RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

N° 1160-2016/APS/DPASS/

Date du : 13/06/2016

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

**Projet de délibération portant modification de la délibération modifiée 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***

---

Le 30 octobre dernier, afin de mettre fin à la croissance permanente du coût supporté par la province Sud au titre de l'aide médicale, l'assemblée a adopté, à l'unanimité, la délibération n°42-2015/APS « *portant diverses dispositions de maîtrise des dépenses de santé* ».

Celle-ci, entre autres choses, a révisé le cadre très avantageux établi par la délibération n° 57-2009/APS du 26 novembre 2009, concernant le dispositif d'aide médicale réservé aux anciens combattants, dit « *carte C* ». Cette modification visait en particulier à rapprocher les règles appliquées par la province pour l'octroi de la carte C, vis à vis des règles générales posées par la délibération du congrès n° 49 du 28 décembre 1989 cadre relative à l'aide médicale et aux aides sociales, en :

- conditionnant l'octroi de la carte C à une condition de ressources, et à l'absence de 2 modes de couverture sociale (en général CAFAT + mutuelle) ;

- réinstaurant le principe de renouveler annuellement la carte C (qui a donc perdu son caractère permanent).

Ces modifications ont pris effet le 1er janvier 2016, et ont commencé à porter leurs fruits puisque, pour la première fois, le nombre de titulaires de la carte C est en baisse (de plus de 4 % sur 6 mois), alors qu'à défaut d'une modification réglementaire, il était prévu une forte hausse, du fait de l'assouplissement très significatif, à compter du 1er octobre 2015, des conditions d'octroi de la « *carte du combattant* » délivrée par l'office national des anciens combattants (le service de l'ONAC en Nouvelle-Calédonie compte ainsi aujourd'hui 4000 titulaires de la carte de combattant, alors qu'ils n'étaient que 2500 en octobre 2015).

Une mesure transitoire avait été prévue pour les personnes qui bénéficiaient déjà, au 1er janvier 2016, d'une carte C. Pour celles-ci, leur carte devait rester valide jusqu'au 1er août 2016, date à laquelle ils devraient avoir effectué leur demande de renouvellement et, à condition de satisfaire aux nouvelles conditions d'octroi, avoir obtenu leur nouvelle carte C.

Toutefois, les échanges intervenus ces dernières semaines entre la province, l'ONAC et certains représentants des anciens combattants ont conduit à identifier certaines difficultés non soulevées auparavant.

Il est d'abord apparu que les anciens combattants ayant atteint un certain âge, qui n'étaient pas affiliés à une mutuelle bien qu'ayant théoriquement un niveau de revenu le permettant, se voyaient opposer par lesdites mutuelles un refus d'affiliation pour des raisons d'âge ou d'état de santé insuffisant.

C'est pourquoi il est proposé d'introduire, dans la délibération du 26 novembre 2009 précitée, une mesure à caractère dérogatoire, au bénéfice des anciens combattants qui, à la date du 1er août 2016, sont à la fois titulaires de la carte C et âgés de 60 ans ou plus, et qui ne disposent pas de deux modes de couverture sociale. Quelles que soient leurs ressources, ces personnes seront maintenues dans le dispositif du fait des difficultés qu'elles pourraient avoir pour s'affilier à une mutuelle, et don obtenir une couverture satisfaisante.

Cette dérogation est, par construction, transitoire, car elle n'est ouverte qu'à des personnes nées avant le 1er août 1956 et déjà bénéficiaires de la carte C au 1er août 2016.

En second lieu, s'est posée la question de maintenir dans le dispositif les personnes qui, bien qu'ayant deux couvertures, et donc pas de difficultés à se faire rembourser leurs soins, méritent une reconnaissance particulière de la collectivité, à savoir les anciens combattants de plus de 70 ans, qui sont pour l'essentiel des vétérans des conflits d'Indochine et d'Algérie. Là encore, il s'agirait d'une mesure transitoire, réservée aux personnes nées avant le 1er août 1956 déjà bénéficiaires de la carte C au 1er août 2016.

L'exécutif a demandé à la DPASS d'étudier l'impact de ces deux dérogations.

Pour mémoire, au 1er juin 2016, la DPASS 1336 personnes bénéficiaires de l'aide médicale C (titulaires, conjoints ou enfants), se répartissant comme suit :

| Bénéficiaires | < 60 ans | 60-64 ans | 65-69 ans | 70 ans et + | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 couverture | 20 | 1 | 1 | 7 | 29 |
| 1 couverture | 151 | 23 | 22 | 354 | 550 |
| 2 couvertures et + | 333 | 55 | 27 | 342 | 757 |
| | 504 | 79 | 50 | 703 | 1336 |

Le montant des dépenses de santé prises en charge par la province pour chacun de ces 1336 bénéficiaires de la carte C est en moyenne de 146 000 francs CFP par an. Il faut toutefois déduire de ce coût les remboursements que la province arrive à obtenir auprès des caisses primaires et des mutuelles auxquelles sont affiliées les personnes concernées. La DPASS évalue approximativement le taux de ces remboursements :

- à 32 % pour les bénéficiaires de la carte C avec 1 couverture sociale ou 2 couvertures dont 1 au moins hors territoire (cette partie du recouvrement étant actuellement *de facto* inopérant) ;
- et à 80 % pour les bénéficiaires de la carte C avec 2 couvertures sociales en Nouvelle-Calédonie.

Le tableau ci-après permet alors d'estimer comme suit le coût net supporté par la province au titre l'aide médicale C [1] :

- coût brut des soins bénéficiant aux cartes C dans le secteur libéral, avant remboursement par les caisses primaires et mutuelles des bénéficiaires : 195 MF / an ;
- coût net après remboursement : 101 MF/an.

[1] Ces calculs reposent sur l'hypothèse d'un coût moyen du fait de l'absence de données plus précises par la CAFAT, à laquelle la province sous-traite la gestion des factures émises par les professionnels de santé. Mais en pratique, les différentes catégories de bénéficiaires génèrent très certainement un coût croissant avec l'âge.

Les mesures votées le 30 octobre auraient du avoir pour effet de radier :

- ceux des 408+171 = 579 bénéficiaires de la carte C ayant 0 ou 1 couverture sociale, qui ont des revenus inférieurs au plafond ; on peut estimer le taux de radiation à 70% ;

- la totalité des 857 bénéficiaires de la carte C ayant 2 couvertures sociales ou plus.

Ces radiations auraient entrainé une économie d'environ 84 MFCFP (et non pas 120 MFCFP comme estimé sommairement dans le rapport de présentation de la délibération d'octobre 2015).

171 415 408 342

| Nombre de bénéficiaires par tranche d'âge | | | < 60 | 60-65 | 66-69 | >70 | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 couverture | | | 20 | 1 | 1 | 7 | 29 |
| 1 couverture | | | 151 | 23 | 22 | 354 | 550 |
| 2 couvertures | mutuelle locale | | 204 | 28 | 14 | 220 | 466 |
| | mutuelle extérieure | | 129 | 27 | 13 | 122 | 291 |
| TOTAL | | | **504** | **79** | **50** | **703** | **1336** |

| D : dépenses (146 000 FCFP par bénéficiaire) | | | < 60 | 60-65 | 66-69 | >70 | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 couverture | | | 2 920 000 | 146 000 | 146 000 | 1 022 000 | 4 234 000 |
| 1 couverture | | | 22 046 000 | 3 358 000 | 3 212 000 | 51 684 000 | 80 300 000 |
| 2 couvertures | mutuelle locale | | 29 784 000 | 4 088 000 | 2 044 000 | 32 120 000 | 68 036 000 |
| | mutuelle extérieure | | 18 834 000 | 3 942 000 | 1 898 000 | 17 812 000 | 42 486 000 |
| **TOTAL** | | | **73 584 000** | **11 534 000** | **7 300 000** | **102 638 000** | **195 056 000** |

| R : recouvrement | | Taux | < 60 | 60-65 | 66-69 | >70 | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 couverture | | 0% | - | - | - | - | - |
| 1 couverture | | 32% | 7 054 720 | 1 074 560 | 1 027 840 | 16 538 880 | 25 696 000 |
| 2 couvertures | mutuelle locale | 80% | 23 827 200 | 3 270 400 | 1 635 200 | 25 696 000 | 54 428 800 |
| | mutuelle extérieure | 32% | 6 026 880 | 1 261 440 | 607 360 | 5 699 840 | 13 595 520 |
| **TOTAL** | | | **36 908 800** | **5 606 400** | **3 270 400** | **47 934 720** | **93 720 320** |

| Coût NET estimé pour la province | | | < 60 | 60-65 | 66-69 | >70 | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 couverture | | | 2 920 000 | 146 000 | 146 000 | 1 022 000 | 4 234 000 |
| 1 couverture | | | 14 991 280 | 2 283 440 | 2 184 160 | 35 145 120 | 54 604 000 |
| 2 couvertures | mutuelle locale | | 5 956 800 | 817 600 | 408 800 | 6 424 000 | 13 607 200 |
| | mutuelle extérieure | | 12 807 120 | 2 680 560 | 1 290 640 | 12 112 160 | 28 890 480 |
| **TOTAL** | | | **36 675 200** | **5 927 600** | **4 029 600** | **54 703 280** | **101 335 680** |

A contrario, les deux dérogations proposées vont supprimer une partie de ces économies, que la DPASS estime comme suit :

- 28,6 MFCFP liés au maintien dans le dispositif de celles des 408 personnes ayant plus de 60 ans et 0 ou 1 couverture qui auraient normalement dû être radiées du fait de leurs revenus ; avec un taux de radiation estimé à 70%, nous comptons donc 286 bénéficiaires de la dérogation ;

- 18,5 MFCFP liés au maintien dans le dispositif des 342 personnes ayant plus de 70 ans et 2 couvertures sociales ou plus.

L'économie nette passe donc de 84 MFCFP à 37 MFCFP. Toutefois, s'agissant de dérogations à caractère transitoire, leur effet va s'estomper au fil du temps, au fur et à mesure des décès des 628 bénéficiaires concernés.

Il est également signalé que la province espère pouvoir, à compter du 1er janvier 2017, obtenir une amélioration de son taux de recouvrement auprès des caisses primaires et mutuelles, en mettant fin à la convention sous-traitant à la CAFAT le traitement financier et le contrôle des dossiers de soins ambulatoires des ressortissants de l'aide médicale et le paiement de ces soins aux professionnels libéraux concernés. Cette résiliation a été engagée du fait du montant excessif de la compensation financière perçue par la CAFAT (120 MF par an) et des doutes de la DPASS quant au suivi effectué par la CAFAT et à l'absence de recouvrements auprès des mutuelles hors

territoire (doutes corroborés par des échanges avec la province Nord, laquelle a mis déjà fin à sa sous-traitance à la CAFAT).

Les droits et obligations des bénéficiaires de ces dérogations transitoires sont dûment précisés par le texte proposé. Ainsi, ceux ayant 0 couverture ou 1 couverture hors territoire, bénéficieraient des mêmes droits et obligations que les titulaires de la carte A (ce qui exclut l'accès au secteur libéral non conventionné), tandis que tous les autres bénéficiaires bénéficieraient des mêmes droits et obligations que les titulaires de la carte B.

Il est également proposé de dispenser ces personnes de renouveler leur carte chaque année, au contraire des autres bénéficiaires de la carte C.

Tel est le projet de délibération que j'ai l'honneur de vous soumettre.