

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :
19/05/89

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)

Réf. :
DGR n° 2351/89

Plan de classement :
245

Objet :

ETABLISSEMENTS VISES PAR L'ARTICLE 11 DU DECRET N° 67.1232 DU 22.12.67
. REGLES RELATIVES A LA PRISE EN SUBSISTANCE EN CE QUI CONCERNE LES ASSURES
VOLONTAIRES ET LES ASSURES PERSONNELS.

Sauf s'il s'agit d'un établissement entrant dans le champ d'application de la dotation globale, la procédure de la subsistance intégrale en cas de placement dans un établissement visé au *décret n° 67.1232 du 22.12.67* est applicable aux assurés volontaires et aux assurés personnels.

Pièces jointes :

Liens :

Ann.circ SDAM 141/72

Date d'effet :

Immédiate

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

Mme GOUEL

MME ABOUDOU

Téléphone :

42.79.32.04

42.79.35.76

@

Direction de la Gestion du Risque

MMES et MM les Directeurs

19/05/89

. des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
. des Caisses Générales de Sécurité Sociale

Origine :
DGR

(pour attribution)

MMES et MM les Directeurs
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie

(pour information)

N/Réf. : DGR N° 2351/89

Objet : **Etablissements visés par l'article 11 du décret n° 67.1232 du 22 décembre 1967 - Règles relatives à la prise en subsistance en ce qui concerne les assurés volontaires et les assurés personnels**

A. LA SITUATION CREEE PAR LA LOI N° 71.1025 DU 24.12.71

L'article 18 de la loi du 24 décembre 1971 ayant supprimé la limitation à trois ans de la prise en charge des frais d'hospitalisation engagés par les assurés volontaires avait, en contrepartie, prévu le versement d'une cotisation majorée à compter de la quatrième année.

Cette cotisation, destinée à assurer la compensation des charges supportées par l'assurance volontaire au titre des séjours hospitaliers de longue durée comprenait deux éléments :

- 1°) la cotisation normale, visant à ouvrir les droits pour le trimestre suivant celui de son paiement ;

- 2°) la majoration, permettant de servir immédiatement les prestations correspondant aux frais de séjour de plus de trois ans, cette majoration n'étant que la solution d'un problème de financement.

Il était donc nécessaire de comptabiliser de façon très précise les dépenses de prestations résultant de la suppression du délai de trois ans, afin de maintenir la cotisation à un niveau correspondant aux dépenses.

A cet effet, la circulaire n° 114.72 du 14 mars 1972 avait demandé aux caisses primaires de comptabiliser le montant des prestations d'hospitalisation servies au-delà de la 3ème année de prise en charge dans le compte 650 002 - ASS. Volontaires Ord. 21 août 1967 de la gestion F - Assurés volontaires.

Cette opération de comptabilisation s'avérait toutefois difficile à réaliser, lorsque l'assuré volontaire était hospitalisé hors de la circonscription de sa caisse d'affiliation et que c'était la caisse du lieu de séjour de l'assuré qui se trouvait chargée, dans le cadre de la subsistance, du règlement des frais d'hospitalisation.

En effet, les frais d'hospitalisation réglés par la caisse de subsistance pour le compte de la caisse d'affiliation étant remboursés par compensation entre les deux organismes, la caisse d'affiliation ne pouvait connaître que le montant global des dépenses engagées par la caisse de subsistance. Il lui était donc impossible d'individualiser lesdites dépenses de prestations afférentes aux hospitalisations de plus de trois ans des assurés volontaires de l'ordonnance du 21 août 1967.

C'est pourquoi, par *circulaire SDAM n° 141/72 du 19 juin 1972 *(Bull Jur I a rubrique M 5 Vert n° 27/72), j'avais indiqué qu'il y avait lieu, **pour tous les assurés volontaires**, de remplacer la procédure de la subsistance intégrale par celle de la subsistance médicale. (Il convient de rappeler que le régime de **l'assurance personnelle** a été institué par la loi n° 78.2 du 2 janvier 1978).

B. L'EVOLUTION DES TEXTES

A la notion de cotisation majorée s'est substituée celle de cotisation forfaitaire.

En effet, le décret n° 84.1198 du 28 décembre 1984, qui a modifié le décret n° 80.549 du 11 juillet 1980, portant fixation des cotisations à l'assurance personnelle, prévoit que la couverture des prestations... servies aux personnes qui, à la suite de séjours continus ou successifs, totalisent plus de trois ans d'hospitalisation... est assurée par une cotisation "calculée sur une base forfaitaire annuelle égale à la moitié du plafond des cotisations de sécurité sociale."

De plus, ce texte vise désormais les assurés **personnels** et non plus les assurés **volontaires**.

C. CONSEQUENCES PRATIQUES

Désormais, en matière de cotisations, aucune règle particulière n'est applicable aux assurés **volontaires**.

En ce qui concerne les assurés **personnels**, il n'est plus nécessaire de comptabiliser de façon précise les prestations correspondant aux frais de séjour de plus de trois ans, mais seulement de détecter les assurés intéressés à seule fin d'assurer correctement la liquidation des cotisations.

Dans ces conditions, la procédure de la subsistance intégrale, prévue en cas de placement dans un établissement visé au décret n° 67.1232 du 22 décembre 1967, et étendue par circulaire ministérielle n° 23 SS du 27 mars 1968, doit être, à nouveau, appliquée aux assurés volontaires et aux assurés personnels sauf, bien entendu, s'il s'agit d'un établissement entrant dans le champ d'application de la dotation globale.

**Le Directeur
de la Gestion du Risque**

M. BARUBE