

## Dossier de presse

Loi de pays n°2011-18 portant diverses mesures d'ordre social

-----

- ❖ **Modification du taux de remboursement des consultations et des visites au titre de la longue maladie**
- ❖ **Cotisation au régime maladie des pensions de réversion**
- ❖ **Dispositifs d'hébergement des évasanés inter insulaires**

Conférence de presse du 26 juillet 2011

Information de la page 6 à 11 déjà fournie

Lors de la conférence sur les mesures d'urgence le 1<sup>er</sup> juillet 2011

## **1) Modification du taux de remboursement des honoraires des consultations et visites d'un médecin au titre de l'assurance longue maladie**

### **A compter du 1<sup>er</sup> août 2011**

Après promulgation de la Loi de Pays n°2011-18 du 11 juillet 2011 instaurant une participation de l'assuré en longue maladie, l'arrêté n° 1027/CM du 21 juillet 2011 fixe le taux de remboursement des honoraires des consultations et visites d'un médecin au titre de l'assurance longue maladie à 95%.

- **Une participation de l'assuré en longue maladie**

Afin de responsabiliser le patient vis-à-vis de sa pathologie, il est instauré un ticket modérateur de 5% .

La prise en charge des soins s'effectue donc à 95% au lieu de 100% pour les consultations et les visites médicales liées à la longue maladie. L'assuré devra régler directement au médecin 200 F cfp en moyenne pour une consultation soit un coût moyen de 3000 Fcfp par patient et par an.

- **Le ticket modérateur de 5% s'applique :**

- à une consultation ou une visite réalisée par un médecin qu'il soit généraliste ou spécialiste effectuée à son cabinet, à titre externe à l'hôpital, dans un centre de soins, dans un dispensaire ou au domicile du patient ;
- aux majorations de nuit et du dimanche
- aux frais de déplacement du médecin
- à l'électrocardiogramme
- à l'IRM
- à une ostéodensitométrie
- aux consultations et visites incluses dans le panier de soins

- **Le taux de prise en charge à 100% dans le cadre de la longue maladie demeure inchangé :**

- pour les médicaments
- l'hospitalisation
- les soins dentaires
- les actes infirmiers,
- la kinésithérapie
- les analyses biologiques.

<b>Le tiers payant est maintenu pour l'ensemble des prestations</b>
---

**Tableau récapitulatif des principaux actes**

Actes	Tarifs en vigueur	95% Part prise en charge par la CPS	5% Part à la charge de l'assuré
Consultation d'un généraliste	3 600	3 420	180
Consultation d'un spécialiste	4 650	4 418	232
Visite d'un généraliste, d'un spécialiste ou d'un neuropsychiatre, consultation psychiatrique, consultation affection longue durée	7 200	6 840	360
Consultation spécifique cardiovasculaire	11 100	10 545	555
IRM ( hors forfait technique)	13 950	13 253	697

Exemple à titre indicatif : si vous consultez un cardiologue, sur un montant total de 11 100 Fcfp, **vous lui verserez 555 Fcfp, la CPS prendra en charge en tiers payant 10 545 Fcfp.**

5% part prise en charge par l'assuré, paiement direct au médecin :  $11\,100 \times 5\% = 555$  Fcfp

95% part prise en charge par la CPS en tiers payant et versée au praticien :  $11\,100 \times 95\% = 10\,545$  Fcfp

## 2) Prélèvement des cotisations en assurance maladie sur les pensions de réversion du régime des salariés

La loi de pays n° 2011-18 du 11 juillet 2011 prévoit le prélèvement d'une cotisation en assurance maladie sur les pensions de réversion du régime des salariés.

L'arrêté n° 1027/CM du 21 juillet fixe le taux de cette cotisation à 2,68 %.

En application de ces dispositions, le prélèvement de la cotisation en assurance maladie sera effectué à **compter des pensions de réversion du mois d'Août 2011.**

Sont exonérés de cotisations, les titulaires de pensions de retraite ou de réversion dont les montants sont inférieurs au minimum vieillesse, soit la somme mensuelle de 74 000 FCFP.

Cependant, lorsque le titulaire de la pension de réversion bénéficie également d'une pension de retraite dont les montants cumulés sont supérieurs au minimum vieillesse, le prélèvement de la cotisation en assurance maladie s'effectuera comme suit :

- taux de cotisation prélevé sur la pension de retraite : 4,02 %
- taux de cotisation prélevé sur la pension de réversion : 2,68 %

### 3) Dispositifs d'hébergement des évacués inter insulaires

Réf : Arrêtés n° 343CM , 345 CM et 346 CM du 10/04/06 approuvant la convention type relative à l'hébergement des ressortissants et la loi de pays n° 2011-18 du 11 juillet 2011 portant diverses dispositions d'ordre social.

- **Rappel et contexte :**

Compte tenu de l'absence de structure de soins ou de spécialistes dans certaines îles et de la nécessité pour les patients résidant dans ces îles de quitter leur île d'origine pour recevoir des soins dans les établissements de santé tels que le CHPF et l'hôpital d'Uturoa, les Régimes avaient décidé début 2006, de prendre en charge, sur la base d'un forfait journalier et sur une durée de 3 jours maximum (exception faite des femmes enceintes et soins ambulatoires post hospitalisation), l'hébergement "extra hospitalier" de ces patients "évacués sanitaires" ainsi que leurs transports quand cela s'avérerait nécessaire.

Les textes régissant l'assurance maladie ne prévoyant pas expressément cette prestation, il avait été convenu que son principe et son étendue (notamment les bénéficiaires) devaient être fixés par une loi de pays (nouvelle prestation en assurance maladie - *Arrêté n° 335/ CM du 10 avril 2006 paru au JOPF du 20-04-06*), et que dans l'attente de celle-ci, la prise en charge s'effectuerait au niveau du FASS. A ce titre depuis avril 2006, des conventions ont été passées avec différentes structures.

La **loi a été promulguée** le 11 juillet 2011, le dispositif est désormais pris en charge par l'assurance Maladie, et élargi aux assurés du régime de Sécurité Sociale.

- **Description du dispositif :**

En dehors des familles d'accueil, les "structures" d'hébergement conventionnées avec la CPS sont au nombre de **5 sur Raiatea** pour une capacité de 38 chambres et **7 sur Papeete** pour une capacité de 166 chambres depuis la signature d'une convention avec Hospitel le 15 février 2011 contre 121 en 2010. Le tableau ci-après, résume l'**activité mensuelle moyenne** de l'ensemble de ces structures :

Moyenne Mensuelle Hébergement	Année	Nbre lits	PC	Nuités	DMS
	2007	64	144	672	4,7
	2008	76	264	1 122	4,3
	2009	68	261	1 049	4,0
	2010	83	243	977	4,0
Papeete	2011	128	252	885	3,5

Moyenne Mensuelle Hébergement	Année	Nbre lits	PC	Nuités	DMS
	2007	38	37	180	4,9
	2008	38	38	263	6,9
	2009	38	31	249	8,1
	2010	38	31	254	8,2
Raiatea	2011	38	34	247	7,3

Moyenne Totale / mois Prises en charge en Hébergement	Année	Nbre lits	PC	Nuités	DMS
	2007	102	181	852	4,7
	2008	114	301	1385	4,6
	2009	106	291	1298	4,5
	2010	121	275	1231	4,5
	2011	166	285	1132	4,0

Source : Service EVASAN – Bilan des prises en charge arrêté au 15/07/2011 – PC : prise en charge – DMS : Durée moyenne de séjour

A noter pour 2011 : Ouverture hospitel au le 4 juin 2011- soit + 64 chambres – Fermeture Moana nui 1 mois en avril -

L'analyse de cette activité montre une **tendance à la baisse** avec le nombre de prises en charge mensuelles aux alentours de 275 par mois pour 1 230 nuitées, la durée moyenne de séjour étant stable à 4,5 jours

La possibilité pour les assurés du Régime de Sécurité Sociale de bénéficier du dispositif à compter du 15 juillet ainsi que l'ouverture de la radiothérapie au CHPF devraient faire évoluer l'activité à la hausse tant en nombre quant durée de séjour mais celle-ci devrait être absorbée par l'ouverture depuis juin, d'hospitel.

**2 428 ressortissants** soit 8.8 % des evasans inter-iles ont bénéficié de cette mesure en 2010, contre 2 770 en 2008 et 2009 qui représentaient 8,5 % des évacuations, la répartition par îles d'accueil, en nuitées s'établissant à **78% sur Tahiti** pour 88 % des bénéficiaires.

- **Données financières**

La répartition des frais d'hébergement, sur la base des prises en charge, pour 2010 reste stable est ventilé par régime comme suit : **48% pour le RGS, 5% pour le RNS et 47% pour le RSPF**. (ne bénéficie pas de cette prestation, les ressortissants d'autres régimes de Sécurité sociale : RSS, ENIM, CAFAT ...). Les montants remboursés s'élèvent à **82 MF** en 2010 contre 89 MF en 2009 et 98 MF en 2007, tous régimes confondus.

- **Evolution du dispositif**

Pour Tahiti, le dispositif semble suffisant et couvrir les demandes. Dans le cadre de la mise en œuvre des nouvelles activités par le CHPF, (radiothérapie) et la perspective de diminution des evasans internationales, l'hôtel des familles devrait accueillir sur le mode d'une structure mixte type hospitel et maison des familles, 20 à 30 patients auxquels il convient d'ajouter certains evasanes des îles et leur accompagnateur (20) « transfert » des autres structures d'hébergement, et patients relevant de la Sécurité Sociale.

Pour Raiatea, le dispositif est suffisant et couvre les demandes (taux d'occupation de 25%).

Pour les Marquises, le choix de la CPS est de s'appuyer sur l'hôpital de Taiohae, dont le taux d'occupation est inférieur à 50%, ce qui permet outre de participer à son équilibre financier, de maintenir une certaine activité (choix retenu en Commission d'Organisation Sanitaire de mai 2009 : identification de 08 lits d'hébergement)

## **La Protection Sociale Généralisée polynésienne :**

### **un système de sécurité sociale parmi les plus avancé au monde**

L'instauration de la PSG par délibération de l'assemblée de la Polynésie française du 3 février 1994 a constitué un progrès social indéniable. Elle a donné au système de protection sociale polynésien sa vocation universelle, en instituant le droit à la sécurité sociale pour tous. La population a pu ainsi bénéficier de garanties contre les principaux risques médicaux et sociaux et d'un accès aux soins pour la frange de la population la plus démunie.

Le taux de couverture de la population grâce à l'instauration de la PSG, est ainsi passé de 70 % en 1994 à près de 99% en 2010, soit 264 000 personnes. La PSG s'articule principalement autour de 3 régimes : Régime des Salariés (RGS), Régime des Non Salariés (RNS) financés par les cotisations et le Régime de Solidarité de Polynésie française (RSPF) financé par l'affectation de taxes et la participation du Pays.

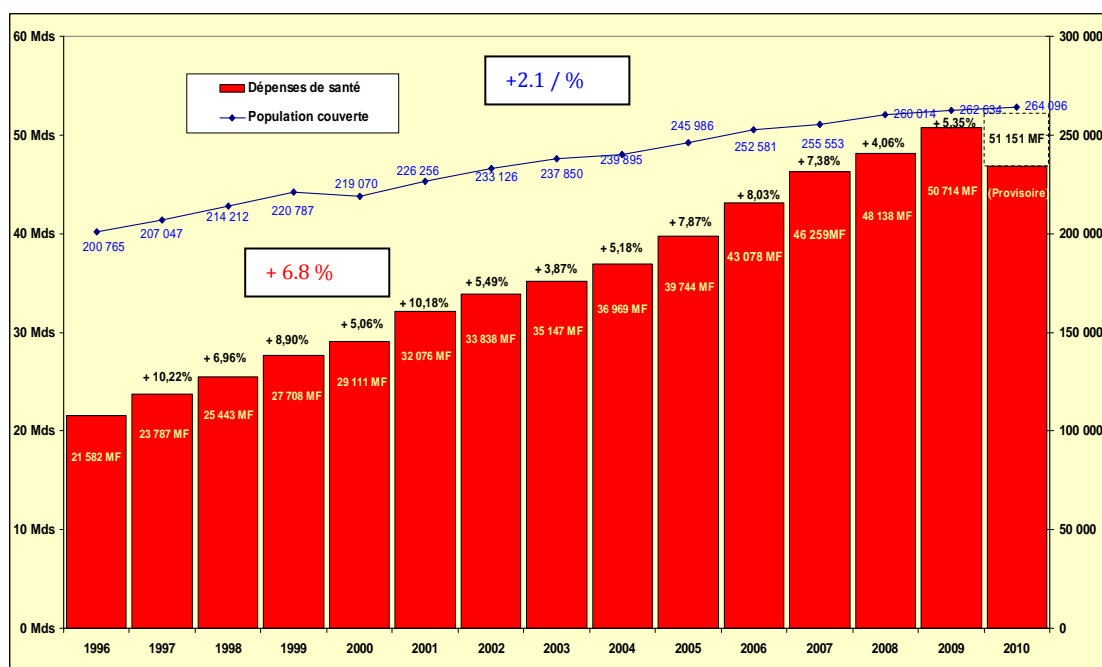
Les prestations couvrent principalement les risques liés à la maladie, la maternité, les accidents du travail, à la vieillesse, au domaine de la famille et de la solidarité.

## Un système dont l'équilibre est aujourd'hui perturbé pour des raisons structurelles et conjoncturelles.

Plus de 15 années après sa mise en place, la Protection Sociale Généralisée se trouve confrontée à une situation financière très délicate dont les causes sont essentiellement liées à l'évolution de la société et du mode de vie des polynésiens. Des causes auxquelles s'ajoutent la conjoncture économique dégradée, celle-ci ayant entraîné de nombreuses pertes d'emploi et généré une précarité grandissante ; ainsi que des raisons structurelles liées à l'accroissement et au vieillissement de la population et donc aux besoins de prise en charge de plus en plus important, à l'augmentation des pathologies chroniques, à l'éclatement géographique, mais également aux impératifs de financement des équipements techniques nécessaires sur le Fenua .

Pour toutes ces raisons, la prise en charge par la PSG des dépenses de santé augmente en moyenne de 6,8 % chaque année soit 2.2 MDS. En moins de 15 ans, les dépenses de la branche maladie ont plus que doublé, passant de 21,58 milliards de F CFP en 1996 à plus de 52 milliards en 2010. Le nombre de ressortissants a augmenté en moyenne de 2,18% par an soit 31 % sur la période. ( cf tableau ci-après )

Evolution des dépenses en Nature tous régimes confondus ( RSG, RNS, RSPF, RSS)

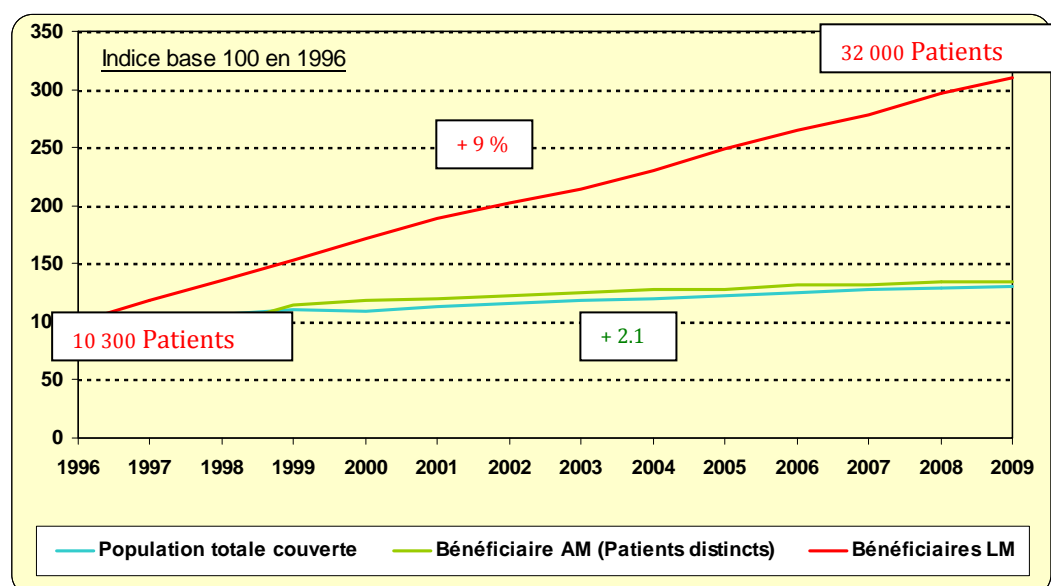


Source CPS – Pole d'analyse et d'expertise

De fait la consommation moyenne par ressortissant augmente , avec un coût moyen par ressortissant qui passe de 107 000 F en 1996 à 193 000 F en 2010 soit + 6 % par an en moyenne

Si plusieurs facteurs sont responsables de cette augmentation, accroissement de 62 000 ressortissants, vieillissement de 6 ans de la population, comportement à risque, il faut distinguer toutefois particulièrement le poids des longues maladies qui, à cause de l'évolution beaucoup plus rapide ( + 9% en moyenne / an ) du nombre de bénéficiaires représentent à elles seules près de 45% des dépenses de santé soit environ 25 milliards de F CFP en 2010, pour seulement 12,2 % de la population couverte, soit 32 029 personnes. (cf tableau ci après)

#### Evolution de la Population et Bénéficiaires de soins



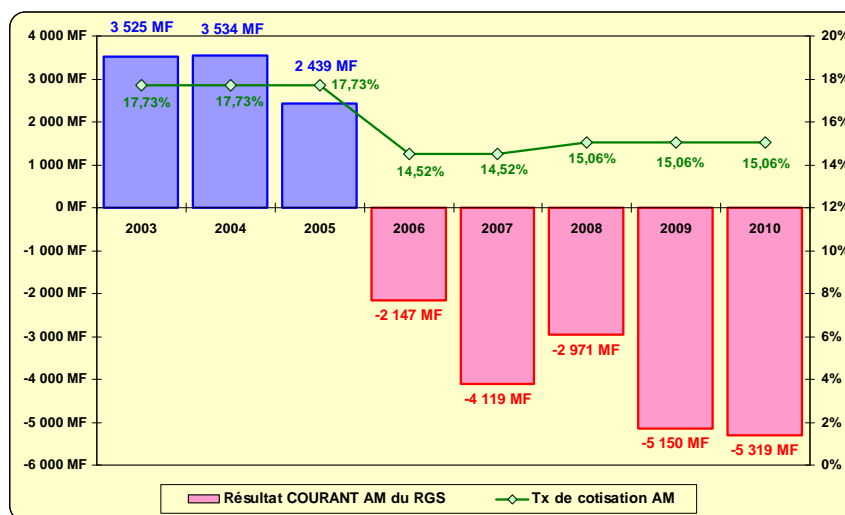
En 2010, le taux de prévalence était de 122 patients pour 1000 personnes couvertes comme en 2009 contre 45 en 1995, 81 en 2000, 105 en 2005. Ce qui se traduit par une croissance rapide des effectifs globaux contrairement à l'évolution beaucoup plus modérée du nombre de nombre de bénéficiaires quasi identiques à celles du nombre de ressortissants couverts.

- Avec environ 3 120 nouveaux cas en 2009, le nombre de personnes admises en LM atteint un niveau quasiment similaire à l'année 1995. En plus de l'année 2009, à 4 reprises (1995, 2000, 2005 et 2008), la barre symbolique des 3000 nouveaux patients a été franchie.
- Toutes affections confondues, la catégorie des 40 - 59 ans représente 37% des nouveaux cas contre 28% pour les 60 ans et plus.
- Au 31 décembre 2010, 12,2% de la population couverte bénéficie de la prise en charge à 100% par la CPS au titre de la longue maladie contre 6.2 % en 1996.



Les deux tableaux ci- dessous pose clairement la problématique et les enjeux de la Protection Sociale ( - 14, 769 MDS de déficit cumulé pour le RGS) et permettent de prendre conscience de l'urgence de la situation provoquée par l'évolution démographique, l'envolée des dépenses de santé et les effets pernicieux de la crise économique qui a généré, par les pertes d'emploi, une perte de cotisation estimée à 2,3 milliards entre 2009 et 2010, soit près de 1500 cotisants en moins.

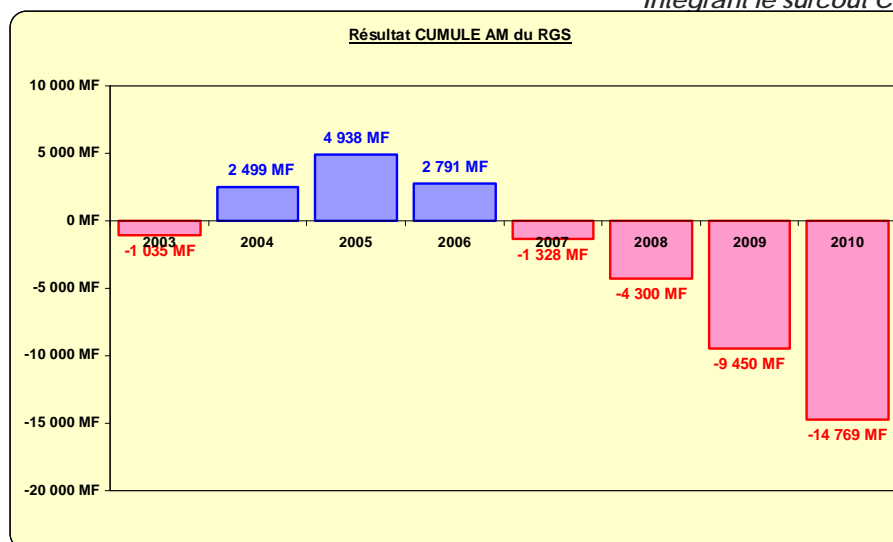
**Résultat par exercice pour l'Assurance Maladie : - 5, 319 MDS pour budget de 37 MDS en 2010**



Déficit global de la branche maladie du RGS Source : comptes certifiés 1996 à 2010

**Déficit cumulé de l'AM, régime général : - 14, 769 MDS pour un budget de 35 MDS en 2011**

*Intégrant le surcoût CHPF : 1.5 MDS*



Déficit cumulé de la branche maladie du RGS Source : comptes certifiés 1996 à 2010

Ces défis conjoncturels et structurels menacent de manière dramatique, et quasi mécanique, l'avenir du système, dès aujourd'hui. C'est donc pour rompre avec cette spirale déficitaire et sauvegarder un modèle social auquel nous sommes tous attaché, que des mesures d'urgence sont aujourd'hui adoptées, en association avec l'ensemble des professionnels de santé.

## Des mesures urgentes pour des objectifs quantifiés et un budget à l'équilibre.

Une réforme de fond de la PSG est donc devenue impérative pour maintenir une couverture des principaux risques médico-sociaux. C'est un défi sur lequel travaillent, depuis plus d'un an, les équipes de la CPS ; en concertation avec les partenaires sociaux, les professionnels de santé, les établissements publics et privés et le gouvernement. La première étape de ces travaux consiste à tout mettre en œuvre pour retrouver l'équilibre budgétaire dès l'exercice 2011 pour l'ensemble des branches : Assurance Maladie, retraite prestation familiales.

Les tableaux de la page suivante synthétisent l'ensemble des mesures d'urgences mises en place ou prochainement mises en place pour les branches de l'Assurance Maladie et de la Retraite ainsi que leurs implications sur la recherche impérative de l'équilibre budgétaire.

EQUILIBRE DE LA BRANCHE MALADIE DU RGS EN 2011				
		BUDGETES	les principales mesures	
DEFICIT PREVISIONNEL 2011 de 6,4 milliards	ECONOMIES SUR LES DEPENSES	Professionnels de santé, établissements de soins, autres partenaires	Prescription des génériques	
	3,1 milliards	1,9 milliards	Mise en place d'un tarif de responsabilité sur appareillage	
		Patients	Baisse des tarifs et des actes	
	RECETTES NOUVELLES	1,2 milliards	Exonération de TVA sur les médicaments	
		Cotisants, retraités	Reversement des pharmaciens	
		400 millions	Modification du taux de remboursement:	
		Salariés et entreprises	1. 80 à 70 % pour l'ambulatoire	
		2 milliards	2. 100% à 95% en LM sur les Consultations	
		Transfert inter-branches	Cotisations des titulaires de pension de retraite et de réversion > à 74 000 fcfp	
		900 millions	Cotisations des salariés et employeurs	

*En rouge mesures en attente d'application*

# ASSURANCE MALADIE :

Economie prévisionnelle : 6.4 MDS

1 ) Les mesures appliquées : depuis le 1er janvier 2011

## A ) Nouvelles Recettes :

- Augmentation du taux de cotisation AM pour les salariés
  - Passage de 15.06 à 16.08 % soit + 1.02%
- Augmentation du taux de cotisation assurance maladie sur les pensions de retraite
  - Passage de 2.51 % à 4.02 % soit + 1.51 %
- Engagement des pharmaciens à un reversement global

## B ) Diminution des Dépenses :

- Modification du taux de remboursement de 80% à 70% :
- Diminution de la dotation globale des établissements de santé :
- Exonération de la TVA sur le médicament au 1er février 2011
- Baisse des lettres clés des professionnels de santé (Dentiste, SF, Labo , IDE , ortho)
- Prescription des génériques par les médecins et substitution par les pharmaciens
- Réforme sur l'attribution des IFA depuis le 01 juin 2011
- *Encadrement de la prise en charge des protocoles de soins kiné*
- *Mise en place des premiers paniers de soins – médecin -*
- *Mise en place d'une prescription infirmière*

## 2 ) Les mesures instaurées par la Loi de Pays n° 2011- 18 du 11 juillet 2011 portant diverses mesures d'ordre sociales

### 1. Une contribution exceptionnelle de la branche accident du travail

En compensation des dépenses inhérentes aux accidents du travail, prises en charge par défaut par le Régime de l'Assurance Maladie

### 2. A compter du 1<sup>er</sup> août, une participation de l'assuré en longue maladie ( ticket modérateur de 5 % en LM )

Cette modification de la participation représente 7.5 millions d'économie par mois.

Lors des consultations et des visites médicales dans le cadre la longue maladie, une participation sera demandée à l'assuré (mise en place d'un ticket modérateur sur les consultations et visites médicales).

### 3. A compter du 1<sup>er</sup> août, une cotisation au régime maladie des pensions de réversion

La mise en place légitime de cette participation (création d'un taux de cotisation à 2.68 % ) engendrera une recette de 4.5 millions par mois. Tout comme les retraités et les salariés, les titulaires d'une pension de réversion dont le montant est supérieur au minimum vieillesse devront cotiser au régime d'assurance maladie dont ils bénéficient.

## 3 ) Les mesures en attente d'application

*La Loi de Pays n° 2011-10 APF du 12 avril 2011 relative à la maîtrise de l'évolution des dépenses des produits de santé paru au JOPF du 21/04/2011 a été attaquée le 20 mai 2011 par le SMLPF - report prévisionnel au: 01/09/ 201, elle concerne :*

### 1. Le remboursement des médicaments sur la base des médicaments génériques

Cette mesure représente 67 millions d'économie par mois. Identiques aux médicaments classiques et moins chers, les médicaments génériques sont obligatoirement délivrés par le pharmacien. Si le patient préfère des médicaments classiques, la différence restera à sa charge.

### 2. Une participation de l'assuré à la prise en charge des appareillages médicaux

Cette mesure représente 58 millions d'économie par mois. L'assuré participe à la prise en charge de l'appareillage médical à concurrence du ticket modérateur ( 300 MF ) sur le tarif de responsabilité ( 400 MF ) s'il n'est pas en longue maladie et sur tout dépassement du tarif de responsabilité et du prix de vente (liste et tarifs approuvées par arrêté ministériel).

## Projet d'information destiné aux assurés en longue maladie

Votre médecin traitant, en consultation, vous a annoncé que votre état de santé justifiait que votre régime auprès de la CPS soit celui de la longue maladie. C'est un régime particulier qui vous permettra de vous soigner dans les meilleures conditions et vous assurera une prise en charge adaptée de vos dépenses de santé. Mais ce régime particulier vous demande également de respecter certaines obligations.

### Les démarches importantes

Vous devez tout d'abord choisir votre médecin référent. Il sera votre interlocuteur privilégié, celui qui suivra votre dossier médical dans son ensemble et vous prescrira les consultations nécessaires auprès des médecins spécialisés. Vous choisissez en toute liberté, votre médecin référent peut être votre médecin traitant, votre médecin généraliste ou un médecin spécialiste.

Votre médecin référent, quand vous l'avez choisi, doit remplir un formulaire appelé « protocole de soins » et l'envoyer au médecin-conseil de la CPS. C'est lui qui vous fera connaître, ainsi qu'à votre médecin référent, la décision de la CPS concernant votre statut de bénéficiaire du régime de longue maladie.

### Votre carnet de soins.

Votre Carnet de soins vous sera remis par le médecin ordonnateur de la CPS, c'est un document important et personnel que vous devez impérativement signer. Celui-ci vous suivra lors de chacune de vos démarches concernant vos soins de santé et devra être complété après chacune de vos consultations.

### Vos responsabilités

Le régime de longue maladie est un régime d'exception, il vous assure une prise en charge financière de vos dépenses de santé la plus complète possible et par conséquent représente un budget très important, pesant sur l'ensemble des cotisants de la CPS. Il est donc de votre devoir d'agir en patient responsable. Vous êtes donc tenus :

- d'observer scrupuleusement le traitement prescrit par votre médecin
- de suivre précisément les recommandations et les exercices prescrits
- de répondre aux contrôles organisés par la CPS

D'autre part, afin de réduire le poids de chacun sur les dépenses de santé et préserver un système de prestations sociales équitable, votre médecin, à chaque fois que cela est possible, prescrit de préférence des médicaments génériques, identiques aux médicaments classiques, et votre pharmacien est dans l'obligation de vous les délivrer.

### Le taux de votre prise en charge

Afin de garantir l'avenir du système de santé et précisément les remboursements dans le cadre de la longue maladie, les taux de prise en charge ont été revus.

#### 100%

C'est le taux de prise en charge des **médicaments, dans le cadre spécifique et unique de votre longue maladie**. Cette prise en charge intégrale ne concerne que les prescriptions inscrites par le médecin dans la partie haute de votre ordonnance bizonale.

100% également pour l'hospitalisation, les soins dentaires, les actes infirmiers, de kinésithérapie, d'analyses biologiques effectués dans le cadre de la longue maladie.

#### 95 %

C'est le taux de prise en charge en tiers payant de vos **consultations et de vos visites d'un médecin exclusivement liées à votre longue maladie**.

**70%** C'est le taux du tarif de responsabilité en tiers payant qui s'applique à **tous vos remboursements sans rapport avec votre longue maladie**.