

N° 1705-2015/APS/DPASS/

Date du : 18/09/2015

**Rapport de présentation  
à l'assemblée de province**

**Projet de délibération portant diverses dispositions  
de maîtrise des dépenses de santé**

---

Les dépenses de la province Sud dans le secteur « santé et social » représentent près d'un tiers de son budget.

Environ la moitié de ces dépenses concerne l'aide médicale, soit environ 7 milliards de francs CFP en 2014, et celles-ci croissent de manière structurelle, en lien avec l'augmentation de la population, l'amélioration de l'offre de soins, l'augmentation de l'espérance de vie et l'accroissement considérable du nombre de patients en longue maladie. Ainsi, les dépenses de l'aide médicale progressent actuellement d'environ 5 % par an. En 2017, on s'attend à une progression plus forte encore, du fait de l'ouverture du Médipôle.

Les dépenses liées à l'aide médicale sont ainsi l'un des facteurs explicatifs les plus significatifs de « l'effet ciseau » qui affectent structurellement les finances de la province Sud. Cet effet, décrit pour la première fois dans un rapport rédigé par le cabinet Klopfer en 2005 à la demande de l'exécutif provincial, est la conséquence du fait que la dotation globale de fonctionnement reçue de la Nouvelle-Calédonie par la province progresse moins vite que ses dépenses obligatoires.

Cette situation n'est tout simplement pas tenable.

Aussi, tout en veillant à maintenir la qualité des soins offerts aux ressortissants concernés, l'exécutif propose à l'assemblée de province un premier train de mesures de rationalisation des dépenses de l'aide médicale. Celles-ci portent d'une part sur la longue maladie et d'autre part sur la carte C. D'autres mesures suivront, notamment dans le prolongement des travaux engagés à l'échelle du pays à travers les « assises de la santé ». D'ores et déjà, la DPASS travaille sur diverses mesures, dont le « rapatriement » de la facturation des soins effectués par le secteur privé au bénéfice des ressortissants de l'aide médicale. Cette prestation est en effet actuellement assurée à titre onéreux par la CAFAT, et il est envisagé au BP 2016 quelques créations de poste destinées à assurer ces prestations en interne à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017, afin à la fois de faire des économies de frais de fonctionnement, et de renforcer les contrôles.

**I / Modification de la délibération n° 12-90/APS du 24 janvier 1990 prise pour l'application de la délibération cadre du congrès n°49 du 28 décembre 1989 relative à l'aide médicale et aux aides sociales**

Le 24 janvier 1990, l'assemblée de la province Sud a adopté la délibération n°12-90/APS afin de préciser les conditions d'application de la délibération n° 49 du 28 décembre 1989 cadre relative à l'aide médicale et aux aides sociales.

Dans l'objectif de rationaliser les dépenses de santé liées à l'aide médicale, il est proposé d'introduire deux modifications à cette délibération n°12-90/APS.

*a) Obligation imposée aux bénéficiaires de la carte A de désigner leur « médecin traitant »*

L'article 1<sup>er</sup> du présent projet de délibération a pour objet de modifier l'article 6-1 de la délibération n°12-90/APS, afin d'obliger les bénéficiaires de l'aide médicale A à désigner un « médecin traitant », qui sera chargé d'assurer un premier niveau de recours aux soins et de coordonner leur suivi médical. Celui-ci devra être un médecin traitant du secteur public ou, en cas d'absence de structure sanitaire publique à proximité, un médecin ayant passé une convention avec la province Sud.

Le périmètre d'intervention de ce médecin sera défini par délibération du bureau de l'assemblée de la province Sud, après avis de la commission intérieure en charge des questions de santé.

La DPASS estime à environ 150 millions de francs CFP par an l'économie induite par cette mesure.

*b) Renforcement de l'obligation imposée aux bénéficiaires de la carte ALM de désigner un « médecin référent »*

Les articles 2 et 3 du présent projet de délibération modifient l'article 7 de la délibération n°12-90/APS, et concernent les bénéficiaires de l'aide médicale en longue maladie (ALM).

Ainsi, le texte actuellement en vigueur oblige ces bénéficiaires à désigner un médecin référent « prioritairement » auprès des médecins exerçant dans des structures publiques de soins, mais ce mot laisse une certaine place à interprétation... Afin de lever toute ambiguïté, et surtout de renforcer le rôle de ce « médecin référent » auprès des patients en longue maladie, nous proposons de remplacer le mot « prioritairement » par le mot « exclusivement », tout en prévoyant une exception en cas d'absence ou d'insuffisance d'offre publique de soins à proximité de la résidence du patient concerné. Dans ce cas, ces patients pourront désigner un médecin référent d'exercice libéral, à condition qu'il ait signé une convention avec la province Sud, ou que le médecin-conseil de l'aide médicale de la province Sud ait agréé cette désignation.

Les patients titulaires d'une carte ALM avant l'entrée en vigueur de la présente délibération, qui ont déjà désigné un médecin référent dans le secteur privé, ne seront concernés que progressivement par cette nouvelle mesure : l'article 4 prévoit en effet que ces personnes ne seront obligées de choisir leur médecin référent parmi les médecins exerçant dans des structures publiques de soins qu'au moment du renouvellement de leur carte.

L'impact budgétaire de cette mesure peut être évalué grâce à l'expérience acquise par la CAFAT sur ses propres ressortissants. Il apparaît ainsi que, lorsque le médecin référent désigné par un patient atteint d'une longue maladie appartient au secteur privé, le coût moyen des prescriptions annuelles (pharmacie, analyses médicales, examens complémentaires, etc.) est de 330 000 francs CFP par an, alors qu'il est de 190 000 francs CFP lorsque le prescripteur relève du secteur public. Il faut ajouter à cela le coût des consultations chez le médecin généraliste, soit en moyenne 6 par an.

Ainsi, la DPASS estime l'impact global de cette mesure, la première année, à 80 millions de francs CFP par an. Puis, au fur et à mesure des renouvellements, l'obligation de s'appuyer sur un médecin référent public ou conventionné s'étendra progressivement à tous les bénéficiaires de la carte ALM (soit actuellement 2 325, ce nombre étant malheureusement appelé à progresser). Ainsi, on peut estimer que, en rythme de croisière, l'économie induite par la présente mesure sera supérieur à 200 millions de francs CFP par an. Considérant que

certain renouvellements de cartes ALM n'interviennent que tous les 10 ans, il sera d'ailleurs étudié la possibilité d'accélérer l'entrée en vigueur de l'obligation de recourir à un médecin référent public ou conventionné.

## **II / Modification de la délibération n°57-2009/APS du 26 novembre 2009 relative au régime d'aide médicale et aux allocations complémentaires aux anciens combattants et à leurs ayants droit**

### *a) Le régime particulier institué par la province au bénéfice des combattants et de leurs ayant-droit*

A l'article 15 de la délibération n° 49 du 28 décembre 1989 cadre relative à l'aide médicale et aux aides sociales, le congrès de la Nouvelle-Calédonie a institué un régime d'aide médicale particulier, au bénéfice des anciens combattants, des volontaires des Forces Françaises Libres (VFFL), des engagés volontaires de la Nouvelle-Calédonie (au sens de l'article 17 de ladite délibération), des veuves de guerre et de leurs ayant-droit. Ce régime permet ainsi aux titulaires de la carte de combattant délivrée par l'Office National des Anciens Combattants (ONAC) une prise en charge totale en cas d'hospitalisation non prise en charge par l'Etat ou une autre caisse de couverture sociale, ainsi qu'une prise en charge à 45 % pour l'épouse et les ayant droits du titulaire de la carte.

La délibération n° 12-90/APS prise pour l'application de cette délibération cadre du congrès, a introduit au bénéfice de cette catégorie de bénéficiaires de l'aide médicale certaines dispositions plus favorables que celles prévues par le congrès.

Cette logique a été significativement renforcée par la délibération n° 57-2009/APS du 26 novembre 2009, qui prévoit notamment l'octroi, à tous les anciens combattants, VFFL, engagés volontaires et veuves de guerre, d'une carte C à caractère permanent (et non pas annuelle), qui ouvre droit à une prise en charge à 100 % des tarifs conventionnels pour tous les frais de santé (et non plus seulement pour les frais d'hospitalisation). Les mêmes droits sont également accordés aux épouses et ayant droits mineurs (et non pas au taux de 45%).

Par ailleurs, bien que la délibération cadre du congrès ait conditionné l'octroi des avantages prévus par le régime de l'aide médicale à certains plafonds de ressources, il était d'usage dans la pratique que les services provinciaux n'effectuent pas cette vérification, limitant ainsi leur contrôle aux éléments ci-après : carte de l'ONAC, condition de résidence de six mois en province Sud, centre des intérêts matériels et moraux en Nouvelle-Calédonie.

### *b) Les problèmes posés par ces dispositions*

Ces formalités simplifiées contribuent à expliquer le recours massif des titulaires de la carte de combattant au régime d'aide médicale spécifiquement institué par la province Sud à leur avantage.

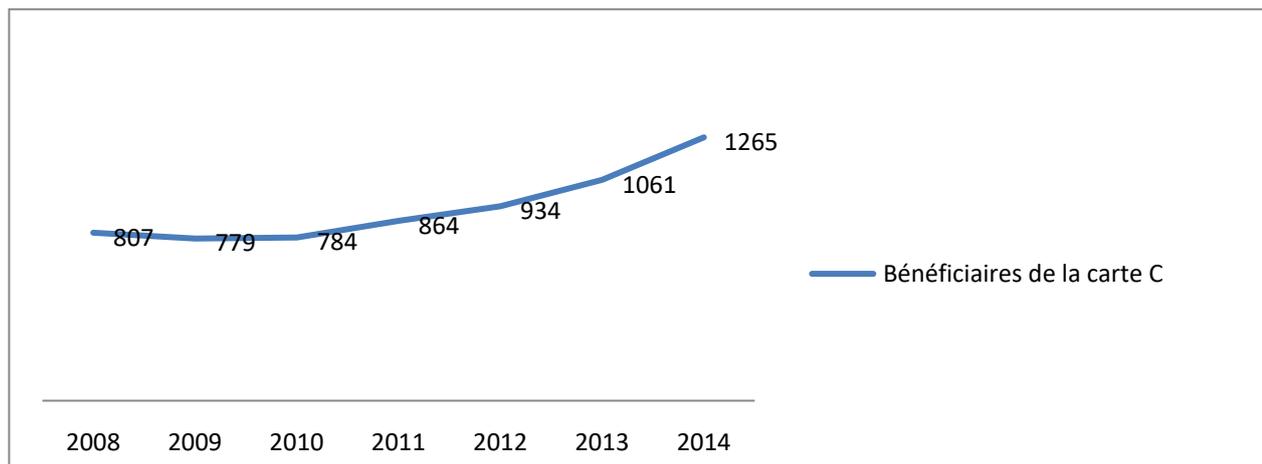
Ainsi, même les démarches pour la prise en charge d'une longue maladie auprès des caisses primaires ne sont plus effectuées par les titulaires de la carte de combattant, comme l'exige pourtant la réglementation, dès lors que le régime d'aide médicale dont ils bénéficient leur est plus favorable, grâce à une prise en charge totale des frais. On estime ainsi à plus d'une centaine le nombre de bénéficiaires de la carte C dans cette situation. Par voie de conséquence, la province supporte une charge de l'ordre de 67 millions de francs CFP par an, qui devrait, par nature, relever de la CAFAT.

Par ailleurs, à l'expérience, la province Sud se trouve confrontée à l'impossibilité de recouvrer auprès des mutuelles externes au territoire, les sommes qu'elle avance aux titulaires de la carte C au titre du tiers payant.

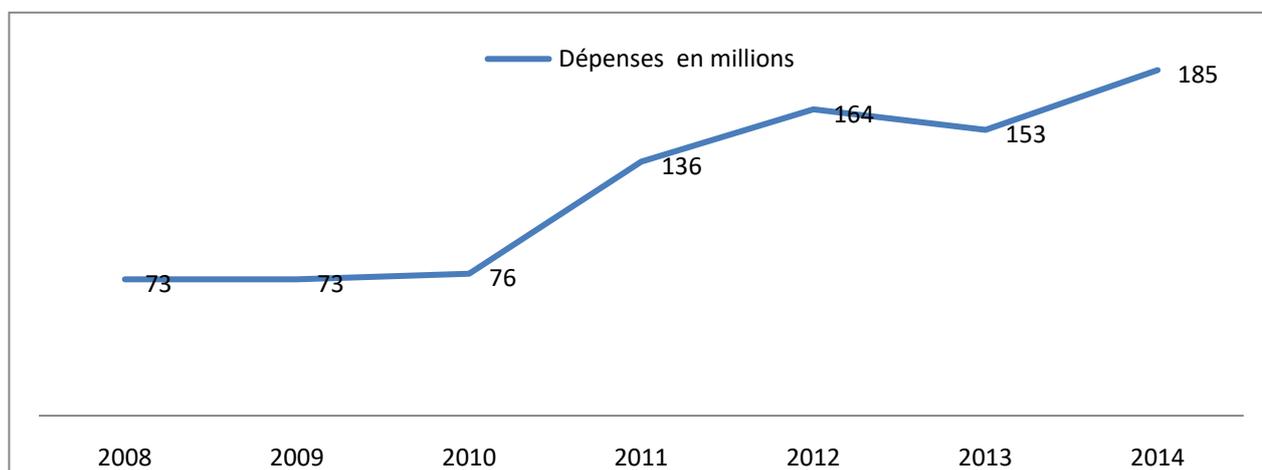
### *c) Eléments quantitatifs*

L'ONAC de Nouvelle-Calédonie suit actuellement 2 500 titulaires de la carte de combattant et 165 veuves. La moitié d'entre eux, soit 1 266, sont bénéficiaires de la carte d'aide médicale C. Un seul réside en province Nord, et aucun en provinces des Iles, car ces provinces n'appliquent pas de régime aussi favorable que celui institué par la province Sud.

Comme le montre le graphique ci-dessous, le nombre de bénéficiaires croît régulièrement et de façon importante (+ 62% en 5 ans).



L'évolution du nombre de bénéficiaires se traduit mécaniquement par une augmentation des coûts supportés par la province soit un doublement des dépenses en cinq ans passant de 73 millions en 2009 à 185 millions en 2014, comme le montre le graphique ci-dessous.



Ainsi, en 2014, le régime spécifique institué au bénéfice des titulaires de la carte C et de leurs ayant-droit a représenté pour la province Sud un coût total de 185 millions de francs CFP et, en cumulé sur 5 ans, 714 millions.

On estime que les mesures dérogatoires instituées en 2009 génèrent un surcoût d'environ 70%, soit environ 75 millions en 2014 et 300 millions en cumulé sur 5 ans.

Le coût moyen annuel par bénéficiaire est estimé à 155 000 francs CFP.

#### *d) Les nouvelles dispositions prises par l'Etat*

Cette croissance est appelée à s'accélérer dans la mesure où l'article 87 de la loi de finances pour 2015 (loi n°2014-1654 du 29 décembre 2014) a modifié et assoupli les critères d'attribution de la carte du combattant au titre des opérations extérieures.

Ainsi, depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2015, la carte du combattant est attribuée

- à tous les militaires et anciens militaires qui justifient d'une durée de service d'au moins quatre mois (ou 120 jours) effectués en opérations extérieures (OPEX), sur un ou des territoires appartenant à une liste définie par décret ;

- et à certains civils répondant à des critères similaires.

Il est dès lors attendu une nouvelle vague de demandes d'admission à l'aide médicale relevant de la carte C. Ainsi, l'ONAC a estimé à 135 le nombre de foyers supplémentaires susceptibles d'obtenir une carte du combattant, soit environ 400 personnes. Dans l'hypothèse où toutes ces personnes se verraient reconnaître par la province le bénéfice de la réglementation actuellement en vigueur au titre de la carte C, soit un surcoût annuel d'environ 60 MF dans les conditions actuelles, sur la base

Il faut noter que la modification des critères ouvrant droit à l'attribution de la carte du combattant n'était pas une décision difficile pour l'Etat, car cette carte n'apporte essentiellement que des avantages honorifiques, et non financiers.

e) Les conséquences à en tirer

Compte tenu de la situation financière difficile de la collectivité, du besoin de mettre en œuvre des dispositifs qui répondent aux principes de l'équité sociale et de bonne gestion des deniers publics, l'exécutif propose à l'assemblée de province de modifier la délibération n°57-2009/APS du 26 novembre 2009.

Les modifications portent essentiellement sur les points suivants :

A l'article 5, il est proposé de supprimer la mention « *allocations complémentaires* » dans l'intitulé de la délibération n° 57-2009/APS du 26 novembre 2009, ces allocations n'ayant jamais été sollicitées par les titulaires de la carte de combattant. En conséquence, les articles 2 à 5 de la délibération sus visée et afférents à cette mesure sont abrogés.

A l'article 6, il est proposé de réécrire l'article 1 de la délibération n° 57-2009 APS du 26 novembre 2009 et de se rapprocher de la délibération du congrès n° 49 du 28 décembre 1989 cadre relative à l'aide médicale et aux aides sociales.

L'évolution envisagée de ce dispositif se présente ainsi qu'il suit.

Dispositions de l'aide médicale spécifiquement prévues au bénéfice des anciens combattants et ayant-droit		
Dispositions prévues par la délibération-cadre du congrès	Dispositions provinciales actuellement en vigueur	Dispositions du présent projet de délibération
Frais relatifs à des hospitalisations uniquement.	Pas de limitation d'accès aux soins et aux structures de soins (public ou privé).	Les personnes sans couverture ou avec une couverture extérieure à la Nouvelle-Calédonie sont assimilées à des « carte A » et ont donc accès exclusivement au secteur public ou aux médecins conventionnés par la province sud.  Les personnes ayant une couverture locale sont assimilées à des « carte B » et ont donc accès à la fois aux secteurs public et privé.
Ticket modérateur de 20%.  NB : seuls les soins dispensés dans le cadre d'une hospitalisation sont pris en charge (art 15), et il n'y a pas de ticket modérateur pour l'hospitalisation (art 24)	Absence de ticket modérateur, pour tous les soins, et pour les titulaires de la carte du combattant comme de leurs ayant droit.	Absence de ticket modérateur pour le titulaire de la carte du combattant, mais pas pour ses ayant-droit.
Soumis au principe général d'une condition de ressource excluant la prise en compte de la retraite du combattant et des pensions honorifiques (art 2).	Pas de condition de ressource.	Mêmes plafonds de ressources que ceux applicables respectivement aux aides médicales A et B.
	Carte permanente.	La durée de validité est d'un an.

Ces nouvelles dispositions réglementaires génèreraient a minima 120 millions de francs CFP d'économie pour la province Sud, en année pleine.

Telles sont les propositions de modifications réglementaires que j'ai l'honneur de vous soumettre.