreries locales ou aux préfetures avec la difficulté de faire venir des personnes en situation irrégulière dans des services de l'Etat.

Le timbre fiscal apparaît donc comme la meilleure solution même s'il va à rebours de tous les efforts de suppression des timbres physiques mis en œuvre.

Deux catégories de timbres existent : le timbre affecté et le timbre non affecté.

Le timbre affecté est spécifique à un organisme ou pour une opération. Les timbres de l'OFII sont un exemple de ces timbres affectés. Le timbre affecté suppose l'édition de planches spéciales, leur délivrance à tous les acteurs qui les vendent (recettes des impôts, buralistes...). Le nombre des bénéficiaires de l'AME et les recettes que l'on peut attendre d'un tel timbre ne justifient pas l'instauration d'un timbre affecté. Pour mémoire, la recette procurée à l'OFII par ses timbres s'élève à 110 M€, la recette attendue pour l'AME est de l'ordre de 6 M€⁴. Enfin, un timbre spécifique aurait un effet de marqueur pour l'acheteur et donc dissuasif pour des populations en situation irrégulière.

La meilleure solution apparaît donc être le recours à un timbre non affecté, ce qui n'exclut pas l'affectation de la recette.

Le dispositif envisagé est rendu possible par la mise en place de la carte sécurisée définie par un arrêté du 10 juillet 2009 et en cours de déploiement. Le droit d'entrée à l'AME serait perçu lors de la délivrance de la carte.

La mise en œuvre d'une contribution forfaitaire prendrait la forme de l'achat chez les buralistes d'un timbre mobile fiscal non spécifique à l'AME. Il existe suffisamment de valeurs faciales (1 € 2 € 5 € 8 € 10 € 15 € 30 €) pour que le montant demandé puisse être ajusté précisément. Juridiquement, le droit de timbre étant une imposition dite de toutes natures, il n'y a pas nécessairement de corrélation entre le coût du document et le montant demandé.

Ce timbre serait remis à la CPAM lors de la demande d'admission à l'AME ou lors de son renouvellement. Lors du renouvellement annuel un timbre de même montant serait exigé. Il apparaît en effet délicat opérationnellement de multiplier les montants qui rendraient plus difficile le contrôle des timbres réellement recouverts.

Le timbre serait physiquement annulé (oblitération ou autre) lors de sa remise à la CPAM et conservé avec le dossier du demandeur pour assurer au mieux la traçabilité de la recette. En revanche la comptabilisation serait effectuée sur la base des cartes délivrées, le recours à la pièce n'étant opéré qu'à des fins de contrôle. Le circuit suppose un échange d'informations entre les CPAM qui délivrent les cartes et collationneraient les timbres et l'organisme chargé de centraliser l'information.

3.2. Affectation de la recette

Pour garantir l'affectation de cette recette au financement de l'AME, trois solutions apparaissent envisageables :

⁴ 30 € multipliés par 200 000 bénéficiaires.

3.2.1. L'affectation d'une recette fiscale à la CNAMTS:

Cette hypothèse revient à organiser un circuit de type « impôts et taxes affectées » et amènerait la CNAMTS à présenter deux demandes de paiement, une au titre du rendement du droit de timbre et l'autre au titre des soins facturés moins le rendement du timbre.

Cette hypothèse pose problème pour plusieurs raisons. Tout d'abord il conviendrait de résoudre la question du principe de l'affectation d'une recette à une dépense, les impôts et taxes affectées ne l'étant que globalement.

Ensuite l'affectation d'une recette fiscale génère inévitablement un produit en face duquel il y a actuellement une gestion pour le compte de tiers. De fait cette solution implique de passer à nouveau la gestion de l'AME de la classe 4, ce qui a été contesté par la Cour et par les instances normatives (ainsi le PCUOSS a été toiletté de ces dispositions suite à l'avis du Conseil national de la comptabilité du 30 janvier 2008).

De plus comme il n'est pas possible de tracer une part de dépenses financées par cette recette affectée, c'est tout le dispositif qui passe par les comptes de charges et de produits. Ce choix n'est pas efficient les coûts de gestion et les délais de mise à jour des logiciels comptables étant significatifs. Enfin, toute gestion en charge génère des provisions et contribuerait donc à creuser l'impact déficitaire pour la CNAMTS.

3.2.2. La création d'un fonds:

Il serait créé sur le modèle du Fonds national des solidarités actives (FNSA⁵). Géré par la Caisse des dépôts et consignations, il n'aurait pas de personnalité morale et les frais de gestion seraient limités aux coûts de gestion facturés par la CDC qui sont proportionnels au temps-homme consacré aux opérations. Etant donné le nombre très limité d'opérations qui seraient réalisées, ces coûts de gestion seraient minimes. Par ailleurs, le fonds bénéficierait des intérêts de placement des sommes encaissées.

Cette solution permettrait une affectation de recette fiscale au fonds dédié à l'AME. Le fonds recevrait en recettes le montant de droit de timbres acquitté par les bénéficiaires majeurs de l'AME au titre de la contribution forfaitaire. Il serait équilibré en dépenses et en recettes par l'Etat.

Toutes ses recettes seraient reversées le même jour à l'ACOSS au nom de la CNAMTS. Avec cette organisation, le droit de timbre « AME » serait parfaitement fléché en tant que recette propre du fond.

Ainsi l'affichage budgétaire des dépenses côté Etat pourrait ne retracer que le financement de la différence. Cependant, cette démarche, outre qu'elle contribue à la création d'un nouveau fond, peut laisser supposer une remarque du certificateur au motif d'une « externalisation » d'un dispositif qui in fine est à la charge de l'Etat dans les textes.

3.2.3. L'affectation de la recette fiscale à l'Etat:

Ce schéma est de loin le plus efficient, à la fois en terme de gestion (rien ne change pour la CNAMTS), il n'y a pas de coût de création d'un fond et simplement une recette fiscale de plus pour l'Etat.

De plus, il s'inscrit parfaitement dans la logique des règles comptables en droit constaté dans le cas d'une gestion pour le compte de tiers. Or cette démarche est une tendance qui s'accroît pour harmoniser l'ensemble des gestions déléguées au niveau de leur comptabilisation.

Cette solution ne répond toutefois pas totalement à l'objectif recherché par certains des promoteurs de la mesure qui visent également à diminuer la dépense affichée.

⁵ Décret n° 2009-30 du 9 janvier 2009 relatif au Fonds national des solidarités actives.

4. LE DISPOSITIF JURIDIQUE

En permettant une diminution des dépenses budgétaires de l'État au titre de l'AME, la contribution forfaitaire figure au nombre des dispositions affectant directement les dépenses budgétaires de l'année, qui se rattachent au domaine de la loi de finances aux termes de l'article 34 (II 7° b)) de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances (LOLF). Sa mise en œuvre suppose la création d'un nouvel article, qui institue la participation forfaitaire annuelle au titre de l'AME, au sein du code général des impôts (article 968 E).

Il conviendra également de modifier l'article L. 251-1⁶ du casf pour introduire la condition nouvelle de paiement d'une contribution pour bénéficier de l'AME. En revanche il n'apparaît pas nécessaire de modifier l'article L 254-1 du casf⁷ relatif à l'aide médicale d'urgence qui s'appliquera de plein droit en cas de non paiement de la contribution.

5. UNE MESURE QUI PRESENTE DES INCONVENIENTS MAJEURS

5.1. Une mesure qui n'est pas modique pour des personnes disposant de faibles, voir très faibles, ressources

Il convient de rapporter cette mesure aux ressources plafond pour bénéficier de l'AME. Pour une personne seule, le plafond est de 634 € mensuels la somme de 30 € représente 4,7 % de ce plafond. Pour deux personnes le plafond est de 951 €; la somme de 30 € étant payée par « ayant droit » le montant total acquitté est donc de 60 € soit 6,3 % du plafond. Cette contribution est d'autant plus lourde à supporter que le prélèvement s'opère en une fois ; une présentation lissée sur 12 mois ne rend donc pas compte de la réalité.

A défaut de disposition permettant d'ajuster cette mesure aux publics concernés, et sauf à envisager une prise en charge massive par les associations, il est à craindre que la mesure n'amène à différer les recours aux soins.

5.2. Une mesure dangereuse pour la santé publique

Dans son rapport annuel, Médecins du monde a observé une hausse de 17% des patients vus en consultation médicale dans ses centres entre 2007 et 2009. Le taux de retard aux soins a doublé, passant de 11% en 2007 à 22% en 2009, ce qui "entraîne dans de nombreux cas, une aggravation de l'état de santé des personnes qui sollicitent des soins quand leur maladie atteint un stade avancé". Parmi les femmes enceintes, la moitié présentaient un retard de suivi de grossesse malgré une prise en charge à 100 %.

⁶ Article L251-1 du casf : « Tout étranger résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois, sans remplir la condition de régularité mentionnée à l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale et dont les ressources ne dépassent pas le plafond mentionné à l'article L. 861-1 de ce code a droit, pour lui-même et les personnes à sa charge au sens des articles L. 161-14 et L. 313-3 de ce code, à l'aide médicale de l'Etat. »

⁷ Article L254-1 Les soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître et qui sont dispensés par les établissements de santé à ceux des étrangers résidant en France sans remplir la condition de régularité mentionnée à l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale et qui ne sont pas bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat en application de l'article L. 251-1 sont pris en charge dans les conditions prévues à l'article L. 251-2. Une dotation forfaitaire est versée à ce titre par l'Etat à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Le paiement d'une contribution de 30 € ne peut que conduire à différer les accès aux soins et à maintenir à l'écart du système de soins des personnes qui en sont déjà éloignées. C'est prendre le risque de voir se développer des affections bénignes lorsqu'elles sont traitées suffisamment tôt mais pouvant comporter de graves complications en cas de retard dans la prise en charge à l'exemple de la rougeole.

Selon l'INVS le nombre de cas de tuberculose déclarés était en 2008 de 5 758 cas en France (5 589 en France métropolitaine et 169 dans les territoires d'Outre-mer) contre 5 574 en 2007.

Comme les années précédentes, le taux de déclaration est plus élevé en Île-de-France (17,9/100 000) et en Guyane (22,6/100 000). En Ile-de-France les taux de déclaration les plus élevés en 2008 étaient observés en Seine-Saint-Denis (30,3/100 000) et à Paris (27,5/100 000). Cependant, ces taux sont parmi les plus bas jamais observés dans ces départements.

Les taux sont également élevés chez les personnes sans domicile fixe et les personnes nées dans des pays à forte incidence de tuberculose, notamment ceux d'Afrique subsaharienne, populations particulièrement concernées par l'AME. Pour les enfants de moins de 15 ans, le nombre de cas est stable depuis 2005.

La hausse observée du nombre de cas déclarés (+3,3% entre 2007 et 2008) restait modérée par rapport à celle observée entre 2006 et 2007 (+4,7%). Elle était vraisemblablement due en grande partie à une amélioration de la détection et de la déclaration des cas grâce à une meilleure sensibilisation des déclarants. Mais elle pourrait aussi témoigner d'une poursuite de l'augmentation du nombre de cas, incitant à poursuivre les efforts en matière de surveillance et de lutte contre la tuberculose. En éloignant les publics concernés du système de soins, le risque est grand de faciliter la propagation de ce type de pathologies. Le maintien de la gratuité pour la vaccination risque d'être peu efficace à l'égard de personnes essentiellement préoccupées par le court terme et éprouvant des difficultés à s'orienter dans une réglementation complexe.

5.3. Une mesure économiquement inefficace

En décembre 2009, 216 000 personnes relevaient du dispositif AME dont 26,7 % d'ayants droits. En ne prenant pas en compte les enfants qui seraient exonérés de la contribution forfaitaire, on peut estimer à 200 000 bénéficiaires les personnes qui acquitteraient cette contribution. La recette maximale attendue peut donc être évaluée à 6 M€

Il conviendra de retirer de cette recette les coûts de gestion qui même s'ils sont réduits ne peuvent être totalement éliminés. Il convient tout d'abord de considérer que 4 % de la recette servira à indemniser les buralistes pour la vente des timbres soit 240 000 €

La mesure aura également pour effet des multiplications de visites aux guichets pour compléter des dossiers du timbre. Il est à craindre qu'une partie des demandeurs viennent d'abord s'assurer qu'ils remplissent les conditions pour la délivrance de la carte avant de s'engager dans l'achat d'un timbre.

Des AME demandées en urgence à l'occasion d'une hospitalisation ne seront jamais retirées. Pour l'heure les établissements de soins doivent rechercher systématiquement l'existence d'une couverture maladie notamment de l'AME et doivent présenter une demande d'AME à la CPAM avant la facturation au titre des soins urgents si la demande d'AME est rejetée. Le non paiement de la contribution, dans un délai qu'il conviendra de définir, devrait transférer à nouveau vers l'enveloppe « soins urgents » une partie des dépenses à moins que la dépense ne soit in fine classée dans les créances irrécouvrables de l'hôpital. Une nouvelle source de complexité, et donc de coût est donc introduite.

Enfin en différant le recours aux soins et en transférant sur l'hôpital des soins pour l'heure réalisés en ville, le paiement de cette contribution est potentiellement source d'une augmentation des coûts.

Le paiement de cette contribution pourrait toutefois avoir une vertu administrative en incitant les demandeurs, avec l'aide des associations, à mieux faire valoir leurs droits potentiels à l'assurance maladie en cas de détention de titres courts de séjour ou de convocation à la préfecture ou à la régularisation au titre des dispositions pour étranger malade.

Au total, la mission ne saurait recommander de poursuivre dans la voie de l'instauration d'une contribution forfaitaire pour bénéficier de l'aide médicale d'Etat.

Annexe 10 : Facturation hospitalière

FACTURATION HOSPITALIERE.....	1
1. LE PRINCIPE DU TARIF JOURNALIER DE PRESTATIONS (TJP)	3
2. UNE GRANDE HETEROGENEITE DES TARIFS APPROUVES	3
3. LES BASES LEGALES DE LA FACTURATION EN TJP DES DEPENSES HOSPITALIERES POUR LES BENEFICIAIRES DE L'AME.....	5
4. MODALITES DE LA FACTURATION	6
4.1. <i>Le montant facturé varie selon l'établissement</i>	6
4.2. <i>Le montant facturé varie selon la durée du séjour</i>	6
5. UNE FACTURATION EN TJP DOUBLE LE COUT DES DEPENSES HOSPITALIERES.....	8
5.1. <i>Les estimations de la CNAMTS (+ 130 M€)</i>	8
5.2. <i>Les estimations de l'ATIH (+ 99 M€ sur 10 mois)</i>	9
6. LES MODALITES DE PASSAGE D'UNE FACTURATION EN TJP A UNE FACTURATION EN GHS	12
6.1. <i>Un alignement de la facturation hospitalière des bénéficiaires de l'AME sur la facturation de droit commun</i>	12
6.2. <i>Les mesures financières transitoires d'accompagnement</i>	13

1. LE PRINCIPE DU TARIF JOURNALIER DE PRESTATIONS (TJP)

Le tarif journalier de prestations est un tarif de facturation fonction du service d'hospitalisation, de la durée d'hospitalisation et du mode de prise en charge (hospitalisation complète, hôpital de jour...).

Les tarifs journaliers de prestations servent de base à la facturation des frais d'hospitalisation au titre du ticket modérateur pour les patients assurés sociaux, et intégralement pour les non assurés sociaux ou les assurés sociaux étrangers (conventions internationales).

En application du décret du 23 février 2009 portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé, les TJP sont établis pour au moins chacune des catégories suivantes :

- L'hospitalisation complète en régime commun en distinguant :
 - services spécialisés ou non ;
 - services de spécialités coûteuses ;
 - services de spécialités très coûteuses ;
- l'hospitalisation à temps partiel ;
- la chirurgie ambulatoire ;
- l'hospitalisation à domicile ;
- les interventions de la structure mobile d'urgence et de réanimation.

Contrairement aux groupes homogènes de séjour (GHS) qui ne couvrent qu'une partie des charges, les TJP couvrent la totalité des charges. Les tarifs de prestations sont en effet obtenus, pour chaque catégorie tarifaire, en divisant les charges d'exploitation engagées par l'hôpital au cours des séjours des malades, par le nombre de journées prévisionnelles. Ces charges d'exploitation comprennent :

- Les dépenses de personnel,
- Les dépenses médicales (médicaments, petit matériel, actes...),
- Les dépenses hôtelières (alimentation, chauffage...),
- Les frais de gestion et autres charges d'exploitation du compte de résultat principal qui ne sont pas couvertes par des ressources propres.

Dans la pratique, le TJP apparaît comme une variable d'ajustement des recettes de l'hôpital dans des conditions manquant toutefois de transparence. Les tarifs calculés ne s'appuient pas seulement sur des éléments constatés mais également sur des hypothèses puisque les tarifs fixés sont notamment tributaires des prévisions faites en matière de nombre de journées.

2. UNE GRANDE HETEROGENEITE DES TARIFS APPROUVES

Propres à chaque hôpital, intervenant dans un dispositif complexe, et ne bénéficiant d'aucune publicité ces tarifs sont peu suivis par les payeurs qui n'en font pas un critère de choix d'une offre de soins. L'approbation de ces prix par arrêté annuel des ARH n'a pas permis de maîtriser totalement les tarifs journaliers de prestations.

Comme le montre le tableau ci-dessous, ces tarifs sont particulièrement hétérogènes.

Tableau 1 : Tarif journalier de prestations

		AP-HP	AP-HM	CHIC Créteil	CHIC Montreuil (93)	CH St Denis (93)	CH Aulnay sous Bois
Médecine	2008	736,66 €	1 193,00 €	1 069,00 €	841,00 €	653,17 €	900,00 €
	2009	758,76 €	1 230,00 €	1 128,00 €	920,00 €	646,21 €	920,00 €
	Evolution 2009/2008	3,0%	3,1%	5,5%	9,4%	-1,1%	2,2%
	2010	781,52 €	1 320,00 €	1 128,00 €	946,00 €	701,41 €	920,00 €
Evolution 2009/2010	3,0%	7,3%	0,0%	2,8%	8,5%	0,0%	
Chirurgie	2008	1 461,05 €	1 390,00 €	1 173,00 €	875,00 €	1 081,33 €	1 300,00 €
	2009	1 504,88 €	1 433,00 €	1 237,00 €	1 280,00 €	1 070,61 €	1 330,00 €
	Evolution 2009/2008	3,0%	3,1%	5,5%	46,3%	-1,0%	2,3%
	2010	1 550,03 €	1 630,00 €	1 237,00 €	1 316,00 €	1 080,48 €	1 330,00 €
Evolution 2009/2010	3,0%	13,7%	0,0%	2,8%	0,9%	0,0%	
Spécialités coûteuses	2008	2 406,46 €	3 008,00 €	2 690,00 €	1 373,00 €	1 324,73 €	2 000,00 €
	2009	2 478,65 €	3 101,00 €	2 838,00 €	2 180,00 €	1 267,81 €	2 050,00 €
	Evolution 2009/2008	3,0%	3,1%	5,5%	58,8%	-4,3%	2,5%
	2010	2 553,01 €	3 266,00 €	2 838,00 €	2 241,00 €	1 265,00 €	2 050,00 €
Evolution 2009/2010	3,0%	5,3%	0,0%	2,8%	-0,2%	0,0%	
HDJ	2008	1 301,44 €	1 040,00 €	1 169,00 €	547,00 €	534,36 €	400,00 €
	2009	1 340,48 €	1 072,00 €	1 233,00 €	580,00 €	533,80 €	410,00 €
	Evolution 2009/2008	3,0%	3,1%	5,5%	6,0%	-0,1%	2,5%
	2010	1 380,69 €	1 125,00 €	1 233,00 €	596,00 €	533,93 €	410,00 €
Evolution 2009/2010	3,0%	4,9%	0,0%	2,8%	0,0%	0,0%	
Dialyses	2008	933,15 €	1 746,00 €				
	2009	961,14 €	1 798,00 €				
	Evolution 2009/2008	3,0%	3,0%				
	2010	989,97 €	1 815,00 €				
Evolution 2009/2010	3,0%	0,9%					
Chimiothérapie	2008	896,28 €		721,00 €			
	2009	923,17 €		761,00 €			
	Evolution 2009/2008	3,0%		5,5%			
	2010	950,87 €		761,00 €			
Evolution 2009/2010	3,0%		0,0%				

Source : Arrêtés de tarification

Ce tableau montre également la variabilité des pratiques suivant les établissements et l'absence de politique de maîtrise de l'évolution des TJP. Le centre hospitalier de Saint Denis a entrepris dans un premier temps de faire converger TJP et GHS appliquant des réductions à des tarifs qui n'étaient pas les plus élevés. Toutefois cette démarche vertueuse pourrait connaître des limites alors qu'elle n'est pas récompensée et que d'autres établissements montrent moins de rigueur dans leur gestion.

L'exemple de la dialyse

Le tarif de la dialyse constitue un exemple des excès atteints en matière de TJP. Même si le nombre de bénéficiaires de l'AME pris en charge pour une dialyse est restreint, une dizaine en moyenne en hospitalisation publique pour la CPAM de Bobigny, une vingtaine en moyenne pour la CPAM de Paris, les coûts sont élevés en raison d'un nombre de séances important (environ 120 séances par an et par patient).

Une séance de dialyse est ainsi facturée 989,97 € dans les hôpitaux de l'AP-HP et 1815 € dans les hôpitaux de l'assistance publique de Marseille.

Ces tarifs sont sensiblement supérieurs à ce qui résulterait d'une facturation en GHS : 349,12 € pour une prise en charge dans une unité d'hémodialyse en centre.

La question du TJP dépasse largement le cadre de ce rapport sur l'AME et préoccupe maintenant de nombreux intervenants, HCAAM, UNOCAM dans le cadre d'un avis rendu à l'occasion du PLFSS 2011 et Cour des comptes notamment. La Cour dans son rapport annuel sur la sécurité sociale de septembre 2009 (p. 192) a signalé le phénomène d'augmentation des niveaux de TJP. Elle écrit : « Par ailleurs, les TJP, fixés par les établissements, sont devenus pour eux une variable d'ajustement des recettes, mal connue par le ministère. La DHOS estime cependant que, dans 50 % des établissements, les TJP sont évalués à un niveau supérieur de 10 % à 50 % par rapport à ce que produirait la seule application d'un TM de 20 % sur les composantes de la T2A. »

Toutefois l'impact de ce mode de tarification est tel pour l'AME qu'il paraît nécessaire de ne pas attendre une réforme globale de ce mode de tarification pour adopter des mesures permettant de ne pas faire supporter à l'AME des coûts excédant la prise en charge de ses bénéficiaires

3. LES BASES LEGALES DE LA FACTURATION EN TJP DES DEPENSES HOSPITALIERES POUR LES BENEFICIAIRES DE L'AME

La loi du 27 juillet 1999 qui a créé l'AME prévoyait la facturation des prestations d'AME sur la base des TJP, qui étaient à l'époque les tarifs de prestation en vigueur¹.

Lors du passage à la T2A, les GHS ont été retenus pour constituer la base de calcul, dans les établissements MCO², pour la facturation des soins et de l'hébergement des malades non couverts par un régime d'assurance maladie y compris AME. Cette disposition est également reprise dans l'article L.251-2 CASF relatif aux prestations couvertes par l'AME qui précise que les GHS servent de base au calcul des prestations servies.

Toutefois, en pratique, les prestations en MCO ont continué à être facturées sur la base des TJP, la facturation directe n'ayant pas été mise en œuvre.

C'est un amendement³ à la loi HPST présenté devant le sénat qui a permis de redonner une base légale à la facturation en tarif journalier de prestation des hospitalisations des bénéficiaires de l'AME.

Evolution de la base légale de la facturation en TJP⁴

1 Version d'origine de la loi 2003-1199 du 18 décembre 2003 :

Art 33 « En 2005, dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la présente loi, par dérogation aux dispositions des 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-10 du même code, les tarifs nationaux des prestations ne servent pas de base au calcul de la **participation de l'assuré**. Cette participation est calculée sur la base des tarifs de prestations fixés par l'agence régionale de l'hospitalisation selon les conditions et modalités applicables antérieurement à l'entrée en vigueur de la présente loi. »

2 Version après modification en dernier lieu par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires :

« Jusqu'au 31 décembre 2012, dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la présente loi, par exception aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-10 du même code, les tarifs nationaux des prestations des séjours ne servent pas de base au calcul de la **participation du patient**. Les conditions et modalités de la participation du patient aux tarifs des prestations mentionnées à l'article L. 162-22-6 du même code sont fixées par voie réglementaire. **Ces tarifs servent également à la facturation des soins et de l'hébergement des patients non couverts par un régime d'assurance maladie, à l'exercice des recours contre tiers ainsi qu'à la facturation des soins de patients européens ou relevant d'une convention internationale.** »

¹ "Art L 187-2 du css. - La prise en charge, assortie de la dispense d'avance des frais, concerne :« 1o Les frais définis aux 1o, 2o, 4o, 6o, 7o et 8o de l'article L. 321-1 et à l'article L. 331-2 du code de la sécurité sociale par application des **tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie** ;« 2o Le forfait journalier, institué par l'article L. 174-4 du même code."

² Article L.162-22-11 du css, créé par l'article 25 de la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003

³ N°253 rectifié du 12 mai 2009.

⁴ La typographie a été modifiée par les auteurs du rapport.

Le remplacement d'une part de la mention « participation de l'assuré » par « participation du patient » et la référence aux « patients non couverts par un régime d'assurance maladie » ont permis d'assurer une base légale à la facturation en TJP des prestations hospitalières dispensées aux patients bénéficiaires de l'AME en dérogation au principe d'une facturation en GHS.

4. MODALITES DE LA FACTURATION

Pour chaque patient AME, l'hôpital transmet à la CPAM de rattachement du bénéficiaire une facture contenant notamment les informations suivantes :

- La discipline medico tarifaire (DMT) d'hospitalisation du patient correspondant au service dans lequel le patient est hospitalisé
- Le mode de prise en charge (hospitalisation complète, hospitalisation de jour)...
- La durée de prise en charge.

La facture est généralement transmise en mode B2 pour les patients AME, seuls les soins urgents donnant lieu à une facturation sous forme papier en raison de l'absence d'identifiant du bénéficiaires.

A la réception de la facture, la CPAM rattache la discipline médico tarifaire à la catégorie correspondante de l'arrêté de tarification. Le montant payé à l'établissement sera le tarif journalier ainsi déterminé multiplié par le nombre de jours d'hospitalisation et complété du forfait journalier de 18 €

4.1. *Le montant facturé varie selon l'établissement*

Le montant facturé à l'AME dépend de l'hôpital concerné. Les différences de coût entre hôpitaux parfois géographiquement très proches ont pour conséquence que la facturation à l'AME variera sensiblement d'un hôpital à l'autre sans que l'on puisse discerner clairement les raisons. Le tableau ci-dessous reprend pour quelques disciplines les différents tarifs appliqués dans le seul département de Seine Saint Denis.

Tableau 2 : Rapprochement de la discipline et du prix dans les hôpitaux de Seine Saint Denis

CODE DISCIPLINE	LIBELLE	Le Raincy	Delafontaine	Ballanger	Gregoire	Avicenne	Verdier	moyenne
102	Maladies infectieuses		646,21			781,52	781,52	736,42
104	Réanimation médicale (y compris soins intensifs)	2288,23	1912,75			2553,01		2251,33
105	Réanimation polyvalente (médicale et chirurgicale, y compris soins inten	2288,23	1267,81	2050	2180			1946,51
106	Surveillance continue - médecine (non compris soins intensifs)		1267,81			1112,86	1146,25	1175,64
107	Surveillance continue polyvalente (médicale et chirurgicale)		1711,6					1711,60
108	Pédiatrie indifférenciée	1081,95	646,21	920	920		1146,25	942,88
127	Médecine cardio-vasculaire		646,21	920	920	1112,86		899,77
164	Gynécologie	1081,95	646,21	920	920		1550,03	1023,64
165	Obstétrique	1081,95	646,21	920	920		1146,25	942,88

Source : CPAM Bobigny

En raison du moindre coût des GHS, il serait dans bien des situations moins onéreux d'hospitaliser un bénéficiaire de l'AME dans un établissement privé facturant en GHS que dans un hôpital public.

4.2. *Le montant facturé varie selon la durée du séjour*

Au contraire de la facturation en GHS qui est indépendante de la durée d'hospitalisation, la facturation en TJP est liée à la durée d'hospitalisation. En conséquence, l'hôpital n'est pas financièrement intéressé à une sortie rapide du patient AME. Cette absence de contrainte financière peut avoir des conséquences positives s'agissant de populations précaires qu'il peut être souhaitable de garder un peu plus longtemps hospitalisé au regard des conditions de vie hors hospitalisation peu optimales pour leur guérison.

Le tableau ci-dessous reposant sur une sélection de 6 établissements et portant sur 10 mois de l'année 2009 de mars à décembre, montre que pour les pathologies dont le poids financier a été le plus élevé pour l'AME l'écart le plus élevé entre la moyenne des patients et les patients AME s'observe pour les nouveaux nés et prématurés avec une durée moyenne de séjour de 13,4 jours pour les bénéficiaires de l'AME versus 5,8 jours pour l'ensemble des patients.

Tableau 3 : Durées moyennes de séjour par pathologie

Etablissements		CMD		Bénéficiaires AME / Soins urgents			Tous patients			écart DMS
finess	libellé	cmd	libellé	Nb séjours/séances	Montant	DMS	Nb séjours/séances	Montant	DMS	
750712184	APHP	14	Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	3 391	8 123 815	4,7	45 266	104 469 338	4,3	11%
750712184	APHP	4	Affections de l'appareil respiratoire	899	3 467 329	7,8	48 114	179 178 630	5,8	35%
750712184	APHP	5	Affections de l'appareil circulatoire	755	3 118 165	5,7	61 105	256 986 844	5,2	9%
750712184	APHP	8	Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	909	2 949 902	6,6	58 707	194 492 095	5,4	22%
750712184	APHP	6	Affections du tube digestif	977	2 804 145	4,7	49 128	165 008 637	5,0	-6%
750712184	APHP	1	Affections du système nerveux	623	2 712 118	7,6	49 828	176 872 366	5,3	42%
750712184	APHP	15	Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	271	2 186 881	13,4	32 422	88 120 126	5,8	131%
750712184	APHP	7	Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	613	1 583 087	4,2	25 326	86 413 014	5,3	-21%
750712184	APHP	10	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	698	1 478 002	3,7	42 301	78 304 988	2,8	35%
750712184	APHP	11	Affections du rein et des voies urinaires	535	1 453 014	4,3	30 561	85 137 591	4,0	6%
750712184	APHP	13	Affections de l'appareil génital féminin	753	1 375 808	2,1	16 964	33 508 688	2,1	2%
750712184	APHP	28	Séances	3 772	1 364 350	1,0	258 814	95 599 160	1,0	0%
750712184	APHP	17	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	349	1 273 892	5,2	28 362	90 707 955	4,0	28%
750712184	APHP	23	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	901	1 208 881	2,2	62 277	92 665 087	2,1	1%
750712184	APHP	9	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	467	1 102 353	4,7	24 356	54 301 001	3,7	28%
930110051	CH St Denis	14	Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	396	1 009 685	4,9	3 529	8 476 413	4,5	8%
750712184	APHP	27	Transplantations d'organes	17	941 868	38,5	1 748	83 347 773	32,8	18%
750712184	APHP	3	Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	448	927 513	2,9	19 912	45 673 529	2,9	2%
130786049	APHM	14	Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	411	926 556	4,7	8 619	16 978 902	4,3	11%
750712184	APHP	22	Brûlures	30	781 542	21,4	858	15 189 922	12,7	69%
750712184	APHP	25	Maladies dues à une infection par le VIH	121	776 171	15,6	2 911	17 554 194	11,4	37%
750712184	APHP	18	Maladies infectieuses et parasitaires	316	733 157	2,9	13 231	38 591 767	3,7	-21%
930110036	CH Montreuil	14	Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	295	727 515	5,2	3 018	7 573 108	5,1	1%
750712184	APHP	16	Affections du sang et des organes hématopoïétiques	237	690 004	5,5	14 600	39 525 377	3,8	45%
750712184	APHP	2	Affections de l'oeil	312	567 275	1,4	16 023	28 524 248	1,1	22%
930110036	CH Montreuil	15	Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	43	552 071	15,8	2 806	9 073 680	6,0	164%
940110018	CHI Creteil	14	Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	210	548 257	5,8	3 624	9 014 746	4,8	20%
130786049	APHM	15	Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	275	522 021	5,5	5 048	20 102 603	7,8	-29%
130786049	APHM	5	Affections de l'appareil circulatoire	100	473 202	7,1	14 006	57 286 596	5,5	30%
690781810	HCL	14	Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	196	423 967	4,6	11 547	25 549 639	4,6	-1%

Source : ATIH

Une étude de l'AP-HP réalisée par hôpital et non par pathologie montre une assez grande proximité des durées moyennes de séjour entre les patients bénéficiant de l'AME et les autres, les écarts pouvant être observés dans les deux sens, notamment dans des hôpitaux ayant un nombre significatif de patients AME.

Tableau 4 : Durée moyenne de séjour des patients AME et des autres patients

DUREE MOYENNE DE SEJOUR	DMS patients AME			DMS autres patients			écart patient AME/ autres patients en 2009	Nbre de patients hospitalisés en 2009
	2008	2009	Evolution	2008	2009	Evolution		
Bicêtre	7,11	7,14	0,4%	6,72	6,67	-0,7%	7%	682
Tenon	5,52	5,98	8,5%	6,16	6,75	9,6%	-11%	870
Lariboisière	5,17	5,59	8,2%	6,75	6,48	-4,0%	-14%	1536
Jean Verdier	5,43	5,57	2,6%	5,35	5,44	1,7%	2%	856
Sain-Antoine	6,19	6,45	4,2%	6,99	6,90	-1,3%	-6%	836
Avicenne	7,64	6,95	-9,0%	8,27	8,27	0,0%	-16%	696
Necker	6,58	5,56	-15,6%	5,48	5,50	0,4%	1%	408
Trousseau	5,55	5,40	-2,7%	5,01	4,80	-4,2%	13%	399
Paul Brousse	9,43	13,39	41,9%	10,19	9,94	-2,5%	35%	61
Saint-Louis	7,41	8,00	8,0%	6,55	6,44	-1,7%	24%	684
R. Poincaré-Berck	12,26	15,68	27,9%	8,75	8,86	1,3%	77%	33

Source : AP-HP

Au regard des statistiques de l'AP-HP, la facturation en TJP n'a donc pas eu pour effet de prolonger excessivement les séjours hospitaliers des bénéficiaires de l'AME.

En revanche cette absence de contrainte financière sur la durée des séjours n'incite pas à résoudre des situations extrêmes. Dans quelques cas marginaux des bénéficiaires de l'AME peuvent ainsi être hospitalisés durant de très longues durées (parfois supérieures à un an) en l'absence de solution d'aval. Une rémunération forfaitaire à la pathologie serait une puissante incitation à la recherche de solutions.

5. UNE FACTURATION EN TJP DOUBLE LE COUT DES DEPENSES HOSPITALIERES

Les travaux menés à la demande de la mission avaient pour objectif de déterminer l'écart de coût entre une facturation en TJP et une facturation en GHS et l'impact sur les comptes des hôpitaux. Alors que les dépenses d'hospitalisation publique en 2009 sont estimées à 357 M€ les travaux tant de la CNAMTS que de l'ATIH n'ont porté que sur un champ plus restreint environ 90 % du champ MCO concerné pour ce qui concerne la CNAMTS, moins pour ce qui est de l'ATIH puisque limités d'une part à 10 mois et d'autre part par une proportion importante de séjours non facturés imputés à un compte « autres situations ».

Les travaux de la CNAMTS et ceux de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) bien que réalisés selon des méthodologies différentes produisent des résultats quasi identiques. L'estimation demandée à l'hôpital de Saint Denis évalue un impact plus fort encore sur les comptes de l'hôpital d'un passage du TJP en GHS

5.1. Les estimations de la CNAMTS (+ 130 M€)

La CNAMTS, pour évaluer le coût d'une facturation en TJP par rapport au GHS a procédé par appariement des données du Programme de médicalisation du système d'information (PMSI⁵) avec les données du Système national d'informations inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIR-AM⁶). Les données utilisées sont celles qui étaient disponibles fin juin 2010 pour 2009 et fin juin 2009 pour 2008. Dans 10 à 15 % des cas les données anonymisées du SNIIRAM et du PMSI n'ont pas pu être rapprochées mais les résultats ont été redressés pour tenir compte de cet écart. Au regard du montant facturé en TJP a été calculé le montant qui aurait été facturé en T2A en appliquant le prix des GHS.

Dans un premier temps le montant T2A a été calculé hors médicaments coûteux et produits de la liste des produits et prestations (LPP) pansements orthèses prothèses. Les montants évalués en T2A auraient été en 2008 inférieurs de 112,9 M€ (46 %) en facturant en GHS (131,5 M€) à ce qu'ils étaient en TJP ((244,4 M€). Cet écart s'accroît pour atteindre 135,2 M€ (49 %) en 2009 141,3 M€ en GHS contre 276,5 M€ en TJP.

L'imputation des médicaments coûteux et des produits de la liste des produits et prestations (LPP) réduit naturellement l'écart entre les deux modes de facturation. Il est ramené à 107,2 M€ (44 %) en 2008 (137 M€ vs 244,4 M€) et à 128,5 M€ (47 %) en 2009 (147 M€ vs 276,5 M€).

Le surcoût d'une facturation en TJP au lieu d'une facturation en GHS peut donc être estimé suivant cette méthode à 130 M€ en 2009

⁵ C'est le système d'information décrivant les dépenses hospitalières de chaque patient.

⁶ Le SNIIR-AM concentre, au niveau national dans un vaste entrepôt de données, la quasi-totalité des informations issues de la liquidation des soins de l'année en cours et des deux années précédentes.

Tableau 5 : Comparaison des coûts selon le mode de facturation (en €)

AME	2008		2009	
	Montants remboursés (en date de soins)	Facturation T2A (1)	Montants remboursés (en date de soins)	Facturation T2A
Médecine	119 347 696	63 840 270	141 969 418	71 280 749
Chirurgie	58 710 982	37 058 832	65 521 333	39 299 436
Gynécologie-Obstétrique	66 363 959	30 636 610	69 055 635	30 731 818
sous total MCO	244 422 637	131 535 712	276 546 386	141 312 003
<i>Delta Facturé-TA2</i>	<i>112 886 925</i>		<i>135 234 383</i>	
<i>Delta après med et LPP en sus</i>	<i>107 242 578</i>		<i>128 472 664</i>	
SSR	18 754 771		26 435 139	
Psychiatrie	21 287 704		23 285 689	
Autres	959 396		491 866	
Total	285 424 508		326 759 080	
Soins urgents				
Dotation de l'Etat	40 000 000		40 000 000	
Facturation effective	86 945 793		84 251 763	
<i>dont dû au mode de facturation</i>	<i>38 148 230</i>		<i>39 140 083</i>	
Déficit	46 945 793		44 251 763	
<i>dont dû au mode de facturation</i>	<i>20 597 879</i>		<i>20 557 643</i>	

Source : CNAMTS

5.2. Les estimations de l'ATIH (+ 99 M€ sur 10 mois)

L'ATIH a comparé par établissement la valorisation entre le montant GHS (+supplément) et le montant TJP durant une période de 10 mois allant de mars⁷ à décembre 2009. Ce calcul n'a pas pu se faire directement car les séjours AME n'étant pas facturables à l'assurance maladie les établissements n'ont pas rempli les montants TJP dans les données transmises à l'ATIH. Pour évaluer malgré tout les écarts entre une facturation en GHS et une facturation en TJP, l'ATIH a utilisé le montant moyen par Groupe homogène de malade (GHM) et par établissement pour les séjours valorisés avec un montant TJP différent de 0. Tous les séjours de chaque GHM ont été affectés d'un tarif unique pour chaque établissement.

L'ATIH évalue à 110,5 M€ la valeur en GHS des 209,5 M€ de soins dispensés pendant la période facturés en TJP. Une facturation en GHS serait donc inférieure de 99 M€ (47,6 %) à ce qu'elle a été en TJP durant les dix premiers mois 2009. Etendue à l'année 2009 dans sa totalité, la facturation aurait été de 251,4 M€ et la dépense en GHS de 132,6 M€ soit un écart de 118,8 M€

Porté au montant des dépenses facturées tel qu'estimé par la CNAMTS pour son évaluation, soit 276,5 M€ le montant qui aurait été imputé à l'AME en 2009 aurait été de 145 M€ (276,5 M€ 47,6 %) soit un surcôt de 131,5 M€

Les estimations de la CNAMTS et de l'ATIH qui ont été réalisées selon deux méthodes différentes, approche par établissement pour l'ATIH et approche par patient pour la CNAMTS, conduisent après rapprochement des périodes et des montants facturés en TJP à des résultats quasiment identiques, 128,5 M€ de surcôt pour la CNAMTS, 131,5 M€ pour l'ATIH. Une estimation d'un écart de 130 M€ entre les deux types de facturation apparaît donc plausible.

⁷ Ce n'est qu'à compter de mars 2009 que les AME et soins d'urgence sont identifiés dans les bases de données de l'ATIH.

5.2.1. Les écarts les plus importants entre GHS et TJP

L'approche de l'ATIH permet également d'évaluer les écarts entre les facturations en GHS et les facturations en TJP pour les établissements.

Selon les travaux de l'agence, les dix hôpitaux pour les quels les écarts entre GHS et TJP sont les plus élevés sont les suivants :

Tableau 6 : Les 10 hôpitaux pour les quels une facturation en TJP s'éloigne le plus d'une facturation en GHS

finess	libelle	montant total (GHS)	Montant TJP (TJP moyen)	Différence	pourcentage d'écart
260000104	CENTRE HOSPITALIER DE DIE	653,33	6 703,10	6 049,77	90%
680001195	GROUPE HOSPITALIER PRIVE CENTRE ALSACE DE COLMAR	2 289,86	8 603,52	6 313,66	73%
550003354	CENTRE HOSPITALIER - BAR LE DUC	66 670,49	239 758,95	173 088,46	72%
540002078	C,H,U, DE NANCY	28 314,51	94 994,82	66 680,31	70%
810000455	CH LAVAUR	3 469,65	11 518,09	8 048,44	70%
330781261	C,H STE FOY LA GRANDE	7 203,19	22 890,23	15 687,04	69%
600100648	CTRE HOSP DE CLERMONT	889,67	2 758,25	1 868,58	68%
480780097	CH MENDE	6 232,08	19 121,43	12 889,35	67%
550000020	CENTRE HOSPITALIER - VERDUN	4 018,39	11 510,22	7 491,83	65%
540000031	MATERNITE REGIONALE - NANCY	70 561,75	195 257,41	124 695,66	64%

Source : ATIH

Aucun de ces hôpitaux n'appartient aux hôpitaux ayant des facturations très élevées en matière d'AME.

5.2.2. Les manques à gagner les plus importants en cas de passage d'une facturation en GHS

Parmi les 17 établissements facturant plus de 2 M€ de TJP sur les dix mois de l'année considérés, 15 enregistreraient un manque à gagner de plus de 1 M€ lors d'un passage à une rémunération en GHS. Les CHU occupent une place particulière avec un manque à gagner élevé du non seulement à une activité forte mais également un écart entre GHS et TJP élevé.

Tableau 7 : Hôpitaux ayant facturé plus de 2 M€ à l'AME entre mars et décembre 2009

finess	libelle	montant total (GHS)	Montant TJP (TJP moyen)	Différence	pourcentage d'écart
750712184	AP-HP	40 036 557,89	86 215 932,89	46 179 375,00	54%
130786049	AP-HM	3 858 100,40	9 311 843,64	5 453 743,24	59%
970302022	CENTRE HOSPITALIER DE CAYENNE	7 292 954,98	8 957 627,49	1 664 672,51	19%
930110036	CHI DE MONTREUIL	2 818 727,96	4 633 046,63	1 814 318,67	39%
740790258	C,H,I, ANNEMASSE BONNEVILLE	2 652 785,17	4 181 445,46	1 528 660,29	37%
690781810	HOSPICES CIVILS DE LYON	2 024 947,16	4 176 404,38	2 151 457,22	52%
930110051	CH DE ST DENIS	2 623 228,60	4 113 264,66	1 490 036,06	36%
740781133	CENTRE HOSPITALIER ANNECY	2 049 004,16	3 644 786,89	1 595 782,73	44%
940110018	CHI DE CRETEIL	1 516 918,48	2 974 227,93	1 457 309,45	49%
330781196	C,H,U, DE BORDEAUX	1 174 560,02	2 774 423,43	1 599 863,41	58%
060785011	C,H,U, DE NICE	1 302 960,25	2 630 822,93	1 327 862,68	50%
910002773	CH SUD-FRANCILIEN	1 594 407,79	2 615 057,77	1 020 649,98	39%
310781406	CHR TOULOUSE	1 233 721,39	2 380 493,56	1 146 772,17	48%
940110042	CHI DE VILLENEUVE ST GEORGES	1 098 875,62	2 224 200,73	1 125 325,11	51%
930110069	CH D'AULNAY	1 121 815,65	2 105 985,12	984 169,47	47%
670000025	HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG	926 545,08	2 103 786,13	1 177 241,05	56%
340780477	CHU MONTPELLIER	1 077 820,64	2 046 624,73	968 804,09	47%

Source : ATIH

L'AP-HP occupe une place à part dans ce classement en raison de la combinaison d'un poids élevé dans la facturation AME et d'un écart significatif entre les TJP et GHS. Une facturation de l'AME en GHS en 2009 aurait représenté pour elle un manque à gagner de plus de 46 M€ accroissant de 50 % le déficit 2009 (96 M€).

5.2.3. Les estimations de l'hôpital de Saint Denis

En raison de son poids dans la dépense AME et s'agissant d'une entité composée d'un seul établissement ce qui facilite les travaux, il a été demandé à l'hôpital de Saint Denis de transmettre à la mission les études internes d'évaluation d'un passage d'une facturation TJP à une facturation en GHS que l'hôpital avait déjà réalisées à son initiative.

L'hôpital DELAFONTAINE de Saint Denis a, en 2009, facturé 1716 séjours pour un montant de 6 796 933 €. Le coût moyen d'un séjour s'élève donc à 3 960 €. Les estimations ont été effectuées suivant deux méthodes la première sur le montant moyen du séjour facturé, la seconde en s'appuyant sur des données PMSI.

Selon la première méthode, le montant moyen d'un séjour facturé sur la base des GHS en 2009 s'élevait à 2 330 €. Si les 1716 séjours AME avaient été facturés au coût moyen GHS la recette de l'hôpital en 2009 aurait été de 3 998 280 €. Le coût moyen d'un séjour facturé en TJP serait donc supérieur de 70 % au coût d'un séjour facturé en GHS et l'écart avec la facturation TJP de **2 798 653 €**

La deuxième méthode s'appuie sur la plateforme PMSI qui permet par ailleurs de simuler la facturation sur la base des GHS des séjours non facturables à l'Assurance Maladie (soit une majorité de séjours AME). Elle évalue le montant moyen de ces séjours à 2 255 €. Si les 1716 séjours AME de 2009 avaient été calculés en GHS avec un montant moyen de 2255 €, la recette totale pour l'établissement aurait été de 3 869 580 euros et l'écart avec la facturation TJP de **2 927 353 €**

Le manque à gagner d'une facturation en GHS au lieu d'une facturation en TJP s'élèverait donc pour l'établissement sur l'exercice 2009 à environ 3 M€

Les résultats calculés par l'hôpital de Saint Denis diffèrent donc assez sensiblement des résultats de l'ATIH, 1,8 M€ de manque à gagner en année pleine selon les calculs de l'ATIH, 3 M€ selon les calculs de l'hôpital. Un rapprochement des comptes de la CPAM de Seine Saint Denis avec ceux de l'hôpital montre que l'estimation des facturations par l'hôpital est proche de l'estimation de la CPAM (6 526 878 €), et qu'en conséquence l'estimation de l'ATIH est sensiblement inférieure à la réalité. En revanche l'écart de 70 % entre TJP et GHS tel qu'il ressort des travaux de l'hôpital apparaît sur estimé s'agissant d'un hôpital qui apparaît avoir particulièrement bien maîtrisé l'évolution de ses TJP.

On peut donc conclure de ces observations que les gains attendus d'une modification des modalités de la facturation des séjours AME de TJP en GHS aurait permis une économie d'au moins 130 M€ sur les dépenses de l'AME, soit, un quart de la dépense en 2009, dépense ramenée à 410 M€ au lieu de 540 M€

Symétriquement, les hôpitaux feraient face à un manque à gagner en recettes équivalent au montant de l'économie réalisée par l'AME, avec pour conséquence une contrainte supplémentaire de gestion. Il paraît toutefois nécessaire que soit réalisée une opération « vérité des coûts » ce qui n'exclue pas son accompagnement pour la rendre supportable.

6. LES MODALITES DE PASSAGE D'UNE FACTURATION EN TJP A UNE FACTURATION EN GHS

6.1. *Un alignement de la facturation hospitalière des bénéficiaires de l'AME sur la facturation de droit commun*

Une facturation des séjours AME uniquement en GHS aurait pour conséquence d'exclure certaines charges par exemple les médicaments coûteux et créerait un nouveau régime dérogatoire pour l'AME ; la seule facturation en GHS pénaliserait les hôpitaux lorsqu'ils prennent en charge des bénéficiaires de l'AME. A l'opposé, il n'apparaît pas justifié de faire supporter à l'AME la surfacturation qu'induit la facturation en TJP. La seule facturation en tarif journalier de prestation fait peser une charge indue sur l'AME. La mission propose de mettre fin au dispositif de facturation dérogatoire pesant sur l'AME et d'aligner la facturation AME sur la facturation des autres patients hospitalisés et notamment les bénéficiaires de la CMUC.

Il conviendrait donc de distinguer comme pour les autres patients et selon les mêmes règles d'exonération, notamment celle du tarif de la classification commune des actes médicaux (CCAM) supérieur à 91 € la part facturée en GHS et la part facturée en TJP. Alors que le ticket modérateur est théoriquement de 20 % sur le TJP ; en réalité les règles d'exonération CCAM >91 €... font que le taux moyen de prise en charge en hospitalisation est plus proche de 94 % (chiffre d'ailleurs retenu pour certaines facturations).

Coût d'une facturation de droit commun 154,7 M€ en 2009 vs 276,5 M€ en TJP

Ce calcul est fondé sur les estimations de la CNAMTS du surcoût d'une facturation en TJP par rapport à une facturation en GHS présentées supra, soit un coût de 276,5 M€ de facturation en TJP et un coût de 147 M€ en cas de facturation en GHS après intégration des médicaments coûteux.

En appliquant 6 % de ticket modérateur – taux habituellement retenu – au montant TJP, le montant de l'équivalent du ticket modérateur en 2009 aurait été de 16,6 M€ ($TJP \ 276,5 * 6 / 100 = 16,6 \text{ M€}$)

La part principale calculée de la même manière mais sur le GHS aurait été en 2009 de 138,1 M€ ($94 \% \text{ du GHS } 147 * 94 / 100 = 138,1$)

La dépense totale pour l'hospitalisation de bénéficiaires de l'AME en MCO aurait été ainsi calculée de 154,7 M€ en 2009 ($138,1 + 16,6 = 154,7 \text{ M€}$).

Par rapport à la dépense de l'année 2009 évaluée à 276,5 M€ l'économie aurait donc été de 121,8 M€

Par rapport à une facturation uniquement GHS le surcoût de l'alignement sur le droit commun serait de 7,7 M€

6.1.1. Les modalités de gestion

La mission propose de retenir des solutions éprouvées et de ne pas développer de dispositif spécifique de gestion. Elle propose de reprendre la chaîne de facturation existant pour la CMUC lorsque la part complémentaire est gérée par la CPAM. La facturation de l'hospitalisation pour un bénéficiaire de l'AME ferait donc l'objet d'un éclatement à la source par le service de facturation de l'hôpital. La liquidation de la part correspondant à la part obligatoire serait transmise à l'ATIH qui procéderait à son évaluation ; l'ARS établirait la facture pour un paiement global. L'ATIH identifiant depuis mars 2010 les patients AME et les patients pris en charge au titre des soins urgents, le montant final pourrait bien être imputé à l'Etat qui est le payeur final. Quant à la part correspondant au « ticket modérateur » elle serait transmise à la CPAM de rattachement du bénéficiaire de l'AME selon une procédure identique à celle qui prévaut pour les bénéficiaires de la CMUC dont la part complémentaire est gérée par la CPAM. Ce schéma apparaît d'autant plus réalisable que les chaînes de traitement AME et CMUC sont confondues.

S'agissant de l'AME partielle dite AME complémentaire, encore plus proche de la CMUC elle peut également s'inscrire dans un tel schéma.

6.1.2. Les dispositions juridiques

Le dispositif envisagé ayant pour principe de rapprocher les modalités de gestion de l'AME du droit commun les dispositions à modifier sont celles qui instauraient une dérogation pour le paiement de l'hébergement et des soins dispensés aux bénéficiaires de l'AME. L'article L 162-22-11 du css « dans les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6, les tarifs nationaux des prestations prévus au 1° du I de l'article L. 162-22-10, affectés le cas échéant du coefficient géographique prévu au 3° du I du même article, servent de base à la facturation des soins et de l'hébergement des malades non couverts par un régime d'assurance maladie et à l'exercice des recours contre tiers. » serait donc applicable sans dérogation aux bénéficiaires de l'AME. Pour cela, il conviendrait de modifier l'article 33 de la loi du 18 décembre 2003 modifié par la loi HPST pour lire : « Ces tarifs [tarifs journaliers de prestations] servent également à la facturation des soins et de l'hébergement des patients européens ou relevant d'une convention internationale ainsi qu'à l'exercice des recours contre tiers. » Le retrait de la mention « non couverts par un régime d'assurance maladie » sous réserve qu'elle ne concerne que les bénéficiaires de l'AME permettrait ainsi de leur appliquer le droit commun de la facturation en GHS pour la part obligatoire et TJP pour la part complémentaire.

6.2. Les mesures financières transitoires d'accompagnement

Les 120 M€ d'économies réalisées sur le programme 183 devraient représenter un manque à gagner d'un montant équivalent pour les hôpitaux concernés. Ainsi que le montre le tableau 7 les 17 hôpitaux ayant une activité significative en matière d'AME (plus de 2 M€ facturés en 2009) enregistreraient un manque à gagner supérieur à 1 M€. Trois ensembles seraient particulièrement touchés par cette modification dans les règles de la facturation : les hospices civils de Lyon avec 2,1 M€ de manque à gagner, l'Assistance publique des hôpitaux de Marseille (5,5 M€) et l'Assistance publique de hôpitaux de Paris, 46 M€

Dès lors qu'il apparaît qu'une réforme de la tarification qui ne serait pas accompagnée ne serait financièrement pas supportable pour certains établissements et en premier lieu pour l'AP-HP il convient d'envisager un scénario de transition.

Une solution en trois enveloppes pourrait être envisagée mobilisant tout à la fois le programme 183 et l'enveloppe des missions d'intérêt général (MIG). Elle consisterait en un éclatement de l'action AME proprement dite en deux parts. Une part correspondrait au montant de la facturation stricto sensu GHS et TJP facturés. L'autre part correspondrait à une dotation temporaire aux hôpitaux touchés par cette modification des règles de facturation afin de lisser les effets de la perte de recettes. Les règles de gestion de cette enveloppe pourraient s'inspirer des règles existantes par exemple pour le financement des soins de suite et de réadaptation. Les montants à payer seraient inclus dans la facturation mensuelle établie par l'ARS et payés par l'assurance maladie.

Enfin la troisième enveloppe consisterait en l'augmentation de l'enveloppe des « Missions d'intérêt général » pour prendre en compte les surcoûts dus à la précarité, notamment l'allongement des durées de séjour et l'accompagnement renforcé du service social.

Annexe 11 :

Analyse des données de la CPAM de Paris

ANALYSE DES DONNEES DE LA CPAM DE PARIS	1
1. 85 % DES BENEFICIAIRES DE L'AME SONT DES BENEFICIAIRES ISOLES.....	2
2. UNE CONSOMMATION MOYENNE ANNUELLE DE 2 614 €PAR BENEFICIAIRE MAIS INFERIEURE A 500 €POUR LA MOITIE D'ENTRE EUX.....	3
2.1. 97 % des bénéficiaires ont consommé des soins de ville, et un sur quatre des soins hospitaliers	3
2.2. La moitié des bénéficiaires ont eu une consommation inférieure à 500 €, 439 ont consommé plus de 50 K€......	6
3. LA DEPENSE HOSPITALIERE	7
3.1. Un poids essentiel de la dépense hospitalière de surcroît concentrée sur quelques personnes ; moins de 1 % des bénéficiaires représentent la moitié de la dépense hospitalière ...	7
3.2. Ventilation de la dépense hospitalière.....	7
4. LA DEPENSE DE SOINS DE VILLE	8
4.1. 79 % des bénéficiaires de l'AME ont consommé moins de 1000 € de dépenses de ville.....	8
4.2. Ventilation des soins de ville	9
5. DETAIL PAR TRIMESTRE.....	9
5.1. Une augmentation régulière des bénéficiaires consommateurs.....	11
5.2. Les dépenses trimestrielles de la CPAM de Paris croissent régulièrement.....	11
5.3. S'agissant des hospitalisations, une grande sensibilité des constats au trimestre choisi pour référence	13
5.4. La dépense pharmaceutique et la LPP	15
6. LES CONSOMMATIONS EXTREMES ABUS ET FRAUDES.	16
6.1. Les consommations extrêmes.....	16
6.2. Les fraudes.....	19

Avec un dépense AME arrêtée à 151 M€ en 2009 y compris 25,9 M€ payés au titre des exercices antérieurs, la CPAM de Paris a représenté 27 %¹ de la dépense totale d'AME (540 M€). L'augmentation de 19,6 M€ de ses dépenses entre 2008 et 2009 (de 131,3 à 151 M€ soit 15 %) fait que la CPAM de Paris contribue pour 31 % à l'augmentation de la dépense France entière.

Les travaux suivants reposent sur une analyse des données de la liquidation contenues dans les bases de données ERASME, c'est-à-dire au niveau le plus fin. En raison d'une profondeur des données disponibles limitée à 24 mois seule l'année 2009 a pu être examinée dans son intégralité. S'agissant de l'année 2008, la mission a pu mobiliser des données agrégées antérieures au mois d'août mais n'a pu accéder aux données détaillées qu'à compter d'août 2008. Cette absence de profondeur de champs se révèle donc tout particulièrement pénalisante pour examiner les évolutions structurelles.

Deux approches ont été retenues ; une approche annuelle portant sur l'année 2009, et une approche trimestrielle rapprochant le dernier trimestre 2008 du dernier trimestre 2009 et les deux premiers trimestres 2009, des deux premiers trimestres 2010. L'ensemble des observations ont été réalisées en date de liquidation. Les bénéficiaires de l'AME n'étant pas des assurés, pour la terminologie la convention suivante a été retenue : l'ouvrant droit est la personne pour laquelle l'ouverture du bénéfice de l'AME a été prononcée, l'ayant droit comprend l'ouvrant droit et les personnes qui lui sont rattachées pour les droits.

Les travaux ont été réalisés sur les montants remboursés mandatés durant les 12 mois de l'année 2009 pour les calculs annuels, et mandatés durant le trimestre considéré pour les approches trimestrielles.

Pour les calculs de consommation seuls les montants positifs ont été considérés ; les montants négatifs qui correspondent à des régularisations ont été généralement neutralisés.

1. 85 % DES BENEFICIAIRES DE L'AME SONT DES BENEFICIAIRES SOLES

Les 56 487 parisiens bénéficiaires consommants de l'AME ont ouvert des droits en 2009 à 71 493 personnes soit 1,27 personne par ouverture de droit.

Ces chiffres peuvent être rapprochés de la photographie des bénéficiaires de l'AME gérés par la CPAM de Paris. Au décembre 2009, les bénéficiaires étaient 50 898, les ayants droits 13 267 dont 8 437 mineurs, soit un total de 64 165 ouvrants droits et ayants droits. Ainsi, en raison des entrées et des sorties dans le dispositif, les bénéficiaires consommants sont ils plus nombreux que les bénéficiaires à un instant donné. Le ratio ayant droit par ouvrant droit est de 1,26 soit un ratio quasi identique à celui constaté sur la base des bénéficiaires consommants.

Le tableau ci-dessous stratifie les ouvrants droits de l'AME en fonction du nombre d'ouverture de droits qui leur sont attachées. La strate 1 comprend tous les enregistrements pour lesquels l'ouvrant droit est seul bénéficiaire. La strate 2 comprend les bénéficiaires ayant ouvert un droit pour une personne en plus d'elle-même.

85 % des bénéficiaires de l'AME en 2009 à Paris sont seuls à avoir consommés. Ils ont contribué à 74 % de la dépense. A l'opposé deux bénéficiaires ont ouvert des droits à 8 autres personnes ayant consommé, avec une consommation pour l'ensemble de la famille de 5 650 € pour l'un et de 1 523 € pour l'autre.

¹ La CPAM de Bobigny représentant 17 % de la dépense la mission a ainsi examiné 44 % de la facturation 2009

Tableau 1 : Stratification du nombre d'ayants droits par ouvrant droits à Paris en 2009

Strate #	>= Limite inférieure	< Limite supérieure	# Enregs.	%
1	1	2	48 079	85,12
2	2	3	4 515	7,99
3	3	4	2 119	3,75
4	4	5	1 394	2,47
5	5	6	336	0,59
6	6	7	37	0,07
7	7	8	5	0,01
8	8	10	2	0,00
Limite inférieure - exceptions :			0	0,00
Limite supérieure - exceptions :			0	0,00
Totaux :			56 487	100,00

2. UNE CONSOMMATION MOYENNE ANNUELLE DE 2 614 € PAR BÉNÉFICIAIRE MAIS INFÉRIEURE À 500 € POUR LA MOITIÉ D'ENTRE EUX

La consommation des 71 493 ayants droits a été de 147 681 486 € soit une moyenne de 2 066 €. Rapportée aux seuls bénéficiaires ouvrants droits, la consommation moyenne s'élève à 2 614 €.

2.1. 97 % des bénéficiaires ont consommé des soins de ville, et un sur quatre des soins hospitaliers

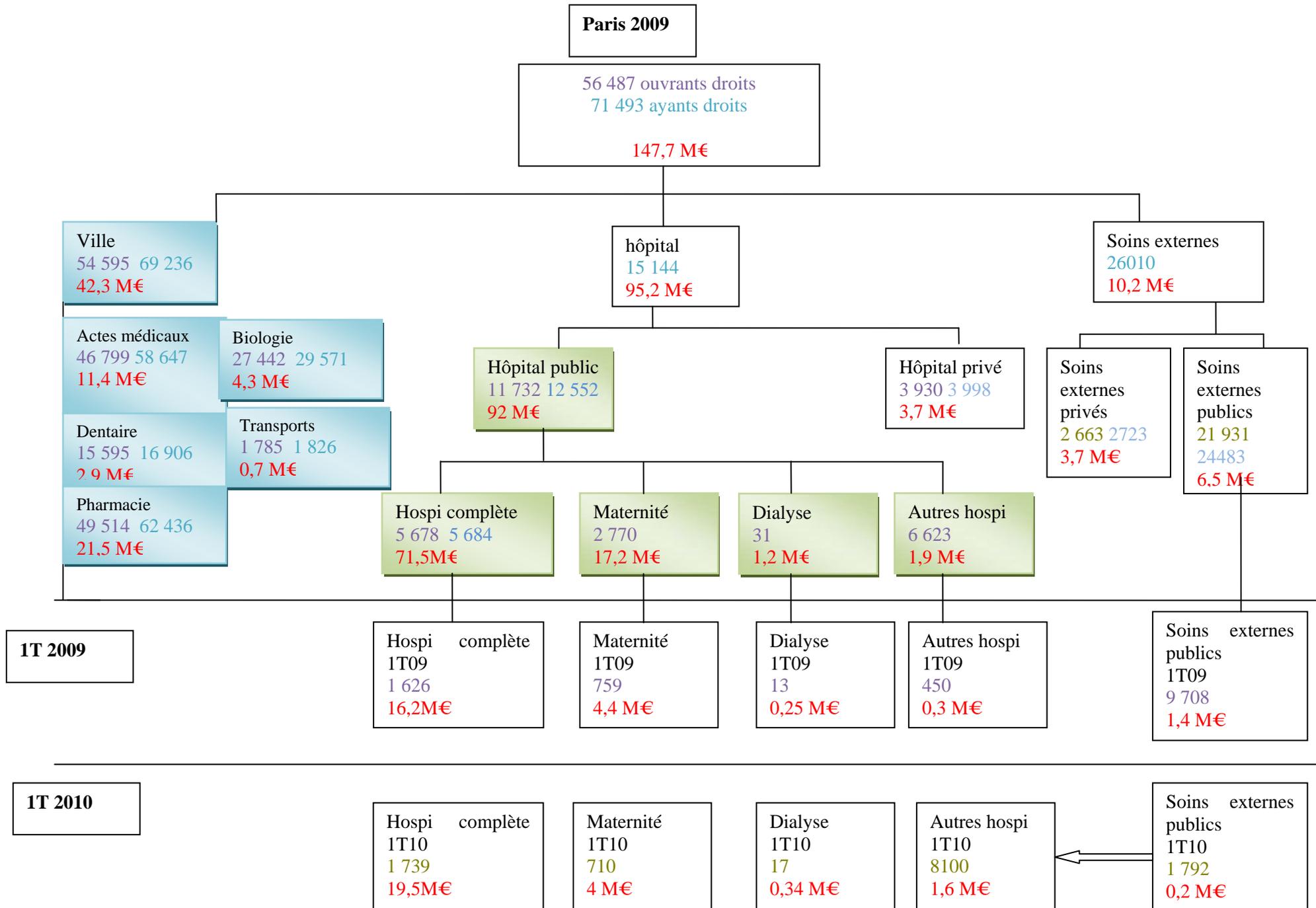
Sur les 56 487 bénéficiaires, 54 595 ont eu une consommation en ville consultation, pharmacie, biologie... ; parmi eux 41 088 ont consommé uniquement des soins de ville.

14 181 bénéficiaires représentant 15 144 ayants droits ont eu une consommation à l'hôpital ; parmi eux 674 ont consommé exclusivement des soins hospitaliers. Le nombre de bénéficiaires ayant eu une consommation hospitalière est toutefois légèrement surestimé en raison de biais statistiques. Une modification au 4^{ème} trimestre 2009 des paramètres de télétransmission a entraîné une inexactitude des requêtes ayant pour effet de transférer des soins externes, qui sont généralement considérés comme des soins de ville, dans la rubrique « autre hospitalisation ».

Ce biais n'invalide pas toutefois le constat que les bénéficiaires de l'AME ne recourent pas uniquement à des soins à l'hôpital mais recourent également de manière significative aux soins de ville.

L'ordinogramme ci-dessous décompose les dépenses d'AME de la CPAM de Paris en 2009

Graphique : Dépenses AME Paris année 2009 selon les fichiers de liquidation (en €)



2.2. La moitié des bénéficiaires ont eu une consommation inférieure à 500 €, 439 ont consommé plus de 50 K€

La moyenne de 2 614 € recouvre des réalités contrastées comme le montre le tableau ci-dessous qui décrit la concentration des consommations totales des bénéficiaires de l'AME à Paris en 2009.

La moitié des bénéficiaires consommateurs de l'AME de la CPAM de Paris -inclus dans les strates 2 et 3 du tableau²- ont eu une consommation inférieure à 500 € en 2009 et ont représenté moins de 4 % de la dépense.

A l'opposé 439 personnes (strates 9 à 12) ont consommé chacune plus de 50 000 € de soins. Leur consommation totale qui dépasse 45 M€ représente plus de 30 % de la dépense payée par la CPAM.

0,3 % des bénéficiaires (173) rassemblés dans les deux dernières strates ont consommé plus de 100 000 € de soins. Ces 173 bénéficiaires représentent plus de 18 % de la dépense payée par la CPAM de Paris. Ils représentent 5 % de la consommation totale de soins AME France entière.

Enfin 50 bénéficiaires soit 0,1 % des bénéficiaires de la CPAM de Paris ont consommé plus de 11,6 M€ soit plus de 2 % de l'enveloppe AME France entière. Dans cette consommation des 50 plus gros consommateurs, l'hospitalisation publique représentait 90 % de cette dépense (10,5 M€) et les soins externes 7 % (853 000 €).

Tableau 2 : Concentration de la dépense totale

Strate #	>= Limite inférieure	< Limite supérieure	# Enregs.	%	TOTAL_SOMME	%
1	-25 390	0	32	0,06	-62 806	0,04
2	0	100	9 661	17,10	459 938	0,31
3	100	500	18 380	32,54	4 968 331	3,36
4	500	1 000	10 023	17,74	7 181 343	4,86
5	1 000	5 000	12 863	22,77	27 231 471	18,42
6	5 000	10 000	2 975	5,27	20 955 404	14,18
7	10 000	30 000	1 784	3,16	28 965 447	19,60
8	30 000	50 000	330	0,58	12 601 423	8,53
9	50 000	100 000	266	0,47	18 268 911	12,36
10	100 000	300 000	168	0,30	25 398 365	17,18
11	300 000	400 000	5	0,01	1 713 659	1,16
	Limite inférieure - exceptions :		0	0,00	0	0,00
	Limite supérieure - exceptions :		0	0,00	0	0,00
Totaux :			56 487	100,00	147 681 486	100,00

Source : ERASME traitement mission

Cette concentration de la dépense traduit l'importance qu'occupe la dépense hospitalière.

² La strate 1 contient les bénéficiaires de l'AME pour lesquels les régularisations ont excédé les consommations.

3. LA DEPENSE HOSPITALIERE

3.1. *Un poids essentiel de la dépense hospitalière de surcroît concentrée sur quelques personnes ; moins de 1 % des bénéficiaires représentent la moitié de la dépense hospitalière*

La dépense hospitalière représente un poids particulier dans la dépense totale. Sur le champ étudié la dépense hospitalière a constitué 65 % de la dépense AME. L'hôpital public, hospitalisation complète et maternité, représente à lui seul plus de 60 % de la dépense totale.

Les trois quarts des bénéficiaires de l'AME à Paris n'ont eu aucune consommation hospitalière. La moitié de la dépense hospitalière AME à Paris est le fait de 1 % des bénéficiaires (562) de l'AME.

Tableau 3 : Concentration de la dépense hospitalière

Strate #	>= Limite inférieure	< Limite supérieure	# Enregs.	%	TOTAL_HOSPI_SOMME	%
1	0	1	42 295	74,88	0	0,00
2	1	1 000	6 658	11,79	1 113 614	1,17
3	1 000	10 000	5 647	10,00	22 630 920	23,75
4	10 000	20 000	855	1,51	11 843 994	12,43
5	20 000	30 000	354	0,63	8 618 033	9,04
6	30 000	36 000	105	0,19	3 426 740	3,60
	Limite inférieure - exceptions :		11	0,02	-59 454	0,06
	Limite supérieure - exceptions :		562	0,99	47 608 912	49,96
Totaux :			56 487	100,00	95 182 759	100,00

Source : ERASME traitement mission

3.2. *Ventilation de la dépense hospitalière*

L'hospitalisation publique constitue 96 % de la dépense (92 M€€) d'hospitalisation, l'hospitalisation privée 4 % (3,7 M€).

L'essentiel de la dépense est concentré sur l'hospitalisation complète. Sans être négligeable, l'hospitalisation en maternité concerne 4 % des 71 000 personnes ayant des droits ouverts à l'AME. Le nombre des personnes hospitalisées en maternité représente la moitié des hospitalisations complètes ; le coût moyen des hospitalisations en maternité est la moitié de celui des hospitalisations complètes ce qui fait que la dépense d'hospitalisation pour maternité est égale à ¼ de la dépense d'hospitalisation complète.

Les dialyses n'ont concerné que 31 personnes en 2009 à Paris mais ont un poids financier non négligeable en raison de leur caractère répétitif.

Tableau 4 : Nombre de bénéficiaires et montant de la dépense d'hospitalisation publique en 2009

	Hospitalisation Complète Public	Hospitalisation maternité Public	Hospitalisation dialyse Public	Hospitalisation autres Public
nombre d'ayant droit	5 678	2 770	31	6 623
montant total	71 509 642	17 288 717	1 276 045	1 914 412
moyenne	12 594	6 241	41 163	289
maxi	389 839	105 951	136 967	139 268

Source : ERASME traitement mission

Cette forte concentration de la dépense sur quelques personnes est observée également en population générale. Toutefois sur le champ étroit de l'AME elle a pour effet de rendre délicate toute estimation.

4. LA DEPENSE DE SOINS DE VILLE

4.1. 79 % des bénéficiaires de l'AME ont consommé moins de 1000 € de dépenses de ville

79 % des bénéficiaires consommants des soins de ville ont eu une consommation annuelle inférieure à 1 000 €, 17 % des bénéficiaires ont eu une consommation annuelle inférieure à 100 € et 6 % (3 200) ont eu une consommation inférieure à 30 €

Près de la moitié (47 %) de la dépense en soins de ville est concentrée entre 1 000 et 5 000 € et concerne 20 % des bénéficiaires de l'AME à Paris (11 014).

Tableau 5 : Stratification de la dépense de ville

Strate#	>= Limite inférieure	< Limite supérieure	# Enregs.	%	TOTAL_VILLE_SOMME	%
1	0	1 000	44 643	79,03	14 534 987	34,37
2	1 000	5 000	11 014	19,50	19 682 461	46,54
3	5 000	15 000	714	1,26	5 715 339	13,51
4	15 000	25 000	78	0,14	1 427 778	3,38
	Limite inférieure - exceptions :		9	0,02	-653	0,00
	Limite supérieure - exceptions :		29	0,05	927 759	2,19
Totaux :			56 487	100,00	42 287 671	100,00

Source : ERASME traitement mission

4.2. Ventilation des soins de ville

La pharmacie et les produits de la liste des produits et prestations constituent avec 21,5 M€ la moitié de la dépense de soins de ville suivis des actes médicaux (11,4 M€) et de la biologie (4,3 M€). Les dépenses de dentisterie ne sont pas exceptionnelles. Près de 24 % des ayants droits de l'AME (16 906 sur 71 493) ont eu des soins dentaires pour un montant moyen de 171 €

Tableau 6 : Consommation 2009 par personne en soins de ville

	Actes médicaux ville	dentaire ville	auxiliaires med ville	pharmacie et lpp ville	bio ville	transports ville
nombre d'ayants droits	58 647	16 906	10 262	62 436	29 571	1 826
montant total	11 441 500	2 883 112	1 474 562	21 504 428	4 306 194	675 241
moyenne	195	171	144	344	146	370
maxi	7 384	4 247	33 185	50 952	2 789	26 417
Moyenne population générale consommante 2008 (source CNAMTS point repère n°25)	305		359	367	104	588

Source : ERASME traitement mission

5. DETAIL PAR TRIMESTRE

La mission a regroupé par trimestre les grandes catégories de consommation de l'AME pour comparer les consommations d'une année sur l'autre. Les travaux ont été réalisés en mois de mandatement.

Le tableau ci-dessous présente ces regroupements pour les sept trimestres qui ont pu être rapprochés.

Tableau 7 : Dépenses AME de la CPAM de Paris selon les fichiers de la liquidation

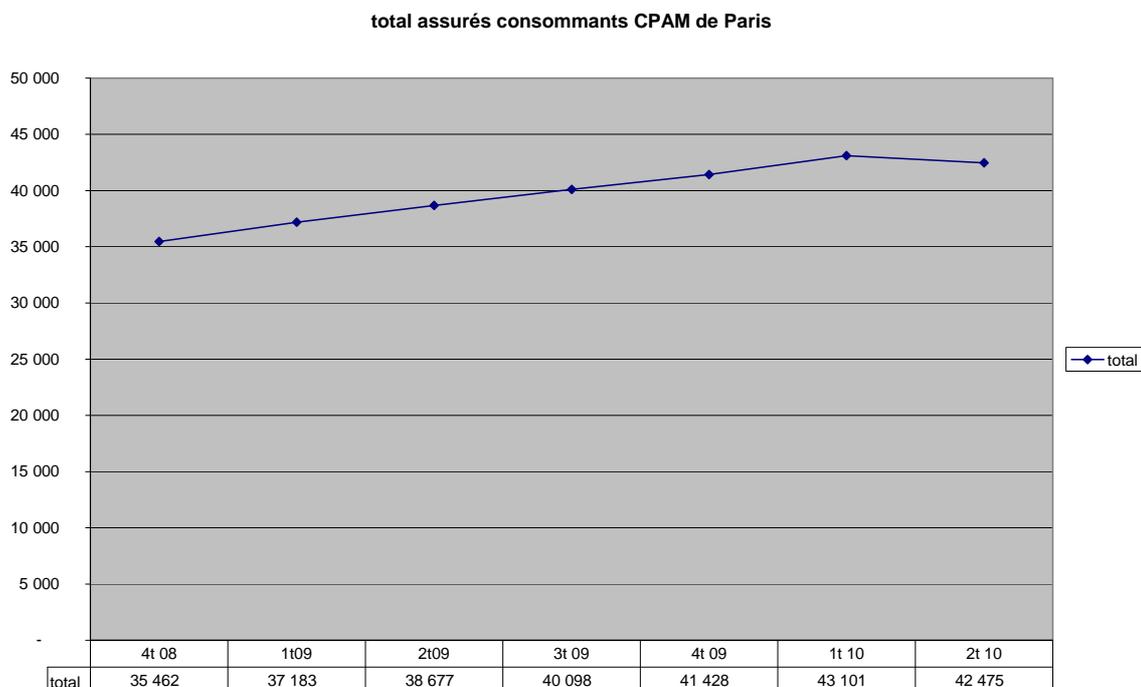
date		total	dont dépenses de ville	dont Hospitalisation Complète Public
4t 08	nombre de bénéficiaires	35 462	33 797	1 729
	montant total	34 401 313	9 239 268	16 612 326
	moyenne	970	273	9 608
	maxi	356 862	17 881	356 861
	ecart type	5 343	501	4 987
1t09	nombre de bénéficiaires	37 183	35 894	1 626
	montant total	33 362 919	9 507 845	16 194 601
	moyenne	897	265	9 960
	maxi	217 990	20 267	217 776
	ecart type	5 097	529	4 633
2t09	nombre de bénéficiaires	38 677	37 290	1 862
	montant total	37 890 115	10 550 227	18 088 447
	moyenne	980	283	9 715
	maxi	326 165	14 213	165 539
	ecart type	5 332	540	4 268
3t 09	nombre de bénéficiaires	40 098	38 634	1 660
	montant total	37 259 335	10 851 029	17 973 340
	moyenne	929	281	10 827
	maxi	229 135	20 576	224 013
	ecart type	5 086	554	4 670
4t 09	nombre de bénéficiaires	41 428	39 917	1 878
	montant total	39 169 117	11 378 070	19 253 253
	moyenne	945	285	10 252
	maxi	256 702	17 444	256 702
	ecart type	5 358	571	5 005
1t 10	nombre de bénéficiaires	43 101	41 724	1 739
	montant total	39 891 259	12 328 341	19 511 640
	moyenne	926	295	11 220
	maxi	324 692	23 707	323 381
	ecart type	5 410	574	4 984
2t 10	nombre de bénéficiaires	42 475	41 237	1 713
	montant total	38 395 679	11 981 947	18 085 693
	moyenne	904	291	10 558
	maxi	264 753	22 049	264 183
	ecart type	5 314	561	4 694

Source : ERASME traitement mission

5.1. Une augmentation régulière des bénéficiaires consommateurs

Le nombre de bénéficiaires consommateurs AME de la CPAM de Paris croît régulièrement tout au long de la période. Même s'il paraît y avoir un infléchissement lors du 2^{ème} trimestre 2010, le nombre de bénéficiaires consommateurs au 2^{ème} trimestre 2010 reste tout de même supérieur de 10 % à ce qu'il était au 2^{ème} trimestre 2009.

Graphique 1 : Bénéficiaires consommateurs de la CPAM de Paris

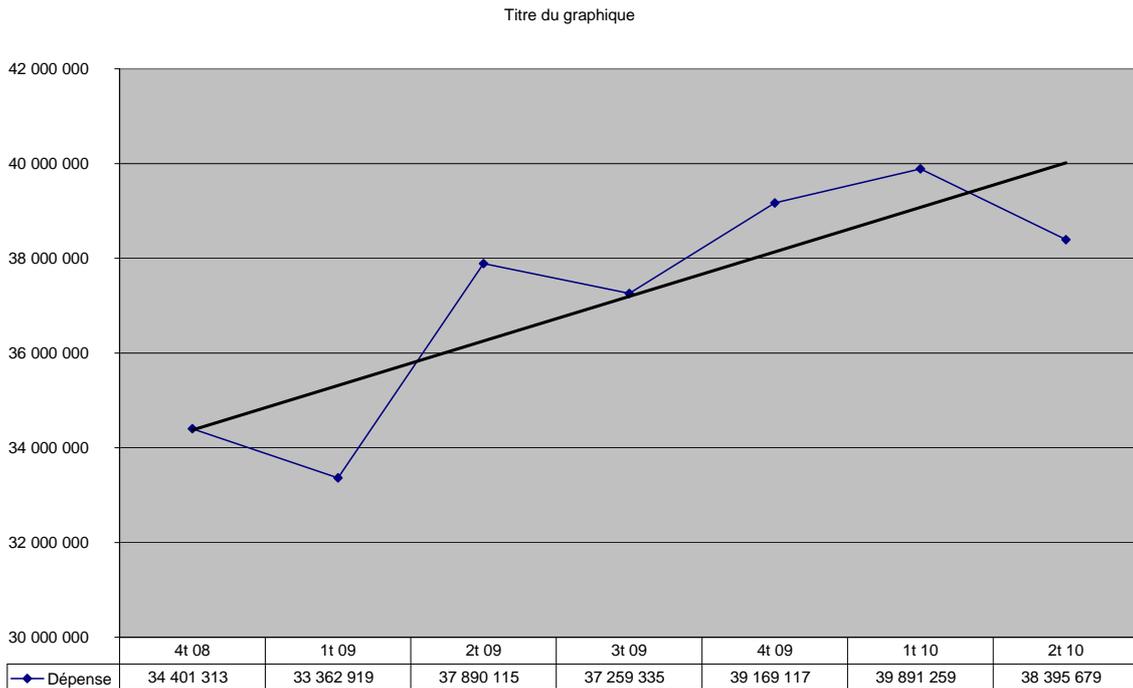


Source : Mission

5.2. Les dépenses trimestrielles de la CPAM de Paris croissent régulièrement

L'augmentation quasi continue du nombre de bénéficiaires s'accompagne d'une augmentation de la dépense dans des proportions équivalentes, la dépense moyenne apparaissant particulièrement stable autour de 900 € par trimestre. Ni la dépense de ville ni l'hospitalisation complète « n'explorent ».

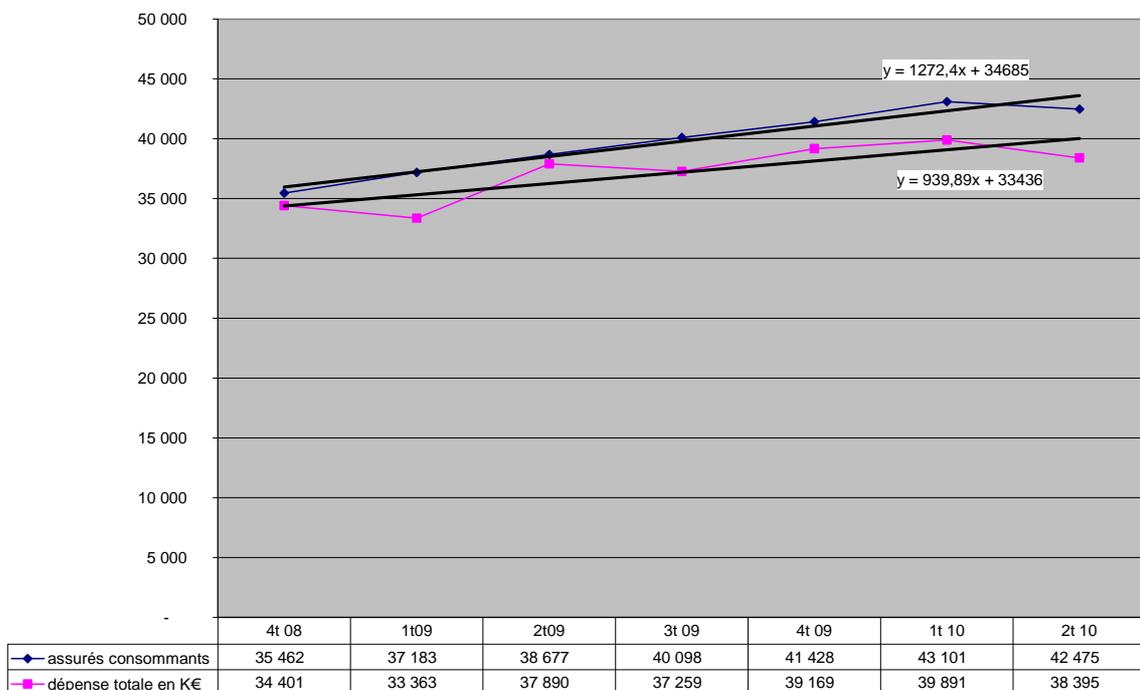
Graphique 2 : Dépenses AME de la CPAM de Paris



Source : ERASME traitement mission

Au contraire, en tendance, la dépense augmente légèrement moins vite que le nombre de bénéficiaires. Cette observation est toutefois fragile en raison d'une part du nombre réduit de trimestre sur lesquels est fondée cette observation et d'autre part en raison d'une plus grande dispersion des points autour de la tendance.

Graphique 3 : Evolution du nombre de bénéficiaires et de la dépense



Source : ERASME traitement mission

Une comparaison du 4^{ème} trimestre 2008 et du 4^{ème} trimestre 2009, montre une augmentation du nombre de bénéficiaires total de 16,8 % et de 13,9 % de la dépense. Le même calcul réalisé entre le 1^{er} trimestre 2009 et le 1^{er} trimestre 2010 montre une augmentation de 15,9 % des bénéficiaires et de 17,4 % de la dépense. Enfin effectuée entre le 2^{ème} trimestre 2009 et le 2^{ème} trimestre 2010, la même comparaison montre une augmentation de 9,82 % du nombre de bénéficiaires et de 1,33 % de la dépense ce qui confirme la sensibilité des résultats au point de vue adopté en raison notamment du poids financier de l'hospitalisation.

5.3. *S'agissant des hospitalisations, une grande sensibilité des constats au trimestre choisi pour référence*

Le nombre de bénéficiaires hospitalisés évolue peu et surtout sans tendance nette. Une comparaison des 4^{ème} trimestre 2008 et 4^{ème} trimestre 2009 montre une augmentation de 8,6 % des bénéficiaires hospitalisés et de 15,9 % de la dépense. Entre le 1^{er} trimestre 2009 et le 1^{er} trimestre 2010 l'augmentation du nombre de bénéficiaires est de 7 % et l'augmentation de la dépense de 20 %. Entre le 2^{ème} trimestre 2009 et le 2^{ème} trimestre 2010, le nombre de bénéficiaires baisse de 8 % et les dépenses restent étales.

Le tableau ci-dessous présente l'évolution entre le 4^{ème} trimestre 2008 et le 4^{ème} trimestre 2009 des remboursements de plus de 97 % des dépenses hospitalières remboursées

Tableau 8 : Evolution des remboursements des principales prestations entre le 4^{ème} trimestre 2008 et le 4^{ème} trimestre 2009

Nature des actes	Montant remboursé		Libellé de la prestation
	4ème trimestre 2008	4ème trimestre 2009	
PJ	15 988 286,22	19 180 611,51	prix de journée
PJC	5 190 506,16	3 988 272,31	ticket modérateur d'AME complémentaire
SNS	310 186,57	312 288,28	forfait séance de soins
PHH	191,74	141 781,07	pharmacie hospitalière
B	2 626,83	105 725,68	actes de biologie
FTN	67 019,06	93 017,29	forfait technique au tarif normal
Total	21 558 816,58	23 821 696,14	

Source : CPAM Paris

Les montants remboursés au titre des prix de journée AME et prix de journée AME complémentaire (PJC) représentent la quasi-totalité de la dépense 23 168 883 € (97 %). Cette dépense est supérieure de 9,4 % au 4^{ème} trimestre 2009 à ce qu'elle était au 4^{ème} trimestre 2008. Le poids relatif des PJC au 4^{ème} trimestre 2008 -1/4 de la facturation des prix de journée- pour un dispositif qui devrait être marginal amène à penser qu'il pourrait y avoir une certaine porosité dans la codification des données saisies entre prix de journée et prix de journée complémentaire amenant à relativiser les évolutions PJ d'une part, PJC d'autre part pour ne retenir que le sens de l'évolution globale.

Enfin une approche mensuelle de la consommation apparaît difficile à interpréter. Si la tendance apparaît à la hausse les écarts autour de cette tendance traduisent une forte variabilité de ces dépenses. Ainsi, si l'on compare les mois de mai 2009 et 2010 on pourrait en déduire que les dépenses sont en forte augmentation (de 4,7 M€ en mai 2009 à 7,8 M€ en mai 2010) ; la conclusion inverse s'imposerait si l'on compare les mois de juin 2009 (8,3 M€) et juin 2010 (4,4 M€) soit une évolution négative de -47 %.

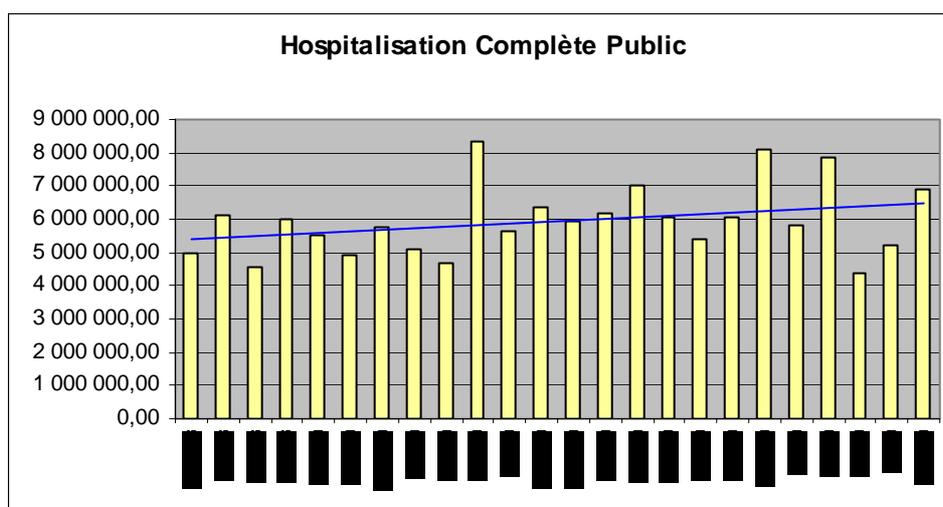
Le tableau ci-dessous présente les établissements parisiens en fonction de leur contribution à l'augmentation de la dépense. Viennent en premier les établissements ayant à la fois un montant remboursé important et une évolution du 4^{ème} trimestre 2009 élevée par rapport au montant du 4^{ème} trimestre 2008. Ce tableau illustre « l'atomisation » de la dépense qui rend d'autant plus difficile la prédiction de la dépense.

Tableau 9 : Comparaison des montants remboursés aux hôpitaux par la CPAM de Paris au 4^{ème} trimestre 2008 et au 4^{ème} trimestre 2009

Num	Nom	Mnt remb 4T2008	Mnt Remb 4T2009	Poids 4T2009	Evolution 4T08/ 4T09	Contribution à l'évolution
75010009	HOPITAL SAINT ANTOINE (APHP)	990 275	1 924 467	7,9%	94,3%	4,3
75010016	GH COCHIN TARNIER (APHP)	881 852	1 591 199	6,6%	80,4%	3,2
75080345	HOPITAL ROBERT DEBRE (APHP)	955 680	1 270 277	5,2%	32,9%	1,4
75010004	HOPITAL LARIBOISIERE (APHP)	2 095 727	2 340 409	9,7%	11,7%	1,1
75010012	HOPITAL PITIE SALPETRIERE (APHP)	2 093 586	2 336 233	9,6%	11,6%	1,1
75015009	INSTITUT DE PUERICULTURE	57 604	231 924	1,0%	302,6%	0,8
75000049	CHS SAINTE ANNE	0	169 524	0,7%	NS	0,8
75016001	CLCC INSTITUT CURIE SECTION MEDICALE	60 948	219 532	0,9%	260,2%	0,7
75000052	GRPE HOSPI PARIS ST JOSEPH (ST JOSEPH)	257 261	356 244	1,5%	38,5%	0,5
75011001	CTRE MEDICO CHIRURGICAL DES INVALIDES	0	80 010	0,3%	NS	0,4
75010020	GH NECKER ENFANTS MALADES (APHP)	362 934	436 960	1,8%	20,4%	0,3
75010007	HOPITAL SAINT LOUIS (APHP)	1 492 889	1 557 137	6,4%	4,3%	0,3
75015001	HOPITAL PIERRE ROUQUES LES BLEUETS	28 146	86 403	0,4%	207,0%	0,3
75000672	GH DIACONESSES CROIX SAINT SIMON	85 333	122 634	0,5%	43,7%	0,2
75011002	CH NAT OPHTALMOLOGIQUE QUINZE VINGTS	43 604	79 791	0,3%	83,0%	0,2
75010001	HOPITAL HOTEL DIEU DE PARIS (APHP)	413 998	447 275	1,8%	8,0%	0,2
75015025	CENTRE EDOUARD RIST	27 202	58 918	0,2%	116,6%	0,1
75080622	HAD PARIS (APHP)	139 320	166 612	0,7%	19,6%	0,1
75015010	INSTITUT MUTUALIST MONTSOURIS	51 673	72 951	0,3%	41,2%	0,1
75017010	INSTITUT PAUL SIVADON	0	11 400	0,0%	NS	0,1
75015031	CENTRE PASTEUR VALLERY RADOT	11 008	17 559	0,1%	59,5%	0,0
75014003	POLYCLIN PSYCHIATRIQUE BIEVRE (ASM13)	0	2 310	0,0%	NS	0,0
75017023	HOP DE JOUR LAURISTON (MGEN)	0	892	0,0%	NS	0,0
75015012	FONDATION HOPITAL SAINT JOSEPH	639	460	0,0%	-27,9%	0,0
75000308	MAISON SUR SEINE	2 320	0	0,0%	NS	0,0
75082518	CRRF CHATAIGNERAIE	2 465	0	0,0%	NS	0,0
75012001	HOPITAL INST ARMEE VAL GRACE	6 688	1 000	0,0%	-85,0%	0,0
75015028	HOPITAL JEAN JAURES	7 761	0	0,0%	NS	0,0
75004154	HOPITAL GERIATRIQUE BRETONNEAU (APHP)	12 059	0	0,0%	NS	-0,1
75015018	MAISON MEDICALE JEANNE GARNIER	35 376	19 724	0,1%	-44,2%	-0,1
75010008	HOPITAL ROTHSCHILD (APHP)	145 434	129 726	0,5%	-10,8%	-0,1
75015008	HOPITAL GARDIENS DE LA PAIX	36 581	0	0,0%	NS	-0,2
75015034	HOPITAL COGNACQ JAY	87 126	49 158	0,2%	-43,6%	-0,2
75015014	HOPITAL LEOPOLD BELLAN	58 682	14 582	0,1%	-75,2%	-0,2
75000054	FONDATION OPHT A DE ROTHSCHILD	105 922	47 363	0,2%	-55,3%	-0,3
75010023	GH BICHAT CLAUDE BERNARD (APHP)	1 745 051	1 637 362	6,8%	-6,2%	-0,5
75014001	CHS SAINTE ANNE	94	-207 776	-0,9%	NS	-0,9
75080344	HOPITAL EUROPEEN G POMPIDOU (APHP)	742 061	485 957	2,0%	-34,5%	-1,2
75010027	HOPITAL TENON (APHP)	1 782 581	1 173 720	4,8%	-34,2%	-2,8
75010010	GH TROUSSEAU LA ROCHE GUYON (APHP)	1 146 023	303 797	1,3%	-73,5%	-3,8
TOTAL établissements parisiens		15 965 901	17 235 738	71,1%	8,0%	5,8
Autres établissements		5 945 005	7 001 798	28,9%	17,8%	4,8
Total		21 910 906	24 237 536	100,0%	10,6%	10,6

Source : CPAM Paris

Graphique 4 : Evolution mensuelle des dépenses d'hospitalisation complètes

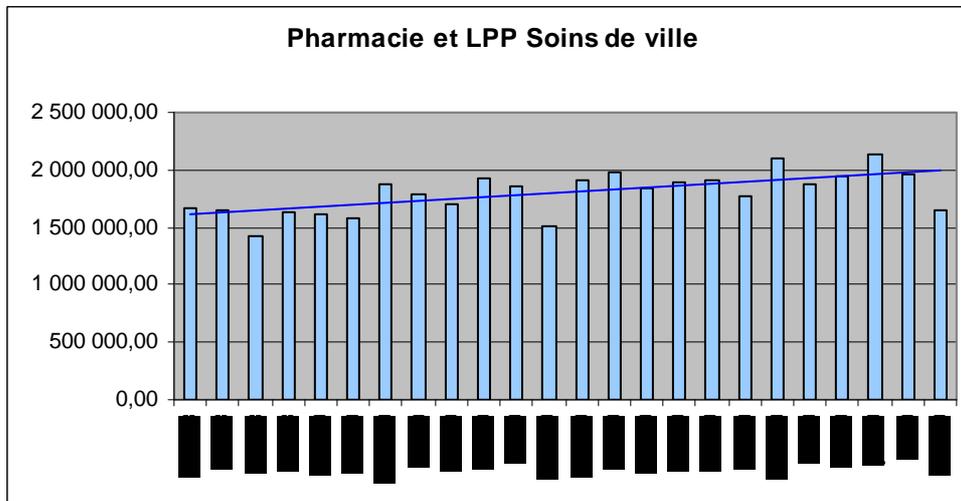


Source : CPAM Paris

5.4. La dépense pharmaceutique et la LPP

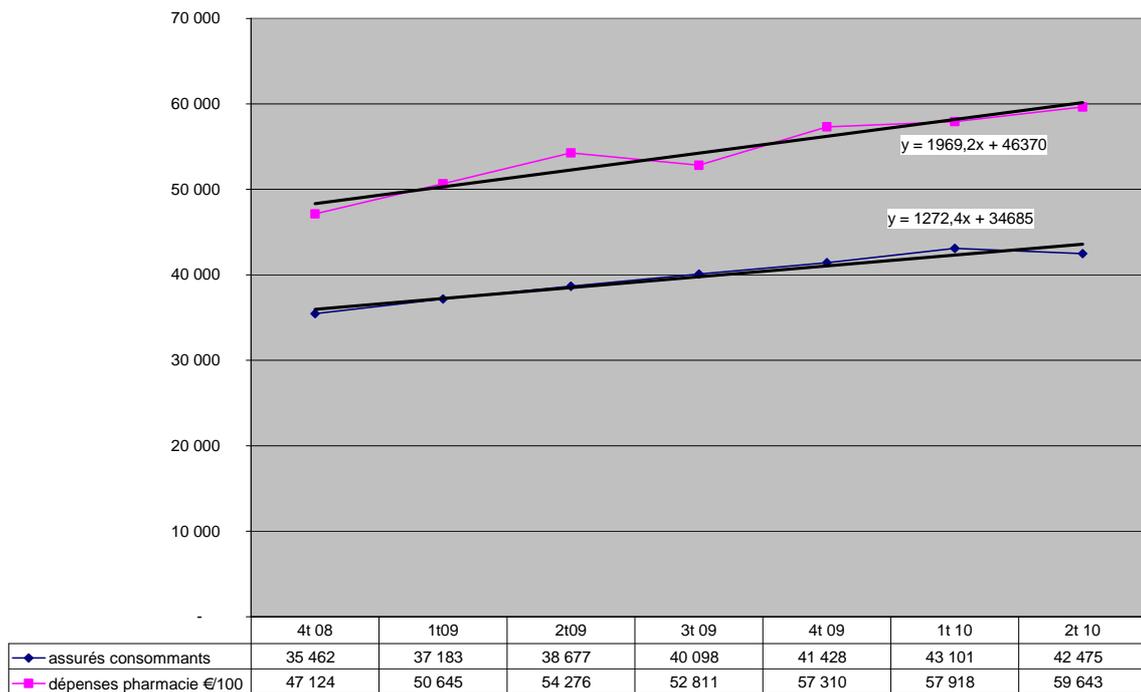
S'agissant des produits de pharmacie et de la LPP

Graphique 5 : Evolution des remboursements de pharmacie et produits de la LPP



Source : CPAM Paris

Graphique 6 : Comparaison de l'évolution des dépenses de pharmacie et du nombre de bénéficiaires



Source : CPAM Paris

Le graphique ci-dessus qui rapproche l'évolution du nombre de bénéficiaires consommateurs des dépenses de pharmacie montre que les dépenses de pharmacie et LPP augmentent en tendance plus rapidement que le nombre de bénéficiaires avec toutefois un profil plus heurté. Ainsi entre le 2^{ème} et le 3^{ème} trimestre 2009 la dépense pharmaceutique baisse légèrement alors que le nombre de bénéficiaires augmente.

6. LES CONSOMMATIONS EXTREMES ABUS ET FRAUDES.

6.1. Les consommations extrêmes

La mission a été l'occasion d'un contrôle de quelques consommations extrêmes.

A la demande de la mission la CPAM a réalisé un premier tri dans les bases de données de la liquidation permettant d'identifier 38 bénéficiaires ayant eu des consommations particulièrement élevées en 2009. La répartition de ces bénéficiaires est décrite dans la colonne « ciblage mission » du tableau ci-dessous. Les données ont été ensuite transmises au service médical de la CPAM pour analyse.

Tableau 10 : Bénéficiaires de l'AME à Paris ayant eu des consommations de soins très coûteuses en 2009 (en €)

Poste de dépense	Ciblage mission		Investigations CPAM	
	Nombre de bénéficiaires	Dépense supérieure à	Nombre de bénéficiaires	Montant dépense
Hospitalisation complète en établissement public	8	250 000	3	389 839 339 027 311 236
Médicaments et LPP	10	30 000	4	50 952 41 908 40 681 39 922
Transports des malades	11	9 000	2	26 416 16 856
Soins dispensés par des auxiliaires médicaux	9	7 000	1	33 185

Source : CPAM Paris

Les premières analyses du service médical n'ont pas permis de conclure à des fraudes. En revanche ces dépenses élevées sont le fait soit de bénéficiaires déjà connus du service médical pour eux-mêmes ou pour l'un de leurs ayants droits pour des pathologies sévères, soit cumulant des dépenses dont on peut soupçonner qu'elles résultent de pathologies lourdes.

6.1.1. Le poste pharmacie

S'agissant du poste pharmacie les bénéficiaires sont atteints de pathologies lourdes et bénéficient de traitement couteux par exemple des antineoplasiques inhibiteurs de la protéine kinase (SPRYCEL : 4 388 € la boîte de 60 comprimés).

Toutefois selon le service médical, parmi les assurés listés pour le poste « pharmacie », 4 se sont vu délivrer au cours de l'année 2009 des quantités de traitement qui ne semblent pas compatibles avec un usage thérapeutique habituel en raison :

- de chevauchements de prescriptions de traitements coûteux mettant parfois à disposition du patient le double des doses habituellement prescrites.
- du nombre de conditionnements facturés par la pharmacie qui ne délivre pas le conditionnement le plus économique par rapport à la prescription.

6.1.2. Les soins de ville

Pour 3 assurés, il est relevé un nomadisme médical modéré avec des prescriptions médicales nombreuses et une polymédication. S'agissant des transports ils sont associés à des dépenses d'hospitalisation ou de pharmacie élevées.

Les mêmes constats ont été effectués pour les dépenses d'auxiliaires médicaux pour lesquels sont observées des polypathologies sévères.

6.1.3. Le poste hospitalisation

Pour les hospitalisations les deux dossiers les plus onéreux comportent des séjours en réanimation et soins intensifs supérieurs à 5 mois pour l'un et 4 mois pour l'autre. Sans qu'il s'agisse des dépenses les plus élevées, 15 bénéficiaires de l'AME ont totalisé en 2009 plus de 200 jours d'hospitalisation en MCO. Un bénéficiaire a également été hospitalisé 394 jours d'hospitalisation sur une période quasi-continue d'août 2008 à novembre 2009, en psychiatrie générale, au sein du même établissement pour un coût de plus de 311 K€

Sont retrouvés dans cette liste des assurés atteints de pathologies lourdes et pour lesquels sont prescrits des thérapeutiques innovantes, avec dans certains cas des chevauchements thérapeutiques et des délivrances ne respectant pas le conditionnement le plus économique. Sont également retrouvés des assurés polymédicamentés. Cependant, les prescriptions semblent en cohérence avec les pathologies et les quantités délivrées ne permettent pas de suspecter un détournement.

6.1.4. Les greffes

Entre février et novembre 2009, 18 transplantations ont été réalisées au profit de bénéficiaires de l'AME (statistiques ATIH). 17 ont été réalisées à l'AP-HP, une à l'AP-HM. Sur les 17 réalisées à l'AP-HP, cinq ont été réalisées pour des bénéficiaires de l'AME relevant de la CPAM de Paris. Une a concerné un rein, une, une moelle osseuse, une, un foie, une, un cœur et une, un cœur-poumon. Ces greffes ont été réalisées dans différents établissements de l'AP-HP.

Pour les 4 bénéficiaires parisiens pour lesquels des informations ont été réunies, les dates d'immatriculation à l'AME allaient du 01/11/2002 pour le plus ancien au 06/02/2007 pour le dernier immatriculé, soit, pour chacun des transplantés, plus de 2 ans d'antériorité à la date de l'intervention.

Ce sont les autorités administratives hospitalières qui, après avoir vérifié la prise en charge informent l'agence de biomédecine que tel patient doit être inscrit sur la liste d'attente d'organes géré par l'Agence. Une fois inscrits sur la liste d'attente ce sont des critères médicaux et logistiques qui, au travers d'un score, détermineront la place dans la liste d'attente et donc le temps d'attente qui peut aller de un an en province à 4 ans en Ile de France.

La procédure rend peu probable un tourisme médical et les observations statistiques démentent l'existence de filières.

6.1.5. Les fécondations in vitro

22 bénéficiaires de l'AME ont eu des facturations d'actes inscrits au chapitre 9.2 de la CCAM.

Le total des dépenses enregistrées pour 21 d'entre elles s'élevait en 2009 à plus de 99 000 €. Le coût moyen a été de 4 700 €, le coût médian à 3 700 €. Ce montant comprend toutes les dépenses 2009 mais seulement les dépenses 2009. Ainsi des traitements commencés en 2008 sont-ils sous évalués ainsi que ceux intervenus par exemple à la fin de 2009 et se poursuivant en 2010. S'agissant du profil des bénéficiaires 20 assurées ont un âge est compris entre 28 et 43 ans au moment de la réalisation de l'acte de procréation médicalement assistée (PMA). mais 2 assurées avaient dépassé l'âge de 43 ans, notamment une assurée avait 46 ans lors des 3 actes d'insémination artificielle facturés en 2009 et une assurée avait 44 ans lors de l'acte de PMA. Elles étaient donc hors du champ des prestations remboursées limitées à 43 ans par la CCAM.

S'agissant de l'exonération pour stérilité cinq bénéficiaires sont connues du service médical car exonérées du ticket modérateur pour stérilité et suivies dans divers établissements hospitaliers avec un protocole de soins.

Ainsi, seules un quart des assurées ont un protocole de soins dans le cadre d'une exonération du ticket modérateur pour stérilité. Des actes sont présentés au remboursement malgré le dépassement de la limite d'âge.

6.2. Les fraudes

Selon le rapport d'activité de la CPAM de Paris pour 2009, alors que les bénéficiaires de l'AME représentaient 4,1 % des personnes gérées (80 754³ sur 1 969 222) ils représentaient 12,4 % des fraudes (97 sur 780). Les AME sont donc surreprésentées mais les motifs de cette surreprésentation tiennent au moins pour partie aux conditions de résidence et de ressources exigées pour l'ouverture des droits.

Depuis le 1^{er} janvier 2010, 76 dossiers de bénéficiaires de l'AME ont été contrôlés soit pour des signalements de fausses ordonnances, soit pour nomadisme médical.

Sur les 102 plaintes pénales déposées en 2008, 3 concernaient des bénéficiaires de l'AME. Un omnipraticien dont une partie de la clientèle relève de l'AME a également été mis en cause. En 2009, sur 133 plaintes, 13 concernent des assurés bénéficiaires de l'AME.

En 2008, sur les 102 plaintes pénales déposées, 22 se rapportaient à des mésusages et/ou trafics de Subutex 8mg., pour un préjudice chiffré à 688 730,13€ Sur ces 22 plaintes, 1 concernait un bénéficiaire de l'AME. Une plainte mettait en cause les agissements d'un médecin dont une partie de la clientèle relève de l'AME. En 2009, sur les 133 plaintes pénales déposées, 37 se rapportaient à des mésusages et/ou trafics de Subutex 8mg., pour un préjudice chiffré à 853 591,88€ Une plainte mettait en cause les agissements d'un médecin. Sur ces 37 plaintes, 6 concernent des bénéficiaires de l'AME.

³ Compte tenu des entrées et sorties dans le dispositif

Annexe 12 :

Analyse des données de la CPAM de Bobigny

ANALYSE DES DONNEES DE LA CPAM DE BOBIGNY	1
1. 81 % DES BENEFICIAIRES DE L'AME SONT DES BENEFICIAIRES ISOLES.....	3
2. UNE CONSOMMATION MOYENNE ANNUELLE DE 2 351 €PAR BENEFICIAIRE MAIS INFERIEURE A 500 €POUR LA MOITIE D'ENTRE EUX.....	4
2.1. 95 % des bénéficiaires recourent à des soins de ville	4
2.2. Plus de la moitié des bénéficiaires ont eu une consommation inférieure à 500 € en 2009 mais 74 dépassent 100 000 €.....	6
3. LA DEPENSE HOSPITALIERE	7
3.1. Un poids essentiel de la dépense hospitalière de surcroît concentrée sur quelques personnes ; moins de 1 % des bénéficiaires représentent la moitié de la dépense hospitalière ...	7
3.2. Ventilation de la dépense hospitalière.....	7
4. LA DEPENSE DE SOINS DE VILLE	8
4.1. 81 % des bénéficiaires de l'AME ont consommé moins de 1000 € de dépenses de ville.....	8
4.2. Ventilation des soins de ville	8
5. DETAIL PAR TRIMESTRE.....	9
5.1. Une augmentation heurtée des bénéficiaires consommants	10
5.2. Les dépenses trimestrielles de la CPAM de Bobigny présentent un profil plus heurté que celles de la CPAM de Paris.....	11
5.3. Une grande sensibilité des constats à la dépense d'hospitalisation.....	13
5.4. Approche mensuelle.....	13
6. LES FRAUDES ET ABUS.....	16
6.1. Les consommations hors normes	16
6.2. Les fraudes.....	17

Avec une dépense AME arrêtée à 89,9 M€ en 2009 y compris 15,8 M€ payés au titre des exercices antérieurs, la CPAM de Paris a représenté 17 % de la dépense totale d'AME (540 M€). L'augmentation de 12,4 M€ de ses dépenses entre 2008 et 2009 (de 77,5 M€ à 89,9 M€ soit 16 %) fait que la CPAM de Bobigny contribue pour 18 % à l'augmentation de la dépense France entière (64 M€).

Les travaux suivants reposent sur une analyse des données de la liquidation contenues dans les bases de données ERASME, c'est-à-dire au niveau le plus fin. En raison d'une profondeur des données disponibles limitée à 24 mois seule l'année 2009 a pu être examinée dans son intégralité. S'agissant de l'année 2008, la mission a pu mobiliser des données agrégées antérieures au mois d'août mais n'a pu accéder aux données détaillées qu'à compter d'août 2008. Cette absence de profondeur de champs se révèle donc tout particulièrement pénalisante pour examiner les évolutions structurelles.

Deux approches ont été retenues ; une approche annuelle portant sur l'année 2009, et une approche trimestrielle rapprochant le dernier trimestre 2008 du dernier trimestre 2009 et les deux premiers trimestres 2009, des deux premiers trimestres 2010. L'ensemble des observations ont été réalisées en date de liquidation. Les bénéficiaires de l'AME n'étant pas des assurés, pour la terminologie la convention suivante a été retenue : l'ouvrant droit est la personne pour laquelle l'ouverture du bénéfice de l'AME a été prononcée, l'ayant droit comprend l'ouvrant droit et les personnes qui lui sont rattachées pour les droits.

Les travaux ont été réalisés sur les montants remboursés, mandatés durant les 12 mois de l'année 2009 pour les calculs annuels, et mandatés durant le trimestre considéré pour les approches trimestrielles.

Pour les calculs de consommation seuls les montants positifs ont été considérés ; les montants négatifs qui correspondent à des régularisations ont été généralement neutralisés.

1. 81 % DES BENEFICIAIRES DE L'AME SONT DES BENEFICIAIRES ISOLES

Les 37 951 bénéficiaires consommateurs de l'AME ont ouvert des droits en 2009 à 50 151 personnes. Il y a donc 1,32 personne couverte consommant par ouverture de droit.

Si l'on rapproche ces chiffres de ceux des personnes inscrites à un instant T on constate que le nombre total des bénéficiaires consommateurs une année est sensiblement supérieur au nombre des personnes inscrites à une date donnée en raison des entrées et des sorties dans le dispositif. Au décembre 2009, les bénéficiaires étaient 27 931, les ayants droits 10 453 dont 7 134 mineurs, soit un total 38 384 ouvrants droits et ayants droits et un ratio ayant droit par ouvrant droit est de 1,37.

Le tableau ci-dessous stratifie les ouvrants droits de l'AME en fonction du nombre d'ouverture de droits qui leur sont attachées. La strate 1 comprend tous les enregistrements pour lesquels l'ouvrant droit est seul bénéficiaire. La strate 2 comprend les bénéficiaires ayant ouvert un droit pour une personne en plus d'elle-même.

81 % des bénéficiaires de l'AME en 2009 à Bobigny sont seuls à avoir consommés. Ils ont contribué à 66 % de la dépense. A l'opposé deux bénéficiaires ont ouvert des droits à 8 autres personnes ayant consommé, avec une consommation pour l'ensemble de la famille de 712 € pour l'un et de 542 € pour l'autre. Juste au dessus dans la stratification, dans la strate 8 qui comprend trois familles de huit personnes, une famille a consommé 7 319 €, la deuxième 7 099 € et la troisième 641 €

Tableau 1 : Stratification du nombre d'ayants droits par ouvrant droits à Bobigny en 2009

Strate #	>= Limite inférieure	< Limite supérieure	# Enregs.	%	TOTAL_SOMME_SOMME	%
1	1	2	30 811	81,19	58 935 073	66,04
2	2	3	3 876	10,21	15 542 328	17,42
3	3	4	1 818	4,79	6 848 245	7,67
4	4	5	1 031	2,72	4 978 299	5,58
5	5	6	326	0,86	2 162 089	2,42
6	6	7	74	0,19	660 881	0,74
7	7	8	10	0,03	96 697	0,11
8	8	9	3	0,01	15 059	0,02
9	9	10	2	0,01	1 254	0,00
	Limite inférieure - exceptions :		0	0,00	0	0,00
	Limite supérieure - exceptions :		0	0,00	0	0,00
Totaux :			37 951	100,00	89 239 925	100,00

Source : *Erasmus calculs mission*

Le nombre moyen d'ayant droits par ouvrant droit est donc légèrement supérieur à ce qu'il est à la CPAM de Paris, 1,33 au lieu de 1,27 ; les familles de plus de quatre personnes représentent à peine plus de 1 % des familles bénéficiaires de l'AME et contribuent pour 3,29 % de la dépense.

2. UNE CONSOMMATION MOYENNE ANNUELLE DE 2 351 € PAR BÉNÉFICIAIRE MAIS INFÉRIEURE À 500 € POUR LA MOITIÉ D'ENTRE EUX

La consommation des 50 150 ayants droits a été de 89 239 925 € soit une moyenne de 1 779 € Rapportée aux seuls bénéficiaires ouvrants droits, la consommation moyenne s'élève à 2 351 €

Les dépenses d'AME de la CPAM de Bobigny en 2009 sont décomposées dans l'ordinogramme ci-dessous

2.1. 95 % des bénéficiaires recourent à des soins de ville

La plupart des bénéficiaires de l'AME ont eu au moins une consommation de ville. Sur les 37 951 bénéficiaires, 35 997 ont eu une consommation en ville consultation, pharmacie, biologie... ; parmi eux 26 825 ont consommé uniquement des soins de ville.

Un nombre significatif de bénéficiaires a eu une consommation hospitalière. 9 802 bénéficiaires représentant 10 950 ayants droits ont eu une consommation à l'hôpital ; parmi eux 631 ont consommé exclusivement des soins hospitaliers. Le nombre de bénéficiaires ayant eu une consommation hospitalière est toutefois légèrement surestimé en raison de biais statistiques. Une modification au 4^{ème} trimestre 2009 des paramètres de télétransmission a entraîné une inexactitude des requêtes ayant pour effet de transférer des soins externes, qui sont généralement considérés comme des soins de ville, dans la rubrique « autre hospitalisation ».

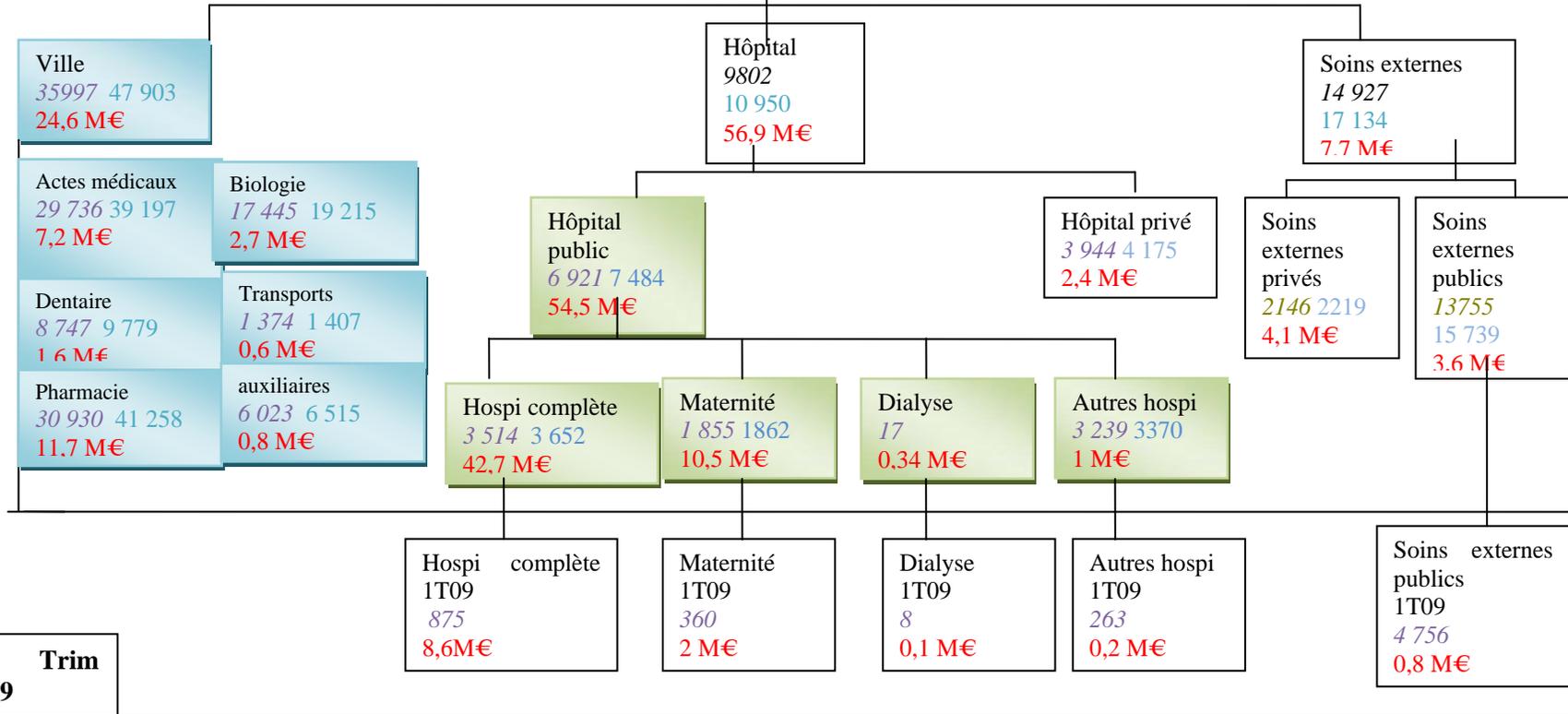
Ce biais n'invalide pas toutefois le constat que les bénéficiaires de l'AME ne recourent pas uniquement à des soins à l'hôpital mais recourent également de manière significative aux soins de ville.

Graphique : Dépenses AME Bobigny année 2009 selon les fichiers de liquidation (en €)

Bobigny 2009

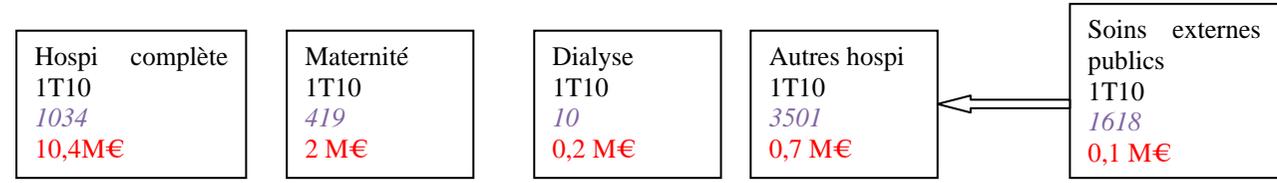
37 951 ouvrants droits
50 150 ayants droits

89,3 M€



1^{er} Trim 2009

1^{er} Trim 2010



2.2. Plus de la moitié des bénéficiaires ont eu une consommation inférieure à 500 € en 2009 mais 74 dépassent 100 000 €

La consommation moyenne de 2 351 € recouvre des réalités contrastées comme le montre le tableau ci-dessous qui décrit la concentration des consommations totales des bénéficiaires de l'AME à Bobigny en 2009.

Plus de la moitié des bénéficiaires consommateurs de l'AME de la CPAM de Bobigny -inclus dans les strates 2 et 3 du tableau¹- ont eu une consommation inférieure à 500 € en 2009 et ont représenté moins de 4 % de la dépense. La même observation prévaut pour la CPAM de Paris.

A l'opposé 244 personnes (strates 9 à 11 plus limite supérieure exceptionnelle) ont consommé chacune plus de 50 000 € de soins. Leur consommation totale qui dépasse 24,5 M€ représente plus de 27 % de la dépense payée par la CPAM.

0,2 % des bénéficiaires (74) rassemblés dans les deux dernières strates et la limite exceptionnelle ont consommé plus de 100 000 € de soins. Ces 74 bénéficiaires représentent plus de 14 % de la dépense payée par la CPAM de Bobigny.

Les trois bénéficiaires enregistrés en limite exceptionnelle ont consommé chacun plus de 400 000 €

Tableau 2 : Concentration de la dépense totale

Strate #	>= Limite inférieure	< Limite supérieure	# Enregs.	%	TOTAL_SOMME	%
1	-26 774	0	94	0,25	-72 874	0,08
2	0	100	8 315	21,91	384 536	0,43
3	100	500	12 071	31,81	3 160 559	3,54
4	500	1 000	5 998	15,80	4 298 148	4,81
5	1 000	5 000	7 987	21,05	17 555 435	19,64
6	5 000	10 000	1 923	5,07	13 324 319	14,91
7	10 000	30 000	1 116	2,94	18 277 074	20,45
8	30 000	50 000	203	0,53	7 804 530	8,73
9	50 000	100 000	170	0,45	11 785 051	13,18
10	100 000	300 000	67	0,18	9 967 004	11,15
11	300 000	400 000	4	0,01	1 305 047	1,46
	Limite inférieure - exceptions :		0	0,00	0	0,00
	Limite supérieure - exceptions :		3	0,01	1 451 096	1,62
Totaux :			37 951	100,00	89 239 925	100,00

Source : *Erasmus calculs mission*

Cette concentration de la dépense est la conséquence du poids de la dépense hospitalière.

¹ La strate 1 contient les bénéficiaires de l'AME pour lesquels les régularisations ont excédé les consommations.

3. LA DEPENSE HOSPITALIERE

3.1. *Un poids essentiel de la dépense hospitalière de surcroît concentrée sur quelques personnes ; moins de 1 % des bénéficiaires représentent la moitié de la dépense hospitalière*

La dépense hospitalière représente un poids particulier dans la dépense totale. Sur le champ étudié, la dépense hospitalière a constitué 64 % de la dépense AME. L'hôpital public, hospitalisation complète et maternité, représente à lui seul plus de 61 % de la dépense totale.

Les trois quarts des bénéficiaires de l'AME à Bobigny n'ont eu aucune consommation hospitalière. La moitié de la dépense hospitalière AME à Bobigny est le fait de 1 % des bénéficiaires (390) de l'AME.

Tableau 3 : Concentration de la dépense hospitalière

Strate #	>= Limite inférieure	< Limite supérieure	# Enregs.	%	TOTA_H_HOSPI	%
1	-26 975	0	30	0,08	-76 844	0,13
2	0	1	28 119	74,09	0	0,00
3	1	1 000	5 004	13,19	953 186	1,67
4	1 000	10 000	3 621	9,54	14 485 770	25,41
5	10 000	20 000	587	1,55	8 166 753	14,32
6	20 000	30 000	200	0,53	4 869 086	8,54
7	30 000	36 000	72	0,19	2 371 257	4,16
	Limite inférieure - exceptions :		0	0,00	0	0,00
	Limite supérieure - exceptions :		318	0,84	26 096 186	45,77
		Totaux :	37 951	100,00	56 865 394	100,00

Source : *Erasmus calculs mission*

3.2. *Ventilation de la dépense hospitalière*

L'hospitalisation publique constitue 96 % de la dépense (92 M€€) d'hospitalisation, l'hospitalisation privée 4 % (3,7 M€).

L'essentiel de la dépense est concentré sur l'hospitalisation complète. L'hospitalisation en maternité concerne 4 % des 50 150 personnes ayant des droits ouverts à l'AME et la moitié des hospitalisations complètes. Le coût moyen des hospitalisations en maternité est la moitié de celui des hospitalisations complètes ce qui fait que la dépense d'hospitalisation pour maternité est égale à ¼ de la dépense d'hospitalisation complète. Ces proportions sont quasiment identiques entre Paris et Bobigny.

Les dialyses n'ont concerné que 17 personnes en 2009 à Bobigny.

4. LA DEPENSE DE SOINS DE VILLE

4.1. 81 % des bénéficiaires de l'AME ont consommé moins de 1000 € de dépenses de ville

81 % des bénéficiaires consommants des soins de ville ont eu une consommation annuelle inférieure à 1 000 €, 28 % des bénéficiaires ont eu une consommation annuelle inférieure à 100 € et 13 % (5013) ont eu une consommation inférieure à 30 €. La proportion de très faibles consommants de soins de ville est ainsi sensiblement supérieure à ce qu'elle est à Paris. Parmi ces très faibles consommants de soins de ville, 60 % (2986) n'ont pas eu d'autre consommation. Ainsi un « droit de timbre » de 30 € serait supérieur à leur consommation totale. 15 % ont eu une consommation totale inférieure à 100 € constituée de soins externes.

Près de la moitié (47 %) de la dépense en soins de ville est concentrée entre 1 000 et 5 000 € et concerne 18 % des bénéficiaires de l'AME à Bobigny (6 589).

Tableau 4 : Stratification de la dépense de ville en 2009

Strate #	>= Limite inférieure	< Limite supérieure	# Enregs.	%	TOTAL_VILLE_SOMME	%
1	-1 612	0	25	0,07	-3 534	0,01
2	0	30	5 013	13,21	56 697	0,23
3	30	100	5 492	14,47	338 373	1,37
4	100	1 000	20 432	53,84	8 659 049	35,14
5	1 000	5 000	6 589	17,36	11 713 377	47,53
6	5 000	15 000	347	0,91	2 749 556	11,16
7	15 000	25 000	45	0,12	849 978	3,45
	Limite inférieure - exceptions :		0	0,00	0	0,00
	Limite supérieure - exceptions :		8	0,02	272 062	1,10
Totaux :			37 951	100,00	24 635 558	100,00

Source : Erasmé calculs mission

4.2. Ventilation des soins de ville

La pharmacie et les produits de la liste des produits et prestations constituent avec 11,7 M€ près de la moitié de la dépense de soins de ville (48 %) suivis des actes médicaux (7,2 M€) et de la biologie (2,7 M€). Les dépenses de dentisterie ne sont pas exceptionnelles. Près de 19 % des ayants droits de l'AME (9 779 sur 50 150) ont eu des soins dentaires pour un montant moyen de 166 €. Les soins dentaires sont proportionnellement un peu moins consommés qu'à Paris.

Tableau 5 : Consommation 2009 par personne en soins de ville Paris

	Actes médicaux ville	dentaire ville	auxiliaires med ville	pharmacie et lpp ville	bio ville	transports ville
nombre d'ayants droits	58 647	16 906	10 262	62 436	29 571	1 826
montant total	11 441 500	2 883 112	1 474 562	21 504 428	4 306 194	675 241
moyenne	195	171	144	344	146	370
maxi	7 384	4 247	33 185	50 952	2 789	26 417
Moyenne population générale consommante 2008 (source CNAMTS point repère n°25)	305		359	367	104	588

Source : *Erasme Paris calculs mission*

Tableau 6 : Consommation 2009 par personne en soins de ville Bobigny

	Actes médicaux ville	dentaire ville	auxiliaires med ville	pharmacie et lpp ville	bio ville	transports ville
nombre d'ayants droits	29 736	8 747	6 023	30 930	17 445	1 379
montant total	7 159 177	1 621 674	860 117	11 723 911	2 658 426	614 616
moyenne	241	185	143	379	152	446
maxi	10 237	4 260	9 223	41 699	2 274	41 144
Moyenne population générale consommante 2008 (source CNAMTS point repère n°25)	305		359	367	104	588

Source : *Erasme Bobigny calculs mission*

Le rapprochement des consommations de soins de ville pour les bénéficiaires de l'AME relevant de la CPAM de Paris d'une part (tableau 5) et de la CPAM de Bobigny d'autre part montre un surcoût moyen sensible pour la CPAM de Bobigny par rapport à Paris. L'écart est tout particulièrement sensible pour les actes médicaux dont la consommation moyenne est 24 % plus élevée pour les ressortissants de la CPAM de Bobigny. Le coût moyen pour les transports est aussi de 20 % plus élevé à Bobigny qu'à Paris. Enfin, la dépense maximale en matière de transports à Bobigny (41 144 €) apparaît tout particulièrement élevée.

5. DETAIL PAR TRIMESTRE

La mission a regroupé par trimestre les grandes catégories de consommation de l'AME pour comparer les consommations d'une année sur l'autre. Les travaux ont été réalisés en mois de mandatement.

Le tableau ci-dessous présente ces regroupements pour les sept trimestres qui ont pu être rapprochés.

Tableau 7 : Dépenses AME trimestrielles de la CPAM de Bobigny

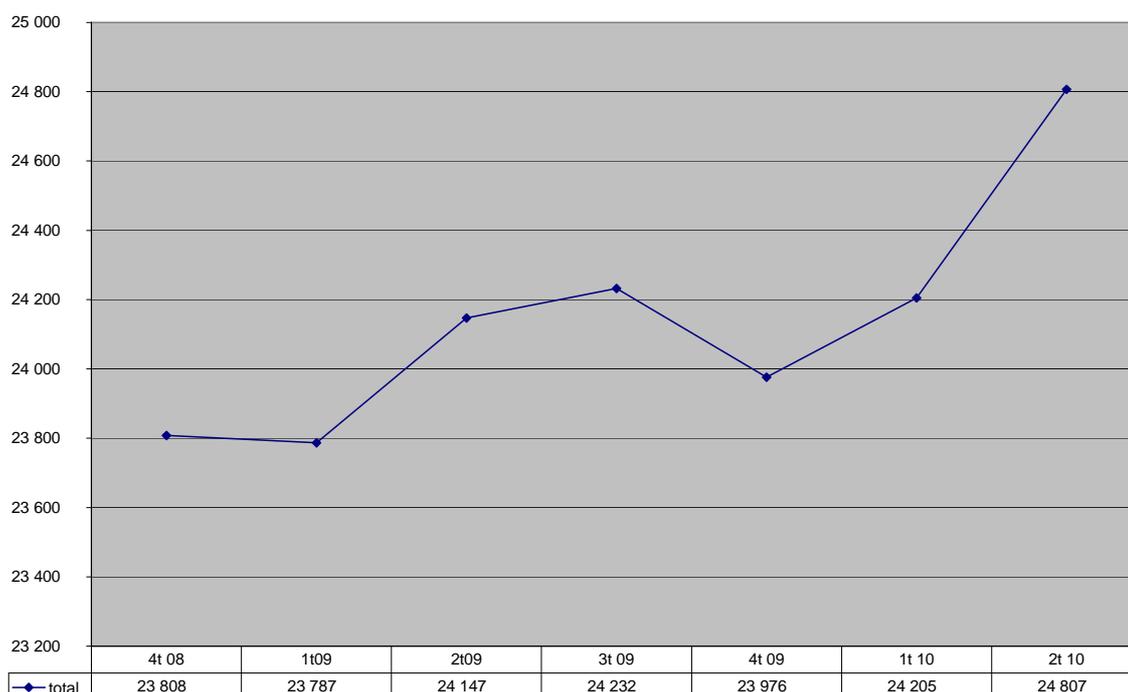
date		total hors régularisations	dont total ville	dont Hospitalisation Complète Public
4t 08	nombre de bénéficiaires	23 808	22 091	1 146
	montant total	22 416 740	5 382 905	9 543 781
	moyenne	942	244	8 328
	maxi	231 790	17 364	231 461
	ecart type	5 023	428	4 298
1t09	nombre de bénéficiaires	23 787	22 920	875
	montant total	19 031 812	5 916 742	8 679 737
	moyenne	800	258	9 920
	maxi	421 747	15 086	421 222
	ecart type	5 225	470	4 911
2t09	nombre de bénéficiaires	24 147	22 821	1 254
	montant total	23 921 046	6 142 093	11 294 770
	moyenne	991	269	9 007
	maxi	225 120	18 889	224 444
	ecart type	4 975	489	4 481
3t 09	nombre de bénéficiaires	24 232	23 084	1 172
	montant total	23 485 713	6 283 927	11 565 797
	moyenne	969	272	9 868
	maxi	278 075	27 071	236 717
	ecart type	5 219	508	4 716
4t 09	nombre de bénéficiaires	23 976	22 774	1 142
	montant total	22 842 620	6 292 796	11 061 655
	moyenne	953	276	9 686
	maxi	165 039	19 724	164 942
	ecart type	4 935	534	4 548
1t 10	nombre de bénéficiaires	24 205	23 512	1 034
	montant total	21 874 187	6 672 320	10 497 301
	moyenne	904	284	10 152
	maxi	283 968	15 164	283 718
	ecart type	5 334	549	5 041
2t 10	nombre de bénéficiaires	24 807	23 888	1 141
	montant total	22 862 138	6 759 726	10 004 208
	moyenne	922	283	8 768
	maxi	161 692	17 206	161 962
	ecart type	4 493	513	4 060

Source : Fichiers de la liquidation ERASME

5.1. Une augmentation heurtée des bénéficiaires consommateurs

Contrairement à ce que l'on observe à la CPAM de Paris, la courbe de l'augmentation du nombre de bénéficiaires de l'AME à Bobigny présente un profil heurté. Au deuxième trimestre 2010, alors que la CPAM de Paris enregistre une baisse de ses effectifs consommateurs de 626 bénéficiaires, la CPAM de Bobigny enregistre au contraire une augmentation de 602 bénéficiaires.

Graphique 1 : Bénéficiaires consommants de la CPAM de Bobigny



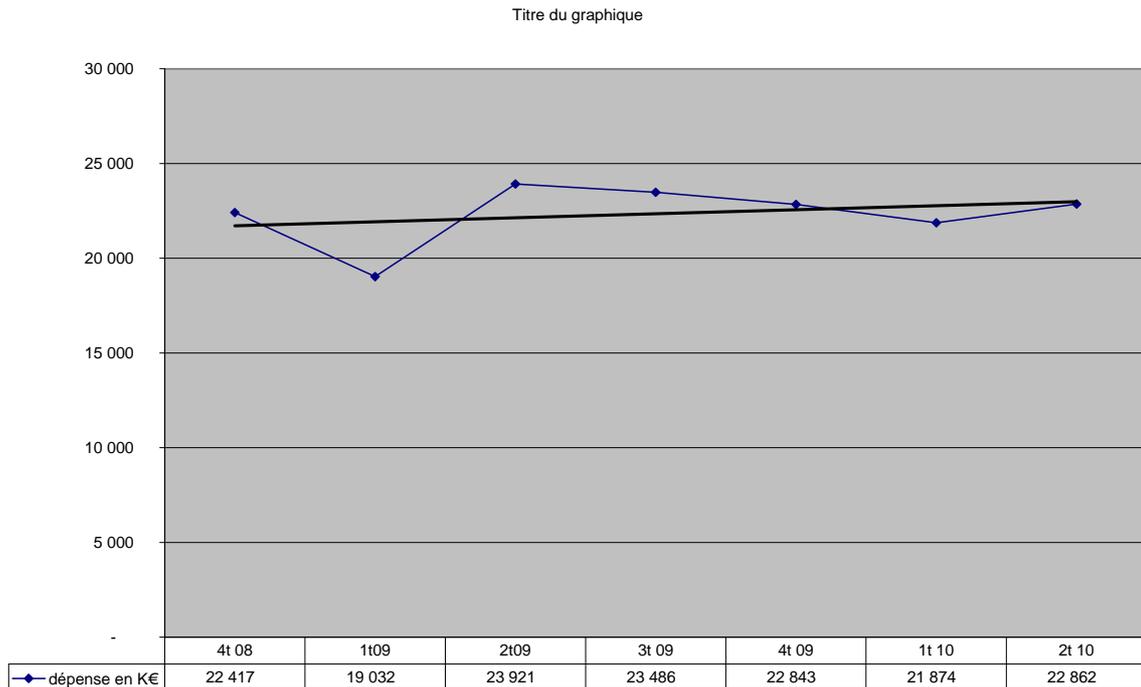
Source : Mission

Toutefois le rattachement des bénéficiaires à une CPAM plutôt qu'à une autre s'effectuant selon la domiciliation de la personne au moment où sa demande d'accès à l'AME est constituée, il existe en région parisienne une grande porosité entre les départements, d'autant que certaines associations des nombres significatifs de bénéficiaires (3 000 personnes par Médecins du monde en Seine Saint Denis). La mission n'a pas vérifié si l'augmentation constatée en Seine Saint-Denis provenait d'un transfert au sein d'une association ou avait d'autres fondements.

5.2. Les dépenses trimestrielles de la CPAM de Bobigny présentent un profil plus heurté que celles de la CPAM de Paris

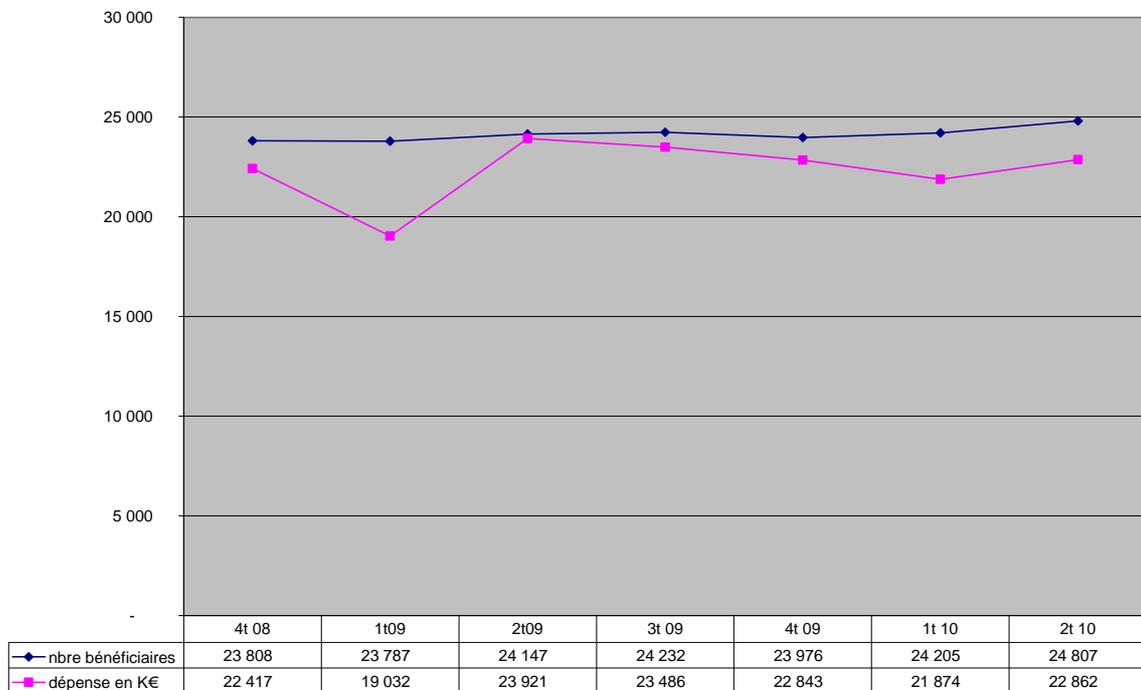
La dépense trimestrielle minimale est atteinte au 1^{er} trimestre 2009, le maximum le trimestre suivant. Entre les deux la différence est de près de 5 M€ soit un écart de 20 %. L'essentiel de la variation résulte de la variation des effectifs bénéficiant de soins hospitaliers et reflète probablement les variations du rythme de facturation des hôpitaux les observations étant réalisées en mois de mandatement.

Graphique 2 : Dépenses AME de la CPAM de Bobigny



Source : Mission

Graphique 3 : Evolution du nombre de bénéficiaires et de la dépense



Source : Mission

Les comparaisons entre les trimestres de l'année n et de l'année n+1 sont beaucoup plus équivoques que pour la CPAM de Paris.

Le 4^{ème} trimestre 2009, enregistre un nombre de bénéficiaires total (23 976) quasiment identique à celui du 4^{ème} trimestre 2008 (23 808) et une augmentation de la dépense de 1,9 % (de 22 416 740 € à 22 842 620 €). Le premier trimestre 2010 augmente de 1,75 % en effectifs et de 13 % en valeur par rapport au 1^{er} trimestre 2009. Cette forte augmentation en valeur s'explique essentiellement par une dépense moyenne du 1^{er} trimestre 2009 sensiblement inférieure à celle des autres trimestres. L'augmentation du nombre de bénéficiaires entre le 2^{ème} trimestre 2009 et le 2^{ème} trimestre 2010 est plus sensible, +2,73 % mais les dépenses en revanche baissent de 4 %.

5.3. Une grande sensibilité des constats à la dépense d'hospitalisation

L'évolution du coût moyen de l'AME traduit sa sensibilité au nombre de bénéficiaires hospitalisés et à leur dépense. Au 4^{ème} trimestre 2008, les bénéficiaires d'une hospitalisation complète publique représentaient 4,8 % du total des bénéficiaires ; ils n'en représentaient plus que 3,6 % au 1^{er} trimestre 2009. Même si le coût moyen des hospitalisations augmentait sensiblement (+19 %) entre les deux trimestres l'effet volume l'emportait sur l'effet prix dans la dépense totale puisque la dépense totale baissait.

Le tableau ci-dessous présente l'évolution entre le 4^{ème} trimestre 2008 et le 4^{ème} trimestre 2009 des remboursements de plus de 97 % des dépenses hospitalières remboursées

Tableau 8 : Evolution des remboursements des principales prestations entre le 4^{ème} trimestre 2008 et le 4^{ème} trimestre 2009

Nature des actes	Montant remboursé		libellé de la prestation
	4ème trimestre 2008	4ème trimestre 2009	
PJ	10 574 778,02	11 527 204	prix de journée
PJC	2 048 141,63	1 965 683	Ticket modérateur d'AME complémentaire
AMF	83 990,68	43 845	forfait public d'IVG médicamenteuse
SNS	76 351,71	100 220	forfait séance de soins
PHH		70 607	pharmacie hospitalière
FJC	54 638,44	56 206	forfait journalier pris en charge par un Organisme Complémentaire
APD	38 082,99		INTERVENTION+ANESTHESIE,24>DUREE>12
AMD	34 189,84	55 162	INTERVENTION+ANESTHESIE DUREE<OU=12
Total	12 910 173,31	13 818 926,32	

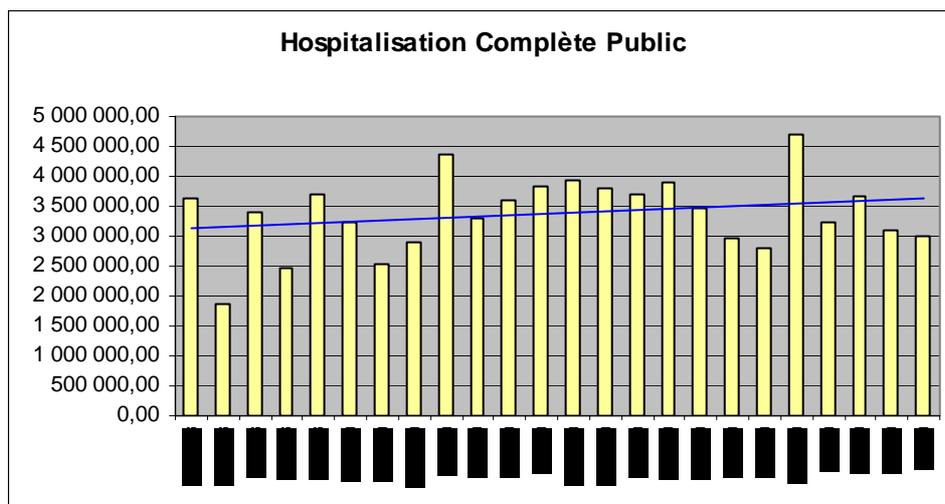
Source : CPAM Bobigny

Les montants remboursés au titre des prix de journée AME et prix de journée AME complémentaire (PJC) représentent la quasi-totalité de la dépense (98 %). La dépense totale et la dépense des prix de journée liquidées au 4^{ème} trimestre 2009 est supérieure de 7 % à celle liquidée au 4^{ème} trimestre 2008.

5.4. Approche mensuelle

Une approche mensuelle de la dépense hospitalière confirme la forte saisonnalité de cette dépense avec des montants faibles pour les deux premiers mois de l'année et un rattrapage au mois de mars.

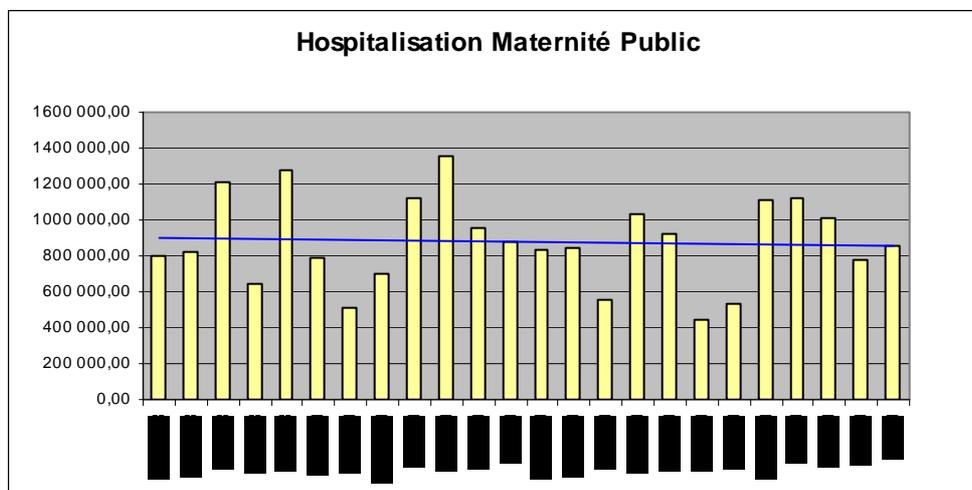
Graphique 4 : Evolution mensuelle des dépenses d'hospitalisation complètes



Source : CPAM Bobigny

L'hospitalisation en maternité publique est stable, voire en légère décroissance :

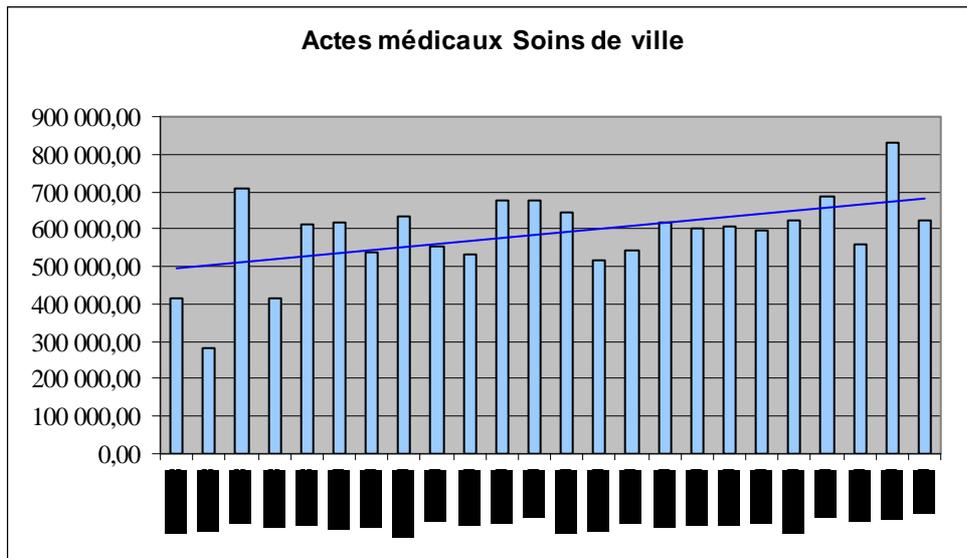
Graphique 5 : Evolution mensuelle des dépenses de maternité publique



Source : CPAM Bobigny

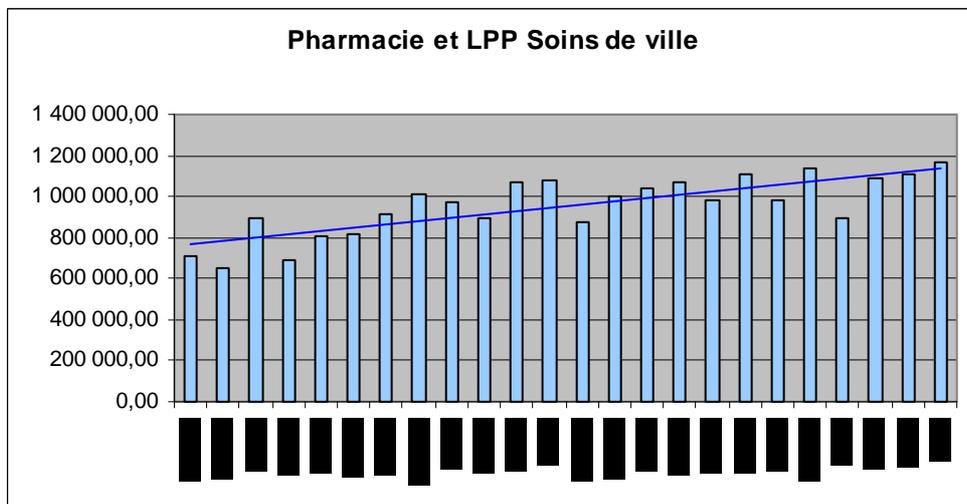
Toutes les composantes de la dépense de ville montrent une tendance à l'augmentation

Graphique 6 : Evolution des remboursements d'actes médicaux et soins de ville



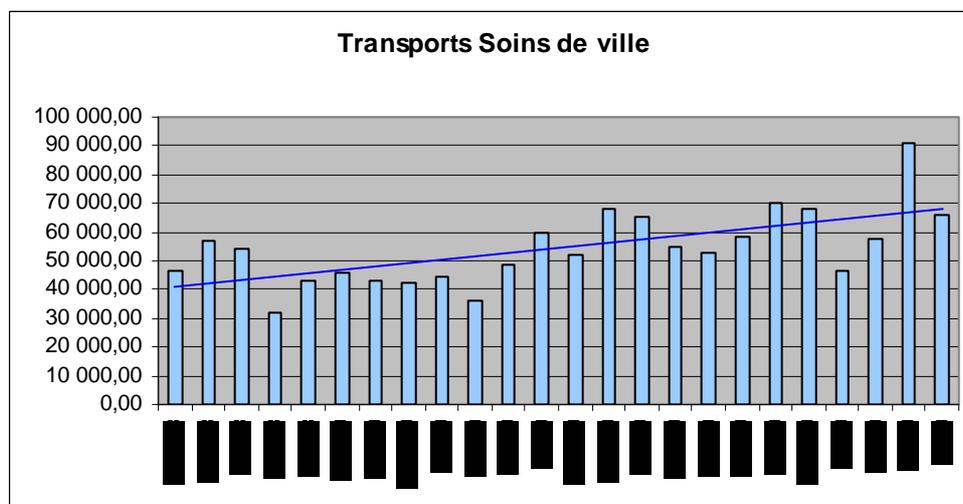
Source : CPAM Bobigny

Graphique 7 : Evolution des remboursements de pharmacie et produits de la LPP



Source : CPAM Bobigny

Graphique 8 : Evolution des remboursements de transports



Source : CPAM Bobigny

6. LES FRAUDES ET ABUS.

La mission a été l'occasion de contrôler quelques consommations hors normes et d'examiner les fraudes et abus.

6.1. Les consommations hors normes

Au 4^{ème} trimestre les 10 plus importants consommateurs en pharmacie de ville et produits de la LPP ont eu les consommations suivantes :

Tableau 9 : Les 10 plus gros consommateurs pharmacie et transports au 4^{ème} trimestre 2008 (en €)

	Somme des remboursements 4 ^{ème} trimestre 2008	
	Pharmacie et LPP	Transports
	11 393	14 712
	10 346	6 943
	8 774	5 560
	8 589	5 418
	7 667	4 992
	7 301	4 633
	6 758	4 498
	6 508	2 444
	6 382	2 410
	6 304	1 756
Total	80 021,80	53 365,54

Source : CPAM Bobigny

Le total des dépenses des 10 plus gros consommateurs pharmacie LPP dépasse donc légèrement 80 K€ pour la pharmacie et 53 K€ pour les transports. Aucun gros consommant ne se retrouve à la fois dans les deux catégories. Les contrôles menés n'ont pas fait apparaître de fraudes en matière de médicaments mais des traitements pour des pathologies lourdes et coûteuses. S'agissant des transports quelques anomalies et surfacturations ont été identifiées ; elles tenaient aux transporteurs et non aux malades, dont plusieurs sous dialyse.

D'autre part la CPAM de Bobigny suit en routine les « mega consommateurs » et les traitements de substitution aux opiacés (TSO). La mission a fait isoler les décisions prises au titre de l'article L 315-2² concernant les bénéficiaires de l'AME.

Tableau 10 : AME et consommations excessives de 2008 au 1^{er} novembre 2010

	nombre de suspensions art L 315-2	nombre d'AME	taux d'AME
TSO	257	33	12,84%
Méga-consomphants	116	2	1,72%

Source : CPAM Bobigny

Le nombre (deux) et surtout la proportion de bénéficiaires de l'AME (1,72 %) impliqués parmi les méga consommateurs sur une période de près de trois ans montre qu'il ne s'agit là que d'un phénomène marginal.

La proportion d'AME dans les mises en cause pour les traitements de substitution aux opiacés est plus significative en raison d'une fraude importante.

6.2. Les fraudes

Ces fraudes aux traitements de substitution aux opiacés qui mettaient en cause des bénéficiaires de l'AME en possession de plusieurs attestations d'AME et des ordonnances pour du « Subutex » délivrées par quelques médecins parisiens ont donné lieu à plusieurs plaintes de la CPAM de Bobigny à la suite de signalements par des pharmaciens. La première plainte remonte à juin 2009 et mettait en cause 28 bénéficiaires de l'AME. Malgré cette plainte des trafics ont persisté. Compte tenu des développements de cette affaire, la CPAM de Bobigny suspecte maintenant de trafic de « Subutex » un total de 76 bénéficiaires de l'AME. Le préjudice économique est évalué à 106 071 € soit 0,12 % de la dépense AME de la CPAM de Bobigny. Mais au-delà de l'aspect financier, cette fraude pose des questions en matière de santé publique.

² Art L 315-2 du css 5^{ème} alinéa « Si, indépendamment des dispositions des deuxième à cinquième alinéas, le service du contrôle médical estime qu'une prestation mentionnée à l'article L. 321-1 n'est pas médicalement justifiée, la caisse, après en avoir informé l'assuré ou le bénéficiaire de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles, en suspend le service. »

Annexe 13 : CGSS Guyane

Sur les 17 125 bénéficiaires au 1^{er} trimestre 2010, 12 389 étaient déjà enregistrés à la CGSS au 1^{er} trimestre 2010, et 4 736 ne l'étaient pas.

Parmi les consommateurs de soins hospitaliers 3109 étaient présents au 1^{er} trimestre 2009, 1347 ne l'étaient pas. 560 en hospitalisation complète contre 332 nouveaux entrants, 358 en maternité contre 367 nouveaux entrants. Il existe donc un fort taux de non consommateurs 6 mois auparavant.

En matière de soins de ville 12 017 étaient présents au 1^{er} semestre 2009, 4 435 n'étaient pas présents.

Le tableau ci-dessous retrace les évolutions des bénéficiaires et des dépenses de la CGSS de Guyane en matière d'AME. Le 2^{ème} trimestre a été inclus pour ne pas rompre la série mais est inexact ; les données relatives au mois de mai 2010 transmises à la mission n'étaient pas exploitables. La mission a d'ailleurs rencontré des difficultés importantes en matière de remontée des informations de la CGSS et considère qu'elles doivent être considérées avec prudence.

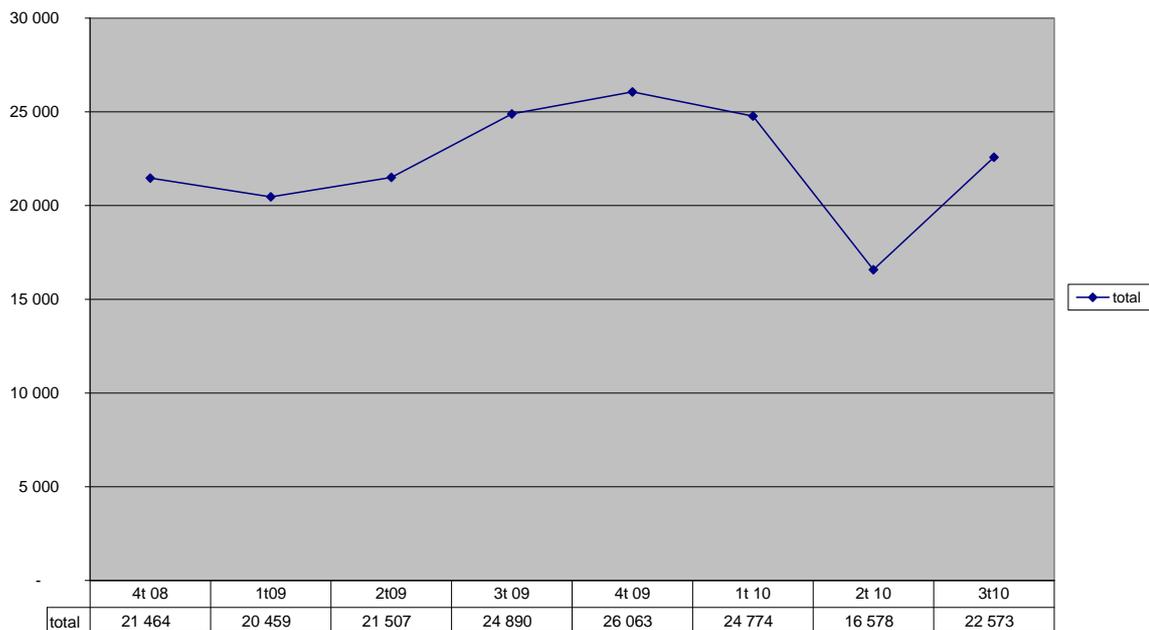
Une note d'analyse de l'augmentation de la dépense rédigée par l'agence comptable de la cgss est jointe en fin de document.

Tableau 1 : Dépenses AME trimestrielle de la CGSS de Guyane

date		total	dont dépenses de ville	dont Hospitalisation Complète Public
4t 08	nombre de bénéficiaires	21 464	20 249	465
	montant total	6 380 709	2 678 711	2 205 915
	moyenne	297	132	4 744
	maxi	84 437	13 384	84 437
	ecart type	1 606	348	1 341
1t09	nombre de bénéficiaires	20 459	19 311	517
	montant total	7 460 715	2 365 000	2 398 579
	moyenne	365	122	4 639
	maxi	136 955	15 441	136 955
	ecart type	2 112	334	1 711
2t09	nombre de bénéficiaires	21 507	21 062	336
	montant total	6 054 207	2 628 743	1 586 491
	moyenne	281	125	4 722
	maxi	121 430	17 674	121 139
	ecart type	2 062	327	1 464
3t 09	nombre de bénéficiaires	24 890	23 675	461
	montant total	8 736 804	3 091 538	3 242 462
	moyenne	351	131	7 034
	maxi	148 146	16 606	148 146
	ecart type	2 549	348	2 219
4t 09	nombre de bénéficiaires	26 063	24 197	692
	montant total	10 303 494	3 144 131	4 462 526
	moyenne	395	130	6 449
	maxi	191 091	12 854	190 158
	ecart type	2 546	334	2 323
1t 10	nombre de bénéficiaires	24 774	23 754	437
	montant total	8 308 108	3 313 254	3 141 410
	moyenne	335	139	7 189
	maxi	85 490	12 217	85 426
	ecart type	1 776	345	1 588
2t 10	nombre de bénéficiaires	16 578	15 253	782
	montant total	9 897 673	2 139 905	5 426 019
	moyenne	597	140	6 939
	maxi	175 039	13 994	174 136
	ecart type	2 634	371	2 921
3t 10	nombre de bénéficiaires	22 573	21 493	440
	montant total	9 558 097	2 947 126	4 851 233
	moyenne	423	137	11 026
	maxi	346 010	12 940	345 132
	ecart type	4 080	331	3 925

Source : ERASME traitement mission

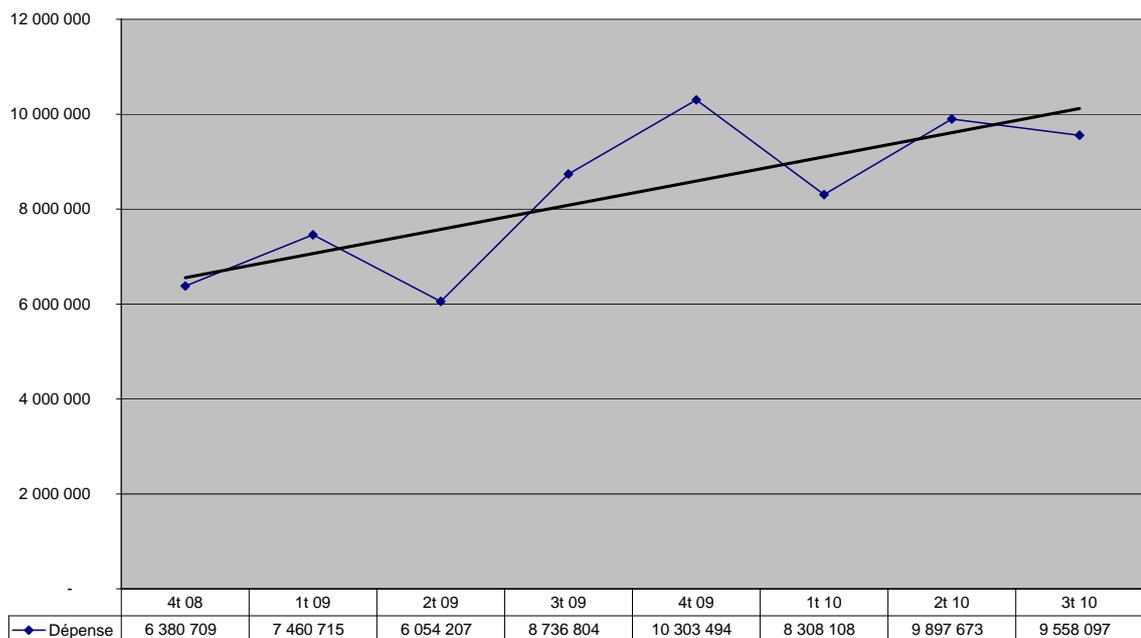
total bénéficiaires consommateurs CGSS Guyane



1.1. Les dépenses trimestrielles de CGSS croissent régulièrement

L'augmentation quasi continue du nombre de bénéficiaires s'accompagne d'une augmentation de la dépense dans des proportions équivalentes la dépense moyenne apparaissant particulièrement stable autour de 900 € par trimestre. Ni la dépense de ville ni l'hospitalisation complète « n'explorent ».

Titre du graphique



**AUGMENTATION DES DEPENSES RELATIVES AUX BENEFICIAIRES DE L'AIDE
MEDICALE D'ETAT
1^{er} semestre 2010
DEPARTEMENT DE LA GUYANE
Analyse des résultats des requêtes ERASME régional de la CPAM de Bobigny**

☉ Source Agence Comptable de la CGSS Guyane :

Dépenses relatives aux bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat
Source : Agence Comptable de la CGSS Guyane - COPERNIC

	MONTANT 1S2009	MONTANT 1S2010	Evol en %	Structure au 1S2010 en %
Honoraires généralistes et spécialistes	1 249 888	1 665 591	33%	9%
Honoraires dentaires	55 017	81 414	48%	0%
Honoraires auxiliaires médicaux	576 750	782 327	36%	4%
Médicaments + LPP	1 897 310	2 406 524	27%	13%
Biologie	682 379	808 834	19%	4%
Transport des malades	624 112	617 990	-1%	3%
Autres soins de ville	290 078	345 452	19%	2%
TOTAL DEPENSES SOINS DE VILLE	5 375 535	6 708 132	25%	35%
Etablissements privés	614 918	706 550	15%	4%
Etabts médico-sociaux	0	21 052	-	
Etabt publics : autres frais d'hospit	7 408 733	11 460 362	55%	60%
Honoraires publics	101 835	258 003	153%	1%
Etabt publics : forfaits journaliers	41 021	74 309	81%	0%
IVG	11 090	0	-	
TOTAL DEPENSES ETABLISSEMENTS	8 177 597	12 520 276	53%	65%
TOTAL AUTRES	54	0	-	
TOTAL GENERAL	13 553 186	19 228 408	42%	100%

Le poste de dépense dont la part est la plus importante, frais d'hospitalisation publique (60% des dépenses au 1^{er} semestre 2010), augmente fortement de +55%.

📍 Résultat des requêtes de la CPAM de Bobigny :

BENEFICIAIRES DE L'AME
CGSS Guyane

Requête CPAM Bobigny - demande IGAS
Source ERASME Régional

	Dépenses remboursées au cours du 1er semestre 2009	Dépenses remboursées au cours du 1er semestre 2010	Tx d'évol PCAP en %	Structure en 2009	Structure en 2010
Hospitalisation Complète Public	3 985 097	8 537 137	114%	29%	44%
soins externes Public	158 658	284 347	79%	1%	1%
Hospitalisation maternité Public	3 352 211	3 037 302	-9%	25%	16%
Hospitalisation dialyse Public	87 944	255 142	190%	1%	1%
Hospitalisation autres Public	393	33 666	8456%	0%	0%
Total Hospitalisation Public	7 584 302	12 147 594	60%	56%	63%
Hospitalisation Privé complète	433 532	158 028	-64%	3%	1%
soins externes Privé	343 095	401 813	17%	3%	2%
Hospitalisation maternité Privé	-	-	-	0%	0%
Hospitalisation dialyse Privé	138 942	108 256	-22%	1%	1%
autres Hospitalisation Privé	21 215	24 853	17%	0%	0%
Total Hospitalisation Privé	936 785	692 950	-26%	7%	4%
Actes médicaux ville	1 114 711	1 513 068	36%	8%	8%
dentaire ville	55 000	81 153	48%	0%	0%
auxiliaires med ville	629 004	855 068	36%	5%	4%
pharmacie et lpp ville	2 113 599	2 708 508	28%	16%	14%
bio ville	648 240	770 390	19%	5%	4%
transports ville	280 648	395 798	41%	2%	2%
Evacuations sanitaires	156 066	112 001	-28%	1%	1%
Total Soins de Ville	4 997 268	6 435 985	29%	37%	33%
divers	771	274	-64%	0%	0%
TOTAL	13 519 126	19 276 804	43%	100%	100%
Agence Comptable	13 553 186	19 228 408	42%		
Ecart	34 060	- 48 396			

Quatre postes de dépenses font l'objet d'une analyse détaillée :

- Hospitalisation complète Public
- Hospitalisation dialyse Public
- Actes médicaux en ville
- Pharmacie et LPP en ville

📍 Hospitalisation complète Public :

Ce poste de dépense constitue 44% de l'ensemble des dépenses au 1^{er} semestre 2010 contre 29% au 1^{er} semestre 2009 ; il est en augmentation de +114% sur le 1^{er} semestre 2010 par rapport au 1^{er} semestre 2009.

Le détail par établissement est le suivant :

**BENEFICIAIRES DE L'AME
CGSS Guyane**

**Requête CPAM Bobigny - demande IGAS
Source ERASME Régional**

Hospitalisation Complète Public

		1s2009	1s2010	Tx d'évol en %
97030002	CH ANDREE ROSEMON (CHAR)	2 349 183	2 723 373	16%
97030008	CH FRANCK JOLY (CHFJ)	303 523	2 340 869	671%
97030026	CMCK PIERRE BOURSQUOT	675 171	2 304 945	241%
	Etabts hospitaliers Guadeloupe	16 143	-	-
	Etabts hospitaliers Martinique	19 315	448 923	2224%
	Etabts hospitaliers Métropole	621 763	719 028	16%
Ensemble		3 985 097	8 537 137	114%

Le CHOG de St-Laurent du Maroni présente une augmentation des dépenses de +671% et le CMCK de Kourou une augmentation de +241%.

L'accroissement des dépenses du CHAR correspond à peu près à celui de la population des bénéficiaires (+12% entre mars 2009 et mars 2010 – milieux de semestre). Et les dépenses des établissements de Martinique peuvent dépendre d'un petit nombre d'évacuations sanitaires supplémentaires.

Détail par année de soins :

Pour le CHOG, aucun soin de 2009 n'a été payé en 2009 ; en revanche, au 1^{er} semestre 2010, des soins de l'ensemble de l'année 2009 ont été payés.

Pour le CMCK, au cours du 1^{er} semestre 2010 ont été payés des soins anciens, de 2007 à 2009.

**BENEFICIAIRES DE L'AME
CGSS Guyane**

**BENEFICIAIRES DE L'AME
CGSS Guyane**

**Requête CPAM Bobigny - demande IGAS
Source ERASME Régional**

**Requête CPAM Bobigny - demande IGAS
Source ERASME Régional**

Hospitalisation Complète Public

Hospitalisation Complète Public

Etablissement		Année de soins	Montants payés au 1er semestre 2009		Année de soins	Montants payés au 1er semestre 2010
CHAR Cayenne	97030002	2007	16 929		2008	569 798
		2008	1 265 142		2009	657 445
		2009	1 067 112		2010	1 496 130
		Total 97030002	2 349 183		2 723 373	
CHOG St Laurent	97030008	2005	950		2008	441 427
		2006	9 511		2009	1 078 302
		2008	287 646		2010	821 139
		Total 97030008	298 107		2 340 869	
CMCK Kourou	97030026	2007	15 687		2007	806 056
		2008	659 484		2008	638 783
		2009	675 171	2009	270 954	
		Total 97030026	675 171	2010	589 152	
			2 304 945			

 **Hospitalisation dialyse Public :**

Au 1^{er} semestre 2009, les personnes dialysées sont au nombre de 10 contre 11 au 1^{er} semestre 2010. Le montant moyen par patient passe de 8.794€ au 1^{er} semestre 2009 à 23.195€ au 1^{er} semestre 2010.

Actes médicaux, Pharmacie et LPP en ville :

BENEFICIAIRES DE L'AME
CGSS Guyane

Requête CPAM Bobigny - demande IGAS
Source ERASME Régional

	Actes médicaux ville	pharmacie et lpp ville
1er semestre 2009		
Montant total	1 114 737	2 113 599
Nb de patients	11 023	13 030
Mnt moyen	101	162
1er semestre 2010		
Montant total	1 513 068	2 708 508
Nb de patients	13 069	14 396
Mnt moyen	116	188
Tx d'évol PCAP		
Montant total	35,7%	28,1%
Nb de patients	18,6%	10,5%
Mnt moyen	14,5%	16,0%

Les augmentations importantes de ces postes de dépenses résultent à la fois d'une augmentation du nombre de patients, un peu supérieure à l'accroissement du nombre des bénéficiaires de l'AME pour les actes mais de même tendance pour la pharmacie et LPP, et à la fois de l'augmentation du montant moyen par patient (respectivement +15% et +16%).