

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :
07/07/95

Origine :
DGR

Réf. :
DGR n° 69/95

Plan de classement :

259	251	256	65		
-----	-----	-----	----	--	--

Objet :
AIDE MEDICALE

Pièces jointes :

0	3
---	---

Liens :

Com.circ	DGR	2/93
Com.circ	DGR	53/93
Com.circ	DGR	63/93
Com.circ	DGR	4/94
Com.circ	DGR	37/95

MMES et MM les Directeurs

. des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
. des Caisses Générales de Sécurité Sociale
(pour attribution)

MMES et MM les Directeurs

. des Caisses Régionales de Sécurité Sociale
(pour information)

MMES et MM les Agents Comptables

. des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
. des Caisses Générales de Sécurité Sociale
. des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
(pour information)

Date d'effet :

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

DGR/REGL - D.JAFFLIN - DDCGR - L.SMADJA

Téléphone :

42.79.32.06 - 42.79.31.69

@

Direction de la Gestion du Risque

07/07/95

Origine :
DGR

MMES et MM les Directeurs
. des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
. des Caisses Générales de Sécurité Sociale
(pour Attribution)

MMES et MM les Directeurs
. des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
(pour information)

MMES et MM les Agents Comptables
. des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
. des Caisses Générales de Sécurité Sociale
. des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
(pour information)

N/Réf. : DGR n° 69/95

Objet : Aide Médicale

Vous avez eu transmission de la circulaire ministérielle du 21 mars 1995 (*Circ.DGR n° 37/95 du 2/05/95*) qui, dans le cadre de l'accès aux soins des personnes les plus démunies, insistait sur une application rigoureuse des dispositions relatives à l'aide médicale (AM).

La présente circulaire a pour objet :

de rappeler les caractéristiques générales de l'aide médicale telle que réformée par la Loi du 29/07/92,

de souligner la nécessité d'une exacte application de la loi,

de présenter le bilan de la situation conventionnelle au 31 janvier 1995,

de faire part à l'ensemble des Caisses du travail du groupe national constitué en février 1994,

de proposer un schéma organisationnel susceptible de simplifier les procédures et démarches et de faciliter leur aboutissement.

1. RAPPEL DES CARACTERISTIQUES DU NOUVEAU DISPOSITIF D'AIDE MEDICALE (Textes et Circulaires : cf. annexe I)

Deux types d'aide médicale sont à distinguer :

L'aide médicale départementale (AMD) dont la décision relève de la compétence du Conseil Général et qui concerne les personnes résidant dans le département,

L'aide médicale Etat (AME) dont la décision relève du Préfet et qui concerne les personnes sans résidence stable.

Dans l'un et l'autre cas, deux types d'admission peuvent être prononcés :

L'aide médicale de plein droit (article 187.2 du CFAS)

Elle est prononcée en faveur des titulaires du RMI ou de l'allocation de veuvage et des personnes dont les conditions de ressources définies au barème départemental d'aide médicale sont remplies.

Dans ces cas, l'admission est annuelle, familiale (au sens des ayants droit définis par la législation d'assurance maladie) et couvre le ticket modérateur de toutes les prestations en nature visées par la législation d'assurance maladie y compris les frais d'hospitalisation et le forfait journalier.

Par ailleurs, en l'absence de protection sociale à quelque titre que ce soit, l'admission à l'aide médicale comprend également la prise en charge des cotisations à l'assurance personnelle.

L'aide médicale est également prononcée de plein droit pour la prise en charge des cotisations à l'assurance personnelle en faveur des jeunes de 17 à 25 ans lorsqu'ils remplissent les conditions de ressources fixées pour l'attribution du RMI, et qu'aucune protection sociale ne peut leur être reconnue à un autre titre.

L'aide médicale de droit commun (art.187.1 du CFAS)

Elle est prononcée en faveur des personnes ne relevant pas systématiquement de l'aide médicale de plein droit, sur appréciation de la situation particulière du demandeur et de sa capacité à faire face à ses dépenses prévisibles de soins, compte tenu de ses charges et de ses ressources.

Dans ce cadre, la portée de l'aide médicale est soit totale, soit partielle.

Dans ce dernier cas, la prise en charge peut porter, soit sur une partie des prestations en nature, soit sur une partie du ticket modérateur, pour une durée d'un an ou pour la période utile et couvre l'intéressé et tous ses ayants droit ou limite la portée aux bénéficiaires désignés.

Par ailleurs, les organismes d'Assurance maladie peuvent se voir déléguer les deux aspects de la gestion des prestations d'aide médicale de plein droit : admission, et paiement des honoraires aux professionnels de santé (*art. L 182.3 du Code de la sécurité sociale* et *art.L 182.4 du Code de la sécurité sociale*).

La convention type pour l'AMD a été publiée par *arrêté du 24/03/93* (cf. *Circ.DGR N°63 du 28/07/93*).

La convention type d'AME a été signée par le Ministre d'Etat, Ministre des Affaires de la Santé et de la Ville, le Ministre de l'Agriculture et de la Pêche, le Ministre du Budget, le Président de la MSA, le Président de la CNAMTS et le Président de la CANAM. Son contenu général se distingue de celui de la convention d'AMD par la précision apportée sur les modalités de versement de frais de gestion aux organismes signataires ainsi que prévu au 4ème alinéa de l'art.L 182.4 du Code de la sécurité sociale (précité). Le service rendu à l'Etat est rémunéré par le versement d'une remise de gestion de 190 francs par dossier instruit.

Ce montant sera révisable par avenant, au vu des résultats de comptabilité analytique après un an de gestion établissant le coût réel moyen d'un dossier.

Les frais sont payés au 1er juillet de l'année N par acompte égal au montant de ces crédits déconcentrés au titre de l'année N, après déduction de la régularisation au titre des dépenses de l'année N-1.

Une instruction spécifique sera diffusée aux caisses après que les services ministériels auront donné les précisions utiles.

2. ENJEUX DE L'APPLICATION RIGOUREUSE DE LA LOI

2.1 Généralités

Ainsi que le souligne la *circulaire ministérielle du 21/03/95* les nouvelles modalités d'AM doivent être appliquées avec toute la rigueur qu'exige le dispositif, certes profondément modifié, mais qui assure l'accès aux soins à des personnes qui, dans certains cas, en ont été privées trop longtemps.

Je vous demande donc dans le cadre d'un partenariat de qualité, de veiller à l'exacte application de la loi, et de participer aux améliorations nécessaires.

2.2. Affiliation à l'assurance personnelle

Sur ce point, j'insiste tout particulièrement sur la démarche d'établissement ou rétablissement de la protection sociale des bénéficiaires de l'AM. En aucun cas, l'affiliation à l'assurance personnelle ne doit être prononcée sans recherche préalable de la protection obligatoire à quelque titre que ce soit. Le mécanisme de l'assurance personnelle provisoire prévue par les articles L 161.15.2 et R 161.8.8 à R 161.8.12 du Code de la sécurité sociale ne doit pas être utilisé comme mode d'affiliation de droit commun à l'assurance personnelle.

Je souligne par ailleurs que le fait d'être bénéficiaire du RMI n'entraîne pas la qualité d'assuré social. Il est erroné de lier ces deux qualités. En d'autres termes aucun texte ne prévoit que la perception du RMI donne droit aux prestations d'assurance maladie, comme par exemple l'attribution de l'API ou de l'AAH.

En revanche, pour tout RMIste, l'obligation qui en découle consiste à établir ou rétablir la protection sociale.

C'est pourquoi le réflexe doit être la recherche du droit et non l'affiliation à l'assurance personnelle.

Je rappelle notamment que toute personne qui déclare demeurer à la recherche d'un emploi après cessation d'indemnisation au titre du chômage, a un droit illimité aux prestations en nature pour lui et ses ayants droit (3ème alinéa de l'*art. L 311-5 du Code de la sécurité sociale*).

L'impossibilité actuelle pour les organismes de gérer dans la continuité les périodes de droit et la carence des assurés pour faire valider leur protection n'est pas un obstacle de fonds à l'application des textes.

Par ailleurs, il est erroné de lier bénéfice du RMI et cas d'exonération du ticket modérateur : ces cas sont effectivement cités à l'*art. L 322-3 du Code de la sécurité sociale* et n'y figurent pas les titulaires du RMI.

Cet avantage ouvre droit, du fait de l'AM, à la prise en charge du ticket modérateur par le département ou l'Etat, mais la prise en charge par l'organisme d'assurance maladie est celle de droit commun.

23. Autres dysfonctionnements à corriger

Compte tenu de l'enjeu social, les dispositions relatives à l'AM de plein droit ne peuvent admettre aucune restriction :

notamment, les titulaires du RMI ou de l'allocation veuvage bénéficient ipso facto de l'aide médicale annuelle, familiale, pour l'ensemble des prestations en nature, sans restriction sur l'un des critères ;

par ailleurs, le malade ayant le libre choix du prestataire de soins, la portée de l'AM ne peut pas être limitée aux seuls soins dispensés dans le département de résidence.

Ainsi, lorsque l'assuré reçoit des soins en dehors de son département de résidence, il n'a pas à se faire délivrer de prise en charge au titre de l'AM par l'autre département.

Dans ce cas, il importe que le titre d'admission qui lui a été délivré soit explicite et permette au prestataire de soins de savoir quelle institution lui paiera directement ses honoraires.

si la prise en charge par l'AM est subordonnée à la condition que l'intéressé fasse valoir ses droits à l'assurance maladie et, éventuellement à sa mutuelle (art.188-3 du CFAS), cela ne signifie nullement que la **décision d'attribution** de l'AM soit conditionnée à l'établissement préalable du droit à protection sociale. En effet, l'AM comprend dans son champ d'application la couverture sociale : elle couvrira donc en cas de nécessité, les cotisations d'assurance personnelle. En revanche, elle **ne prendra en charge financièrement** que la différence entre, d'une part, le tarif de responsabilité des prestations et, d'autre part, le montant du remboursement par les organismes d'assurance maladie et, le cas échéant par la mutuelle.

En d'autres termes, seule la situation financière de l'intéressé est à prendre en compte pour se prononcer sur l'admission à l'AM, le Conseil Général n'a pas à conditionner sa décision à la détermination préalable de la couverture sociale par la Caisse d'Assurance Maladie. En revanche, celle-ci doit se prononcer dans les délais les plus brefs (cf. ci-dessous § 5).

l'admission à l'AM se fait désormais de façon préventive : c'est l'examen de la situation à une date donnée qui ouvre un droit pour une période d'un an. Ainsi, les personnes titulaires d'une carte d'AM se voient délivrer, par les professionnels de santé, les feuilles de soins habituelles.

Les bons d'AM n'ont donc plus à être utilisés, sauf cas exceptionnels où cette procédure est retenue au titre d'une urgence absolue.

3. BILAN CONVENTIONNEL

L'analyse des réponses à l'enquête demandée par Cir.DGR N°5 du 7/02/95 est reproduite intégralement en annexe II telle que réalisée par le secteur études de la DGR.

Les résultats montrent que 95 % des Caisses Primaires sont engagées dans un dispositif conventionnel d'AM mais que moins de 40 % seulement ont une convention conforme aux caractéristiques de la loi du 29 juillet 1992.

La nécessité d'amélioration est donc manifeste.

4. BILAN DU GROUPE DE TRAVAIL

L'envoi de la présente circulaire est accompagné d'un dossier adressé à chaque CPAM et comprenant :

- le compte rendu des 6 réunions qui se sont tenues depuis le 11 février 1994,
- le dossier de la proposition d'imprimé unique (cf. ci-dessous § 5).

Les discussions et travaux du groupe ont porté sur les points suivants :

disparités d'application de la loi du 29 juillet 1992,

dysfonctionnements divers, notamment en ce qui concerne l'affiliation à l'assurance personnelle,

ces deux points font l'objet des développements ci-dessus au § 2,

nécessité de développer un partenariat étroit entre Conseil Général ou Préfecture, CAF et CPAM,

recherche d'amélioration des procédures d'instruction simultanée des demandes de RMI, d'AM et recherche de protection sociale (cf. joint suivant),

évolution des systèmes informatiques de production afin d'améliorer les échanges automatisés entre les CPAM et le Département notamment afin de permettre la tarification complémentaire des prestations hospitalières : ce produit est en cours de réalisation,

suivi des dépenses : les informations transmises au partenaire d'AM peuvent être répertoriées par assuré, par commune, ou par type de prestations.

Ce dernier sujet est un point fort du partenariat avec le financeur de l'AM et constitue un moyen de connaissance affiné des dépenses d'AM qui peuvent donc faire l'objet d'un suivi et, comme dans tous les cas d'anomalie, d'un signalement aux services médicaux.

Il convient de signaler les études spécifiques conduites sur le sujet, notamment par certaines CPAM (Paris, Limoges, Nancy, Marseille, Clermont-Ferrand, Niort, Haguenau) ainsi que par la DIRMI et les ORS.

5. PROJET DE SIMPLIFICATION ET AMELIORATION DES PROCEDURES

Ainsi que souligné à plusieurs reprises par la CNAM et le Ministère, le service rendu aux intéressés dans le cadre de l'AM est subordonné à la qualité des procédures et, plus précisément à la qualité du partenariat organisé entre les services d'AM, la CAF, et la CPAM.

Le lien de cause à effet institué par la loi entre RMI, AM et protection sociale implique d'une part, la coordination parfaite entre les 3 acteurs concernés, et d'autre part, de faire du bureau instructeur un lieu privilégié à la fois de cette coordination et du contact avec le bénéficiaire de l'AM.

Les dysfonctionnements soulignés ci-dessus au § 2 sont en grande partie dus à une insuffisance de coordination et à une absence de simultanéité dans l'établissement des trois demandes à instruire.

Cependant, la multiplication des lieux de dépôt est un facteur de facilitation de l'approche des publics concernés. Pour donner à ce critère tout son impact, il importe donc d'organiser au mieux la synergie dans les procédures.

Le schéma d'organisation proposé par le groupe national devrait permettre d'atteindre ce but grâce aux deux moyens préconisés :

un imprimé unique qui permette à chacun des décideurs de recevoir dans un même délai et non plus à l'issue de délais successifs, les renseignements indispensables à l'instruction de la demande qui le concerne (cf. annexe III les schémas relatifs à l'aide médicale réalisés dans le cadre du groupe de travail et concernant : III¹ circuit de ventilation des 3 volets de l'imprimé ; III² : aide médicale et assurance personnelle ; III³ : catégorie d'aide médicale).

Le modèle retenu est celui de la demande de RMI pour une famille.

L'imprimé comprendrait un volet par institution, plus un à conserver par l'instructeur.

En ce qui concerne la recherche de protection sociale, la quantité et la précision des renseignements permettent de définir le mode de couverture sociale. Ces renseignements, doivent être pris en compte pour la définition de la protection sociale. Le volet destiné à l'assurance maladie serait aménagé pour valoir demande d'adhésion à l'assurance personnelle en cas d'absence de protection à un autre titre.

Un "guide de l'instructeur" est prévu pour l'aide à l'établissement dudit imprimé (cf. dossier). La partie protection sociale a été rédigée avec les CPAM de Lille, Limoges, Nancy et Nanterre, avec un grand souci de précision et de pédagogie.

une plate-forme de services (cf circulaire DGR n°48.94 du 29 juin 1994)

L'instructeur chargé des demandes doit recevoir la coopération de l'ensemble des partenaires : il est le relais, la personne ressource tant pour l'intéressé que pour les institutions.

C'est pourquoi, j'attache un prix tout particulier aux mesures que vous pouvez mettre en oeuvre pour organiser concrètement l'aide indispensable à lui apporter dans sa tâche : permanence ou accueil commun, désignation d'un correspondant, information sur les droits à protection sociale...

En ce qui concerne les liaisons CAF-CPAM, il importe d'en optimiser les effets. Une procédure informatique est en cours de réalisation en ce sens.

Les Caisses Primaires doivent prendre en compte les renseignements relatifs à l'activité professionnelle. Ainsi, le signalement d'une activité de plus de 120 heures par trimestre doit entraîner, le cas échéant, la radiation de l'assurance personnelle et la validation d'un droit de 12 mois.

Enfin, il importe que des campagnes d'information sur l'AM soient à nouveau organisées à destination des publics concernés comme des professionnels de santé. Des brochures ont déjà été réalisées en ce sens (départements de Seine-Maritime - Nord Finistère, Sud Finistère, Meurthe et Moselle - Haute Vienne - Hérault, notamment).

Les moyens peuvent être diversifiés : service télématique, presse institutionnelle ou régionale par exemple.

Je sais votre implication sur ce type de dossier en vue de développer un esprit de coopération susceptible de faciliter l'accès aux soins des personnes les plus démunies. Il reste que la qualité des procédures doit être améliorée, je compte sur vos initiatives en ce sens.

Le Directeur
de la Gestion du Risque

J.P. PHELIPPEAU

P.J. :

Annexe 1 : Liste des textes et circulaires

Annexe 2 : Nouveau dispositif d'aide médicale

Annexe 3 : Projet d'imprimé unique RMI-AM-PD non intégré dans la base

AIDE MEDICALE

Liste des textes et circulaires

I. TEXTES

Loi n°92.772 du 29 juillet 1992 (JO du 30) portant adaptation de la loi n°88.1088 du 1er décembre 1988,

Art. 13 de la loi n°93.121 du 27 janvier 1993 (JO du 30) portant diverses mesures d'ordre social (droit à l'aide médicale des titulaires de l'allocation de veuvage),

Décret n°93.648 du 26 mars 1993 (JO du 28) relatif à l'aide médicale et à l'assurance personnelle et modifiant le Code de la sécurité sociale,

Arrêté du 24 mars 1993 (JO du 27) portant fixation de la convention-type relative à la gestion de l'aide médicale départementale par les organismes d'assurance maladie.

II. CIRCULAIRES MINISTERIELLES

Circulaire DIRMI/DAS/DSS n°93.07 du 9 mars 1993 relative à l'aide médicale (fascicule spécial n°93.8. bis du BO),

Circulaire CAB/SPS/93.01 du 15.1.93 relative à la mise en oeuvre de la loi n°92.722 du 29 juillet 1992 relative au RMI et la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale et professionnelle (BO cité),

Circulaire DIRMI/DAS/DSS n°93.01. du 20 janvier 1993 relative à la mise en oeuvre pour les bénéficiaires du RMI (BO cité)

III. CIRCULAIRES CNAMTS

DGR n°2.93 du 6.1.93 relative à la loi du 29 juillet 1992

DGR n°53.93 du 24 mai 1993 relative au décret du 26 mars 1993,

DGR n°63.93 du 28 juillet 1993 relative à la convention type d'AMD,

Lettre circulaire n°4308 du 18 novembre 1993 transmettant la lettre ministérielle du 22 septembre 1993,

DGR n°4.94 du 20 janvier 1994 présentant un bilan conventionnel et instituant le groupe national AM,

Lettre circulaire n°20.94 du 13 juillet 1994 transmettant la circulaire DIRMI/DAS/DSS n°1.94 relative aux nouveaux formulaires de demande de RMI et d'AM,

DGR n°5.95 du 7.2.95 présentant le questionnaire pour un bilan conventionnel 31 janvier 1995,

DGR n°37.95 du 2.5.95 transmettant la circulaire ministérielle du 21 mars 1995.

La réforme de l'Aide Médicale réalisée par la loi du 29 Juillet 1992 constitue une étape importante en vue d'améliorer les conditions d'accès aux soins des plus démunis.

Afin de mesurer l'étendue de l'application de cette réforme par les Organismes, une enquête a été réalisée par les services de la CNAMTS.

Les dispositions de la circulaire DGR-Réglementation N° 5/95 du 7 Février 1995 prévoyaient la transmission à la CNAMTS pour le 15 Février 1995 par chaque Organisme des questionnaires relatifs à l'Aide Médicale Départementale et à l'Aide Médicale Etat.

129 CPAM ont fait parvenir leurs résultats au 31 Janvier 1995.

Le présent document expose les résultats de l'enquête relative à l'Aide Médicale Départementale et à l'Aide Médicale Etat. Il rappelle, dans un premier temps, les caractéristiques du nouveau dispositif d'Aide Médicale, et fait le point, dans un deuxième temps, sur les dispositifs conventionnels mis en place.

RAPPEL GENERAL DU NOUVEAU DISPOSITIF D'AIDE MEDICALE

La modernisation de l'Aide Médicale se concrétise par 6 caractéristiques essentielles :

facilité d'accès aux soins,

admission à titre préventif et non plus à risque ouvert,

admission pour une période d'un an,

prise en charge des membres de la famille ayant la qualité d'ayant-droit au regard de la législation de la sécurité sociale,

prise en charge des prestations en nature de l'Assurance Maladie et maternité y compris les frais d'hospitalisation, du forfait journalier, des

cotisations d'assurance personnelle en l'absence de couverture sociale à un autre titre,

le nouveau dispositif clarifie les compétences du département et de l'Etat dans le domaine de l'Aide Médicale :

le département est compétent pour les personnes résidant dans le département,

l'Etat est compétent pour les personnes sans résidence stable.

AIDE MEDICALE DEPARTEMENTALE

Les résultats de l'enquête ont montré que 95 % des CPAM ont signé une convention d'Aide Médicale Départementale :

49 CPAM ont une convention d' Aide Médicale Départementale conforme au dispositif de la loi du 29 Juillet 1992 à savoir une prise en charge familiale, annuelle, pour l'ensemble des prestations en nature de l'Assurance Maladie et maternité y compris les frais d'hospitalisation. Des avantages complémentaires tels que la prise en charge de fournitures non prévue au TIPS, les dépassements de tarifs, existent dans 53 % des conventions conformes au dispositif de la loi du 29 Juillet 1992.

74 CPAM ont une convention d'Aide Médicale Départementale conforme au dispositif de la loi du 23 Janvier 1990 et 6 CPAM n'ont pas de convention d'Aide Médicale Départementale.

Près de 28 % d'entre elles sont en cours de négociation pour obtenir une convention d'Aide Médicale Départementale conforme au dispositif de la loi du 29 Juillet 1992.

Au regard des dispositions de l'article L.182.1 du code de la Sécurité Sociale, deux types d'accord avec les Organismes d'Assurance Maladie ont été recensés pour le paiement intégral des prestations de soins ou de service :

la Caisse Primaire règle directement les professionnels de santé, la collectivité publique remboursant ultérieurement à la Caisse la part incombant à l'Aide Médicale (article L.182.1.2° du code de la Sécurité Sociale), pour 110 CPAM,

l'Aide Médicale règle les frais aux professionnels de santé et se fait rembourser par la Caisse Primaire sous forme de participation représentative des dépenses engagées (article L.182.1.1° du code de la Sécurité Sociale), pour 11 CPAM.

Il faut noter que, pour 2 CPAM, le règlement des honoraires aux professionnels de santé, au titre de l'Aide Médicale Départementale, est effectué par la Caisse Primaire pour les soins ambulatoires et par l'autorité compétente dans le département pour les soins hospitaliers.

Cette différence de gestion devrait disparaître lorsque la prise en compte de ce type de frais dans la chaîne de traitement des dépenses d'Aide Médicale sera opérationnelle.

Par ailleurs, le règlement des honoraires aux professionnels de santé est effectué par une mutuelle pour 2 CPAM.

Il importe de souligner que ce schéma n'est pas conforme aux dispositions légales définissant les conventions d'Aide Médicale.

75 CPAM perçoivent des frais de gestion d'Aide Médicale Départementale. Leur montant étant laissé à l'appréciation de la Caisse qui doit les négocier avec le souci d'un montant le plus proche possible du coût réel, plusieurs types de frais de gestion ont été observés ; les principaux sont les suivants :

- un montant forfaitaire unique par dossier,
- un montant forfaitaire annuel,
- un montant par décompte,
- un montant par ligne acte,
- un % des dépenses d'Aide Médicale,
- un % des frais d'affranchissement.

Lorsque la Caisse Primaire est gestionnaire des dépenses d'aide médicale (article L 182.1.2° du code de la Sécurité Sociale), le rôle de la Caisse Primaire peut s'étendre également à l'instruction des demandes d'admission à l'Aide Médicale.

Ainsi, on constate que seulement 3 CPAM gèrent l'admission à l'Aide Médicale Départementale ; 12 CPAM ayant des négociations en cours concernant la gestion de l'admission à l'Aide Médicale Départementale.

Le département a accordé des avances de trésorerie au titre de l'Aide Médicale Départementale, pour 110 CPAM. Ces avances de trésorerie prennent différentes formes dont notamment :

un montant mensuel, annuel ou trimestriel,
2 ou 3 mois de facturation,
un montant révisable mensuellement calculé sur la base des dépenses des 2 ou 3 mois précédents.

AIDE MEDICALE ETAT

Malgré le fait qu'il n'y ait pas encore de modèle de convention type d'Aide Médicale Etat fixé par arrêté ministériel, on observe que 44 % des CPAM possèdent une convention d'Aide Médicale Etat :

25 CPAM ont une convention d' Aide Médicale Etat conforme au dispositif de la loi du 29 Juillet 1992 à savoir une prise en charge familiale, annuelle, pour l'ensemble des prestations en nature de l'Assurance Maladie et maternité y compris les frais d'hospitalisation. 50 % de ces conventions comportent des avantages complémentaires comme par exemple, la prise en charge de fournitures non prévue au TIPS, les dépassements de tarifs.

32 CPAM ont une convention d'Aide Médicale Etat conforme au dispositif de la loi du 23 Janvier 1990 et 72 CPAM n'ont pas de convention d'Aide Médicale Etat.
Près de 33 % de ces Caisses Primaires sont en cours de négociation pour obtenir une convention d'Aide Médicale Etat conforme au dispositif de la loi du 29 Juillet 1992.

Le règlement des honoraires aux professionnels de santé, au titre de l'Aide Médicale Etat, est effectué par :

la Caisse Primaire, pour 44 CPAM,
le représentant de l'Etat dans le département, pour 13 CPAM.

Lorsque la Caisse signataire de la convention d'Aide Médicale paie pour le compte de l'Etat les prestations d'aide sociale, le représentant de l'Etat

dans le département accorde, en contrepartie, une avance de trésorerie et verse une remise de gestion.

Ainsi, 22 CPAM perçoivent des frais de gestion d'Aide Médicale Etat, et, le représentant de l'Etat dans le département a accordé des avances de trésorerie au titre de l'Aide Médicale Etat pour 37 CPAM.

Par ailleurs, seulement 2 CPAM gèrent l'admission à l'Aide Médicale Etat ; 11 CPAM ont des négociations en cours pour pouvoir gérer l'admission à l'Aide Médicale Etat.

UNE APPROCHE GLOBALE DU POTENTIEL CONVENTIONNEL

La répartition des CPAM suivant le type de convention d'Aide Médicale est la suivante :

AMD 92 : Aide Médicale Départementale conforme à la loi du 29 Juillet 1992
 AMD 90 : Aide Médicale Départementale conforme à la loi du 23 Janvier 1990
 aucune AMD : aucune Aide Médicale Départementale
 AME 92 : Aide Médicale Etat conforme à la loi du 29 Juillet 1992
 AME 90 : Aide Médicale Etat conforme à la loi du 23 Janvier 1990
 aucune AME : aucune Aide Médicale Etat

On note que 18 CPAM ont une convention d'Aide Médicale conforme au dispositif de la loi du 29 Juillet 1992, à la fois pour l'Aide Médicale Départementale et pour l'Aide Médicale Etat.

La plupart des CPAM (30 %) ont une convention d'Aide Médicale Départementale conforme à la loi du 23 Janvier 1990 et n'ont pas de convention d'Aide Médicale Etat.

Par ailleurs : - 31 CPAM ont une convention d'Aide Médicale Départementale et sont en négociation pour obtenir une convention d'Aide Médicale Etat conforme à la loi du 29 Juillet 1992,

12 CPAM ont une convention d'Aide Médicale Etat et sont en négociation pour obtenir une convention d'Aide Médicale Départementale conforme à la loi du 29 Juillet 1992,

3 CPAM n'ont aucune convention d'Aide Médicale et sont en cours de négociation pour obtenir une convention d'Aide Médicale Départementale et une convention d'Aide Médicale Etat.

Il faut également souligner que 8 CPAM ont signé une double convention Aide Médicale Départementale/Aide Médicale Etat à savoir une convention d'Aide Médicale Départementale intégrant les bénéficiaires sans domicile stable.