

Date :
06/12/2000

Origine :
AC

Réf. :
AC n° 54/2000
 n /
 n /
 n /

MMES et MM les Agents Comptables

des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

des Caisses Générales de Sécurité Sociale des Départements
d'Outre-Mer

(pour attribution)

Plan de classement :

259						
-----	--	--	--	--	--	--

Titre :

Aide Médicale de l'Etat - Convention du 17 octobre 2000

Résumé :

Application de la convention du 17 octobre 2000 - Financement des prestations de l'Aide Médicale de l'Etat renouvelée suite à l'instauration de la couverture maladie universelle par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999.

Pièces jointes : 1

Liens :

Date d'effet : 1er janvier 2000
Dossier suivi par: Madeleine KRACHT
Téléphone : 01.42.79.35.33

Date de Réponse :

Agence Comptable

06/12/2000

Origine : Mesdames et Messieurs les Agents Comptables
AC
- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale
(pour attribution)

N/Réf. : AC n° 54/2000

Objet : Financement des prestations Aide Médicale de l'Etat – Application de la convention du 17 octobre 2000.

L'instauration de la couverture maladie universelle par la loi du 27 juillet 1999 (articles 32 et 33) s'accompagne d'une réforme de l'Aide Médicale de l'Etat. Depuis le 1^{er} janvier 2000, l'Aide Médicale Etat rénovée est destinée à permettre l'accès aux soins de personnes juridiquement hors du bénéfice de la couverture maladie universelle. Ces personnes se répartissent en trois catégories :

- Celles résidant en France en situation de précarité dont les soins d'urgence peuvent être pris en charge dans le cadre de conventions conclues par les préfets et certains établissements de santé publics et privés participant au service public hospitalier. Les dépenses de soins et de fournitures médicales effectuées par les établissements de santé sont remboursées par les DDASS sur des crédits qui leur sont délégués.
- Les personnes françaises ou étrangères ne résidant pas en France mais admises individuellement par décision ministérielle à l'aide médicale à titre humanitaire. Les

établissements de santé concernés adressent leurs facturations à la DDASS indiquée sur la notification de décision d'admission de la ministre.

- Les étrangers hors Union Economique Européenne ou Espace Economique Européen ayant leur résidence habituelle en France (Métropole ou DOM) c'est-à-dire « qui se trouvent en France et y demeurent dans des conditions qui ne sont pas purement occasionnelles et qui présentent un minimum de stabilité, mais ne remplissent pas la condition de régularité prévue à l'article L.380-1 du code de la sécurité sociale » et dont les ressources sont inférieures au plafond fixé pour l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé. Le bénéfice de l'admission à l'AME est valable un an renouvelable pour tous les soins nécessaires au cours de cette période. L'instruction des demandes, la décision d'admission et la gestion de ces prises en charge sont déléguées par le préfet au directeur de la caisse primaire d'assurance maladie ou de la caisse générale de sécurité sociale des départements d'Outre-Mer.

Afin d'organiser cette délégation de compétences, l'article 33 de la loi du 27 juillet 1999 a modifié l'article L.182-1 du code de la sécurité sociale et prévu la conclusion d'une nouvelle convention entre l'Etat et la CNAMTS. Cette convention signée le 17 octobre 2000, dont vous trouverez ci-jointe une copie, remplace celle signée le 9 mai 1995. Elle prend effet au 1^{er} janvier 2000 pour une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction dans la limite de quatre années.

Au niveau local, cette convention peut faire l'objet d'accords entre les préfets et les directeurs de CPAM notamment dans les départements où existent plusieurs CPAM. L'article 1^{er} de la convention du 17 octobre 2000 prévoit que les directeurs de ces CPAM conviennent avec le représentant de l'Etat que l'une d'entre elles assurera le rôle de caisse pivot pour les dépenses d'aide médicale de l'ensemble des personnes relevant de leurs ressorts respectifs.

La présente circulaire a pour objet de préciser les modalités financières et comptables applicables à la gestion par le régime général, pour le compte de l'Etat, de l'Aide Médicale Etat accordée aux étrangers résidant en France mais ne pouvant pas bénéficier de la CMU.

1 – MODALITES FINANCIERES

11 – Règlement entre les caisses gestionnaires et les prestataires de soins

La caisse gestionnaire règle aux professionnels de santé et aux établissements de santé la totalité des frais qui incombent à l'Etat au titre de l'aide médicale dans les délais prévus par les textes relatifs aux modalités de tiers payant.

12 – Remboursement par l'Etat des dépenses d'aide médicale

L'article 15 de la convention qui vous est adressée aujourd'hui prévoit, à l'instar des modalités de financement prévues dans le cadre de la couverture maladie universelle complémentaire, un remboursement, par l'Etat, des prestations à la CNAMTS. Ce remboursement effectué par le ministère chargé de l'aide médicale

se fera trimestriellement à la CNAMTS au vu d'un arrêté des dépenses établi et certifié par l'agent comptable de la CNAMTS. Cet arrêté qui doit être fourni au ministère un mois après chaque trimestre civil est réalisé à partir des données communiquées par les CPAM et CGSS gestionnaires. Ces dernières adressent donc à la CNAMTS au plus tard le 20 du mois suivant le trimestre écoulé :

- le montant des prestations incombant à l'Etat au titre de l'aide médicale, ventilées par nature de prestations
- le nombre en fin de trimestre des personnes bénéficiant de l'aide médicale, en distinguant les demandeurs et leurs ayants droit
- le nombre de décisions d'attribution rendues au cours du trimestre, en distinguant les demandeurs et leurs ayants droit

Toutes ces informations doivent être fournies avec la plus grande précision, notamment le montant des prestations AME ventilées par nature qui doit faire l'objet d'une validation par l'Agent Comptable après en avoir vérifié la conformité avec les montants comptabilisés aux comptes TM 45788221, TM 45788222, TM 45788223.

Un double de toutes ces informations est également envoyé par les caisses gestionnaires aux DDASS chargées du suivi de la mise en œuvre de l'aide médicale dans les départements.

13 – Remboursement des dépenses relatives à des soins antérieurs au 1^{er} janvier 2000

L'article 17 de la convention prévoit que les soins effectués avant le 1^{er} janvier 2000 seront remboursés aux CPAM et CGSS par les DDASS si celles-ci ont reçu avant le 30 juin 2000 les demandes de remboursement des caisses gestionnaires. Dans la négative les dépenses non remboursées par les DDASS seront prises en charge par l'Etat et remboursées, dans la limite des crédits disponibles, à la CNAMTS selon les modalités applicables aux prestations 2000.

14 – Remboursement des frais de gestion

L'article 16 de la convention supprime le versement de la remise de gestion octroyée aux caisses gestionnaires de l'AME. Le service rendu à l'Etat par les CPAM et CGSS fait dorénavant l'objet d'une évaluation forfaitaire dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion.

2 – MODALITES COMPTABLES

21 – Paiement des prestations

Le règlement des prestations aux professionnels de santé obéit toujours aux mêmes règles comptables :

TM 45788221 – Aide Médicale Etat – Prestations
 T 5 – Etablissement financier
 Pour le montant des prestations réglées

22 – Comptabilisation des remises de gestion

Compte tenu de l'article 16 de la convention, il n'y a plus lieu de constater une recette en gestion administrative de 190F par dossier instruit au titre de l'exercice 2000. Si une caisse gestionnaire a constaté une remise de gestion à recevoir, il convient de l'annuler. Seule une régularisation relative à un dossier instruit au titre de l'exercice 1999 peut être constatée au compte TM 45788223 – AME – Remises de gestion par le crédit du compte GA 70888 – Produits divers.

23 – Prise en charge des cotisations d'assurance personnelle par l'Etat pour les bénéficiaires de l'AME

Les personnes bénéficiaires de l'AME 2000 ne sont pas des assurés sociaux, l'Etat n'a donc plus à verser de cotisations assurés personnels comme il le faisait pour les bénéficiaires assurés personnels RMI et hors RMI. L'écriture suivante :

TM 45788222 – Aide médicale Etat – Cotisations AP
 TM 4511347 – CNAMTS – Cotisations AP AME

ne peut que traduire une régularisation d'exercices antérieurs à l'exercice 2000. En cas de régularisation négative l'écriture sera inversée.

24 – Apurement financier des opérations AME

241 – Opérations des exercices antérieurs au 1^{er} janvier 2000

Ces opérations sont prises en charge par les DDASS si les caisses gestionnaires en ont fait la demande et leur ont présenté les justificatifs avant le 30 juin 2000. L'écriture constatant le remboursement n'a pas changé :

T 5 – Etablissement financier
 TM 45788221 – Aide Médicale Etat – Prestations
 TM 45788222 – Aide médicale Etat – Cotisations AP
 TM 45788223 – Aide médicale Etat – Remises de gestion
 Pour le montant des prestations remboursées par les DDASS

Les opérations relatives à des exercices antérieurs au 1^{er} janvier 2000 qui n'ont pu être remboursées par les DDASS, soit parce qu'elles n'ont pas été présentées au remboursement dans le délai imparti, soit parce que la DDASS n'avait plus de crédits disponibles sur la ligne budgétaire adéquate, devront figurer sur le relevé des prestations adressé trimestriellement à la CNAMTS qui en demandera le remboursement à l'Etat.

242 – Opérations de l'exercice en cours

Au 31 décembre de chaque exercice, la caisse gestionnaire constate les crédits à recevoir de la CNAMTS, en règlement des prestations AME à la charge de l'Etat, et passe l'écriture suivante :

TM 4511272 – CNAMTS – Créances sur Etat - AME
 TM 45788221 – Aide Médicale Etat – Prestations
 Pour le montant net des prestations liquidées au cours de l'exercice

Au 31 décembre 2000, certaines CPAM ou CGSS n'auront pas obtenu le remboursement intégral de ce qui leur est dû au titre de l'AME antérieure au 1^{er} janvier 2000 (prestations, remises de gestion, cotisations assurance personnelle). Cette dette de l'Etat devra également être imputée en crédits à recevoir de la CNAMTS par l'écriture :

TM 4511272 – CNAMTS – Créances sur Etat - AME
 TM 45788221 – Aide Médicale Etat – Prestations
 TM 45788222 – Aide Médicale Etat – Cotisations AP
 TM 45788223 – Aide médicale Etat – Remises de gestion
 Pour le montant net restant dû au titre des exercices antérieurs

Après rapprochement des montants figurant dans les comptes TM 4578822 et TM 4511272 des balances définitives remontées à la CNAMTS à l'arrêté des comptes et des montants des prestations AME figurant sur les relevés trimestriels, la CNAMTS adressera à chaque caisse un extrait de compte générant l'écriture :

TM 4511118 – CNAMTS – Compte courant
 TM 4511272 CNAMTS – Créances sur Etat - AME
 Pour le montant des crédits à recevoir porté au débit du compte TM 4511272

Ainsi, l'arrêté des dépenses de prestations AME du dernier trimestre 2000 adressé le 20 janvier 2001 retracera le montant des prestations liquidées au titre des soins de l'exercice 2000 ainsi que le montant des prestations liquidées au titre des soins de l'exercice 1999 non remboursées au 31 décembre 2000 par les DDASS. L'arrêté des dépenses de prestations AME adressé le 20 avril 2001 ne comprendra que le montant net des prestations liquidées au cours du premier trimestre 2001. Toutefois, si une CPAM ou CGSS percevait un remboursement d'une DDASS retardataire, il conviendrait de faire figurer ce remboursement en diminution du montant des prestations liquidées au cours de ce trimestre. Après le premier trimestre 2001, les DDASS devraient avoir effectué tous les remboursements au titre des prestations 1999. Les arrêtés du 20 juillet, 20 octobre 2001 et ultérieurs ne retraceront alors que les dépenses cumulées au dernier jour du trimestre.

Mes services sont à votre disposition pour toutes précisions complémentaires (Madeleine KRACHT tél. : 01.42.79.35.33)

L'Agent Comptable,

A. BOUREZ

CONVENTION NATIONALE RELATIVE À L'AIDE MEDICALE DE L'ÉTAT

(article L. 182-1 du Code de la Sécurité Sociale)

ENTRE

Le Ministre de l'Economie, des Finances et de l'Industrie,
La Ministre de l'Emploi et de la Solidarité,

ET

La Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
66, avenue du Maine Paris XIVème
représentée par M. SPAETH,

Vu l'article L. 182-1 du code de la sécurité sociale, modifié par l'article 33-II de la loi N° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une Couverture Maladie Universelle,

Vu le titre III *bis* du code de la famille et de l'aide sociale, modifié par l'article 32 de ladite loi,

Il est convenu que l'exercice, au nom de l'Etat, par les caisses primaires d'assurance maladie des compétences dévolues à ce dernier pour l'attribution des prestations d'aide médicale de l'Etat prévues à l'article 187-1 (1^{er} alinéa) du code de la famille et de l'aide sociale s'effectuera à compter du 1er janvier 2000 dans les conditions suivantes.

Titre 1^{er}

REPARTITION DES COMPETENCES

Article 1^{er} :

La gestion de l'aide médicale est assurée par la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle réside l'auteur de la demande d'aide médicale ou, si ce dernier se trouve sans domicile fixe au moment de la demande, par la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle a eu lieu l'élection de domicile prévue par l'article 187-4 du code de la famille et de l'aide sociale.

La caisse primaire d'assurance maladie gestionnaire de l'aide médicale qui a pris la décision d'admission assure également la gestion des paiements. Elle paye aux prestataires de soins ou de services l'intégralité des prestations prises en charge par l'aide médicale ou, le cas échéant, la partie complémentaire pour les personnes en maintien de droits, dans la limite des frais définis par l'article 187-2 du CFAS.

Toutefois, dans les départements où existent plusieurs Caisses Primaires d'Assurance Maladie et par mesure de simplification, les directeurs de ces caisses conviennent avec le représentant de l'Etat que l'une d'entre elles assurera le rôle de caisse pivot pour les dépenses d'aide médicale de l'ensemble des personnes relevant de leurs ressorts respectifs.

Titre II

MODALITES D'ADMISSION

Article 2 :

Les demandes d'admission à l'aide médicale sont établies sur un formulaire conforme au modèle réglementaire. Les formulaires sont mis à la disposition du public dans l'ensemble des guichets des caisses primaires d'assurance maladie et auprès des organismes mentionnés à l'article 187-3 du code de la famille et de l'aide sociale (CCAS, services sanitaires et sociaux du département, associations agréées par le préfet), ainsi que dans les Permanences d'Accès aux Soins de Santé des hôpitaux. Il appartient aux caisses d'alimenter ces différents services en formulaires.

Article 3 :

Les demandes déposées auprès de l'un des organismes mentionnés à l'article précédent sont transmises à la caisse dans un délai de huit jours à compter de la date de leur dépôt. La caisse délivre sans délai le titre d'admission à l'aide médicale.

Titre III CONDITIONS D'ADMISSION

Article 4 :

a) Condition de résidence en France :

L'aide médicale délivrée au titre du premier alinéa de l'article 187-1 du Code de la Famille et de l'Aide Sociale concerne les personnes résidant habituellement en métropole ou dans les DOM :

- qui ne remplissent pas les conditions de régularité de résidence en France, fixées par l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale, pour pouvoir bénéficier de la couverture maladie universelle,
- ou qui, remplissant la condition de régularité de séjour mais ne justifiant pas qu'elles résident en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois, conformément à l'article R. 380-1 dudit code, n'ont pas encore de droits ouverts à la CMU,
- ou qui ne remplissent plus la condition de régularité de séjour, mais bénéficient du maintien de droits aux prestations en nature des assurances maladie et maternité dans un régime de sécurité sociale à un autre titre que la résidence.

b) Condition de durée de résidence en France :

Aucune condition de durée minimale de séjour n'est exigée pour obtenir la prise en charge au titre de l'aide médicale des soins dispensés par un établissement de santé ou des prescriptions ordonnées à cette occasion, y compris en cas de consultation externe, à condition que l'intéressé justifie qu'il réside effectivement en France et qu'il ne s'y trouve pas de manière occasionnelle ou de passage.

Les étrangers qui sollicitent l'aide médicale pour les soins de ville doivent justifier d'une résidence ininterrompue en France depuis au moins trois ans (art. 186 - 3 du code de la famille et de l'aide sociale modifié par l'article 33 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999).

Pour les personnes en situation de maintien de droits dans un régime de sécurité sociale, la condition de résidence de trois ans est réputée acquise, et leur donne accès aux soins de ville. De même, pour les enfants mineurs de parents bénéficiaires de l'aide médicale, la condition de trois ans de résidence en France n'est pas exigée pour l'accès aux soins de ville.

c) Condition de ressources et définition du foyer :

Pour l'examen des ressources, les services de la caisse se réfèrent au plafond de ressources prévu par les articles L. 861-1 et D. 861-1 du code de la sécurité sociale. Pour la détermination du plafond de ressources, la composition du foyer est établie en tenant compte des personnes à charge de l'auteur de la demande au sens des articles L. 161-14 et L. 313-3 de ce code.

Toutefois, la demande d'aide médicale de la personne à qui est refusée la qualité d'ayant droit de son conjoint, concubin ou partenaire d'un PACS, assuré social, en raison de sa situation au regard de la législation sur les conditions de séjour, est examinée de manière autonome, en prenant en compte les seules ressources du demandeur.

Titre IV CONSTITUTION DU DOSSIER

Article 5 :

Le dossier du demandeur de l'aide médicale doit comprendre les pièces justificatives utiles mentionnées par la circulaire DAS/RV3/DIRMI/DSS/DH/DPM N°2000/14 du 10 janvier 2000, permettant de justifier :

- de son identité et celle de ses ayants droit résidant en France métropolitaine ou dans les DOM ;
- de sa résidence stable et permanente en France métropolitaine ou dans les DOM ;
- de ses ressources et, le cas échéant, celles de ses ayants droit ;
- de son domicile, ou s'il est sans domicile fixe, de lieu de son élection de domicile.

En l'absence des pièces justificatives, celles-ci peuvent être remplacées au dossier par une déclaration sur l'honneur de l'intéressé, accompagnée d'éléments d'information substantiels sur sa situation permettant un contrôle a posteriori. Les dossiers fondés principalement sur des déclarations sur l'honneur, notamment en matière d'identité et de conditions de résidence, feront l'objet d'un suivi particulier. Une concertation avec la DDASS sera entreprise, si le nombre de ces dossiers semble anormalement élevé.

Article 6 :

La caisse assiste l'intéressé dans ses démarches pour obtenir son admission à l'aide médicale. Elle l'informe de l'offre de soins dans le département.

Titre V

ADMISSION ET DUREE DE LA PRISE EN CHARGE

Article 7 :

Le directeur de la caisse prononce, au nom du préfet, l'admission à l'aide médicale des personnes qui satisfont aux conditions de résidence en France et de ressources précitées ainsi que, le cas échéant, de ses ayants droit, au sens des articles L. 161-14 et L. 313-3 du code de la sécurité sociale.

L'admission est accordée :

- soit pour la prise en charge totale des frais de soins et d'hospitalisation dispensés par un établissement public de santé ou les prescriptions ordonnées à cette occasion, également en cas de consultation externe et y compris les prescriptions que l'intéressé doit se procurer en ville au vu d'une ordonnance délivrée à l'hôpital ;
- soit pour la prise en charge totale des soins dans les établissements de santé et des soins de ville, si l'auteur de la demande a justifié d'une résidence ininterrompue en France depuis au moins trois ans, s'il se trouve en période de maintien de droits dans un régime de sécurité sociale, ou s'il s'agit d'un enfant mineur dont les parents bénéficient de l'aide médicale.

Article 8 :

La prise en charge au titre de l'aide médicale est accordée pour un an.

Toutefois, lorsqu'une caisse est amenée à constater qu'un bénéficiaire de l'aide médicale remplit la condition de régularité et de stabilité de résidence, elle procède à son affiliation ou à son rattachement comme ayant droit au régime dont il relève ou, à défaut, engage la procédure d'affiliation immédiate au régime général (article L.161-2-1 du code de la sécurité sociale).

Elle invite également l'intéressé à déposer dans les meilleurs délais une demande de protection complémentaire en matière de santé. Afin d'éviter toute interruption de couverture, elle peut prononcer l'attribution à la date du dépôt de la demande, l'intéressé étant susceptible de satisfaire la condition de ressources, puisque celle-ci est identique à celle prévue pour l'aide médicale. La décision d'admission à l'aide médicale est abrogée à la date à laquelle prend effet l'attribution du droit à la protection complémentaire en matière de santé.

Article 9 :

L'admission à l'aide médicale prend effet à la date de la demande. Toutefois elle peut prendre effet rétroactivement au jour d'entrée en établissement ou à la date des premiers soins hospitaliers à condition que cette date ne soit pas antérieure de plus de deux mois à la date du dépôt de la demande.

Article 10 :

Le directeur de la caisse délivre immédiatement au bénéficiaire de l'aide médicale un titre d'admission conforme à un modèle défini par la CNAMTS pour lui permettre de justifier de cette qualité auprès des professionnels de santé et des établissements de santé.

Ce titre d'admission mentionne à l'intention de ces derniers l'adresse des services de la caisse auxquels ils doivent s'adresser pour obtenir le paiement des prestations fournies.

Il précise également l'étendue des soins pris en charge selon qu'elle est ou non limitée aux soins et consultations externes dispensés dans les établissements de santé, y compris les prescriptions que l'intéressé doit se procurer en ville au vu d'une ordonnance du praticien hospitalier, dans les conditions rappelées à l'article 7 ci-dessus.

Article 11 :

En cas de décision de rejet, le directeur de la caisse la notifie à l'auteur de la demande en indiquant les motivations de la décision prise au regard des conditions d'accès à l'aide médicale et en précisant les délais et voies de recours devant la commission départementale d'aide sociale.

**Titre VI
CONTENTIEUX**

Article 12 :

Le directeur de la caisse communique au secrétaire rapporteur de la Commission Départementale d'Aide Sociale ses observations écrites, accompagnées de l'ensemble du dossier de demande. Ces éléments seront communiqués au requérant, qui peut transmettre un mémoire en réplique, lequel est communiqué à la caisse qui peut également à nouveau faire des observations écrites.

**Titre VII
PROCEDURE DE REGLEMENT
ENTRE LES CAISSES ET LES PRESTATAIRES DE SOINS**

Article 13 :

Les professionnels de santé et les établissements de santé indiquent sur les feuilles de soins ou volets de facturation que la prestation a été effectuée en tiers payant dans le cadre de l'aide médicale.

Article 14 :

La caisse gestionnaire règle aux professionnels de santé et aux établissements de santé la totalité des frais qui incombent à l'Etat au titre de l'aide médicale. Ce règlement doit être effectué au professionnel de santé dans les délais prévus par les textes relatifs aux modalités de tiers payant.

**Titre VIII
DISPOSITIONS FINANCIERES**

Article 15 :

Les dépenses d'aide médicale sont payées trimestriellement par le ministère chargé de l'aide médicale à la CNAMTS, qui les répartit entre les CPAM assurant la gestion de l'aide médicale. Ces dépenses sont imputées, dans la limite des crédits votés, sur le chapitre 46-82 article 20 du budget du ministère chargé de l'aide médicale. Le cas échéant, une régularisation au titre de l'année précédente intervient en même temps que le versement relatif au dernier trimestre de cette même année.

Les informations fournies par la CNAMTS au ministère de l'emploi et de la solidarité le sont en même temps que les informations prévues par l'instruction DSS du 17/01/2000 concernant le suivi de la CMU.

L'arrêté trimestriel des dépenses établi et certifié par l'agent comptable est fourni par la CNAMTS un mois après la fin de chaque trimestre civil, sur la base des données qui lui auront été communiquées par les CPAM. Les CPAM communiquent le double de ces informations aux DDASS, qui sont chargées du suivi de la mise en œuvre de l'aide médicale dans les départements. L'arrêté des dépenses indique le montant des prestations versées au titre de l'aide médicale, ventilées par nature de prestations, et le montant des dépenses réelles incombant à l'Etat après déduction des dépenses prises en charge par la sécurité sociale pour les assurés sociaux éventuels.

L'arrêté trimestriel des dépenses est accompagné d'un état récapitulatif, indiquant pour chaque département et pour l'ensemble de la métropole et des DOM :

- Le montant des dépenses d'aide médicale du trimestre (toutefois en 2000, cette information sera transmise mensuellement) ;
- Le nombre en fin de trimestre des personnes bénéficiant de l'aide médicale, en distinguant les demandeurs et leurs ayants droit (toutefois en 2000, cette information sera transmise mensuellement) ;
- Le nombre de décisions d'attribution rendues au cours du trimestre, en distinguant les demandeurs et leurs ayants droit (toutefois en 2000, cette information sera transmise mensuellement) ;

Les documents relatifs au quatrième trimestre sont accompagnés d'un récapitulatif annuel.

L'ordonnateur de la dépense est la Ministre de l'Emploi et de la Solidarité.

Le comptable assignataire est l'Agent comptable central du Trésor.

Article 16 :

Le service rendu à l'Etat par les CPAM fait l'objet d'une évaluation forfaitaire, dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion.

Article 17 :

Les dépenses relatives à des soins effectués avant le 1^{er} janvier 2000 et qui restent à rembourser par l'Etat seront remboursées aux CPAM par les DDASS si les justificatifs sont présentés à ces dernières le 30 juin 2000 au plus tard

Si les justificatifs sont présentés après le 30 juin 2000, les dépenses seront remboursées dans le cadre de la présente convention, après paiement des échéances courantes définies à l'article 15 et dans la limite des crédits disponibles. Elles feront l'objet d'un décompte séparé.

TITRE IX COMITE NATIONAL DE SUIVI

Article 18 :

Un comité national de suivi composé de représentants de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de caisses primaires d'assurance maladie et de représentants du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité examine les problèmes soulevés par l'application de la convention nationale. Ce comité se réunit au moins une fois par an.

**TITRE X
DUREE ET RENOUVELLEMENT DE LA CONVENTION NATIONALE**

Article 19 :

La présente convention est conclue pour une durée d'un an à compter du 1er janvier 2000 et renouvelable par tacite reconduction dans la limite de quatre années.

Cette convention peut être résiliée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée au plus tard trois mois avant son échéance par décision motivée d'une des parties signataires.

Paris, le 17 octobre 2000

Le Ministre de l'Economie,
des Finances et de l'Industrie

Laurent FABIUS

La Ministre de l'Emploi et de la Solidarité

Martine AUBRY

La Secrétaire d'État au Budget

Florence PARLY

Le Président de la Caisse Nationale de
l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

Jean Marie SPAETH