

République Française

NOUVELLE – CALEDONIE

—

GOUVERNEMENT

—

DIRECTION DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES
SERVICE DE LA PROTECTION SOCIALE

COMPTES DE LA SANTE EN NOUVELLE-CALEDONIE

ANNEES 2008 / 2010

1 – Présentation

La délibération modifiée n° 490 du 11 août 1994 portant plan de promotion de la santé et de maîtrise des dépenses de soins sur le territoire de Nouvelle Calédonie a prévu chaque année, la réalisation de « comptes de la santé ». Ils sont présentés dans le présent document pour une série de 3 exercices (2008 à 2010). Les comptes de la santé permettent d'évaluer le coût de la santé et d'analyser son évolution. Ils permettent également d'identifier l'origine des ressources financières affectées à ces dépenses, et la répartition de l'effort financier entre assurance maladie, ménages, assurance complémentaire et collectivités.

Définition

Le coût de la santé est, de façon standardisée, appréhendée au travers de deux agrégats :

- la consommation médicale totale,
- la dépense courante de santé.

La consommation médicale totale correspond à la valeur des biens et services médicaux utilisés en Nouvelle-Calédonie pour la satisfaction directe des besoins individuels de santé. Elle est appréhendée par des masses financières globales qui sont la contrepartie des soins médicaux curatifs et des services de médecine préventive individuelle dispensés dans l'année.

La **consommation de soins** comprend l'ensemble des soins hospitaliers et ambulatoires délivrés par les hôpitaux, les professionnels libéraux, les structures de circonscriptions médicales et les centres de soins des provinces et des organismes de protection sociale. Aux soins s'ajoutent la **consommation des médicaments et autres biens médicaux** (optique, prothèse, petits matériels et pansements).

L'ensemble des soins et biens médicaux sont regroupés selon les postes suivants : hospitalisations, soins ambulatoires, évacuations sanitaires, honoraires des médecins, et coût de leurs prescriptions : auxiliaires médicaux, pharmacie, analyses, prothèses, transports sanitaires - auxquels s'ajoutent les soins dentaires.

Les dépenses relevant de la médecine préventive individuelle correspondent aux dépenses liées aux vaccinations, dépistages et surveillance médicale, ainsi que les dépenses dans le cadre de la médecine du travail.

La dépense courante de santé correspond à l'effort consacré au cours d'une année au titre de la santé par l'ensemble des personnes et institutions en Nouvelle-Calédonie. Elle correspond à la somme des dépenses qu'engagent les financeurs du système : la Cafat, les provinces et la Nouvelle-Calédonie au titre de l'aide médicale, les organismes de protection complémentaire (mutuelles, sociétés d'assurances, institution de prévoyance) et les ménages eux-mêmes. A la consommation médicale totale précédemment définie, s'ajoutent les indemnités journalières, la recherche, la formation des professionnels de santé, les frais de gestion du système de santé et les dépenses de prévention collectives (campagnes d'information et d'éducation à la santé).

***Précautions :** Les données qui suivent sont évaluatives pour la part relevant des ménages et des assurances privées, ces dernières n'ayant pas communiqué leurs informations. Les dépenses sont évaluées par recoupement avec les recettes des établissements hospitaliers et, de manière forfaitaire, pour les dépenses de soins de ville (base SANESCO = 5 % de majoration des dépenses). De même, les données transmises par certains organismes ou collectivités étaient partielles, une note de bas de page indique par conséquent les données qui ont été estimées.*

2 – Le coût de la santé en Nouvelle-Calédonie

2.1. – Evolution de 2008 à 2010

Exercice	Consommation médicale totale en millions de FCFP	Dépense courante de santé
2008	62 348,58	68 862,22
2009	69 661,50	76 755,15
2010	75 362,89	82 186,03

Entre 2008 et 2010, la consommation médicale totale a augmenté de 20,9 % et la dépense courante de santé de 19 %. Après la décélération observée entre 2006 et 2008 la consommation médicale totale comme la dépense courante de santé s'accélérent à nouveau, notamment en raison pour cette dernière d'une importante progression des frais de gestion sur la période.

2.2. – Comparaison

L'utilisation d'agrégats standardisés autorise les comparaisons notamment avec la métropole en ramenant :

- la consommation médicale totale ou la dépense courante de santé par habitant ;
- la consommation médicale totale ou la dépense courante de santé par rapport au PIB

Les données relatives à la population et au PIB en Nouvelle-Calédonie n'étant pas disponibles pour 2010, la comparaison se limite aux années 2008 et 2009.

A) Evolution de la consommation médicale totale par habitant et de la dépense courante de santé par habitant

exercice	2008	2009
<i>Population en NC (données ISEE)</i>	244 600*	245 580
Consommation médicale totale par habitant en NC	254 900 FCFP	283 661 FCFP
<i>en France</i>	<i>317 221 FCFP</i>	<i>335 604 FCFP</i>
Dépense courante de santé par habitant en NC	281 529 FCFP	312 546 FCFP
<i>en France</i>	<i>400 015 FCFP</i>	<i>426 143 FCFP</i>

*population estimée

La moindre consommation médicale par habitant en Nouvelle-Calédonie s'explique notamment d'une part par la structure en âge de la population, les jeunes proportionnellement plus nombreux en Nouvelle-Calédonie qu'en métropole étant moins consommateurs de soins, et d'autre part par l'offre de soins encore limitée dans certains secteurs et certaines zones du territoire.

A cette moindre consommation médicale par habitant s'ajoutent des dépenses de formation et de recherche beaucoup moins élevées en Nouvelle-Calédonie qu'en métropole d'où une dépense courante de santé elle aussi relativement moins importante.

B) Evolution de la dépense courante de santé rapportée au PIB :

En %	2008	2009
<i>PIB Nouvelle-Calédonie (milliards FCFP)*</i>	736,6	752,1
Dépenses courante de santé rapportée au PIB en NC	9,34 %	10,2 %
en France	11 %	11,7 %

*Sources réactualisées de l'ISEE

La chute de la croissance du PIB en 2008 (+ 0,6%) et 2009 (+2%) après plusieurs années de forte croissance (taux moyen de croissance annuel de 5,6%) se traduit par une part sensiblement plus importante des dépenses de santé. On retrouve la même évolution en métropole où la part des dépenses de santé augmente en raison de la baisse du PIB.

La dépense nationale de santé dans les pays de l'OCDE.

L'OCDE utilise un concept légèrement différent pour permettre des comparaisons entre ses membres : la dépense nationale de santé qui est évaluée à partir de la dépense courante de santé en défalquant les indemnités journalières, les dépenses de recherche et de formation médicale et en ajoutant la formation brute de capital fixe du secteur hospitalier public.

En Nouvelle-Calédonie, cela correspond aux investissements dans les hôpitaux publics territoriaux CHT/CHN/CHS qui s'élèvent à 479,77 millions en 2008 et 1, 386 milliards en 2009 La construction d'un nouvel hôpital à Koutio destiné à remplacer l'actuel CHT Gaston Bourret absorbe une très grande partie de ces investissements.

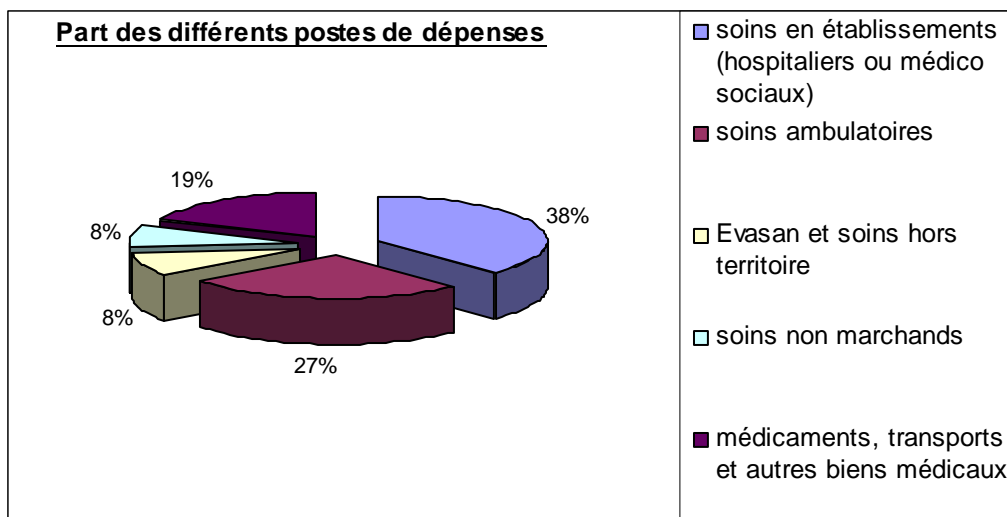
La dépense nationale de santé calculée pour la Nouvelle-Calédonie en **2009** est de 9,9% du PIB alors que la France se situe à 11% de son PIB.

En 2009, 76,7 milliards de FCFP ont été au total dépensés pour la santé en Nouvelle-Calédonie soit en moyenne 312 546 FCFP par habitant. Au sein de cette dépense, 69,6 milliards ont été directement affectés à la consommation de soins et de biens médicaux, soit 283 661 FCFP par habitant. La Nouvelle-Calédonie se place dans la moyenne des pays développés.

2.3 La consommation de soins

Moins de 10 % des soins reçus en Nouvelle-Calédonie sont des soins dits non marchands, dispensés à titre gratuits ou bénéficiant de tarifs particuliers principalement au sein des dispensaires provinciaux ou des centres médico-sociaux des organismes de protection sociale (Cafat et mutuelles).

La consommation de soins et biens médicaux marchands comprend les soins en établissements de santé, les soins ambulatoires (médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires d'analyses), les transports, les médicaments et autres biens médicaux (optiques, prothèses petits matériels et pansements).



Structure de la consommation de soins (hors part des ménages)

En milliers de FCFP	2008	2009	2010
Soins en établissements	22 618 012	23 912 154	25 787 781
Hospitalisation	22 496 405	23 820 243	25 675 943
- public	18 977 215	20 154 450	21 708 858
- privé	3 519 190	3 665 793	3 967 085
Forfait aux établissements médico-sociaux	121 607	91 911	111 838
Soins ambulatoires	14 791 710	17 144 925	18 570 416
- honoraires médicaux et actes dentaires	6 202 276	7 630 161	8 133 034
- actes des sages femmes	64 595	151 566	166 049
- auxiliaires médicaux	3 371 479	3 660 182	4 109 899
- consultations externes	1 873 863	1 481 283	1 491 944
- hémodialyses	1 539 800	1 641 931	1 750 804
- analyses	1 497 899	1 620 641	1 740 795
- divers ¹	241 798	959 161	1 177 891
Evasan	3 616 808	4 419 773	5 270 296
Soins hors territoire	371 175	297 835	342 045
Prescription	11 545 496	11 946 849	12 801 356
- pharmacie	9 544 403	10 063 730	10 518 781
- transport	981 347	1 152 469	1 491 200
- optique et orthopédie	1 019 746	730 650	791 375
Soins non marchands	5 151 798	5 148 342	5 526 601
total	58 094 999	62 869 878	68 297 895

¹ Cures thermales, insuffisant respiratoires, pédicures et autres soins.

Avec 25,78 Milliards de Francs, **le secteur hospitalier** (public et privé) représente près de 40% de la consommation de soins et biens médicaux marchands.

Les établissements publics assurent la majeure partie des dépenses hospitalières (84,5 %). De par leur financement par dotation globale de fonctionnement, l'évolution des dépenses hospitalières publiques est ainsi calibrée lors de la fixation par le congrès du taux directeur. Conformément au plan de maîtrise voté en 2005, le congrès a jusqu'en 2009 maintenu une évolution modérée de ce taux directeur (6,5 % pour 2008, 6,15 % pour 2009). A compter de 2010, le taux augmente en prévision de l'ouverture du futur hôpital (7,5% en 2010).

Le secteur privé représente quant à lui 16 % des dépenses hospitalières et connaît une évolution en valeurs de 12% entre 2008 et 2010. Cette évolution est due tant à une augmentation en volume (avec l'augmentation du nombre d'accouchements, le développement de la chirurgie ambulatoire et des soins palliatifs), qu'à un effet prix, conséquence d'une revalorisation substantielle en 2009 (+ 7%) et d'une dotation exceptionnelle à l'une des deux cliniques en difficulté.

En 2010, la **consommation de soins ambulatoires** est de 18,5 Milliards dont 17 Milliards pour le secteur ambulatoire privé.

La convention médicale de 2006 qui instaure des objectifs d'activité et de prescription pour les médecins continue de produire ses effets sur le coût des honoraires médicaux (la modération de l'activité des médecins permet d'atténuer l'impact de la revalorisation de leurs honoraires).

D'une manière générale, l'effet prix sur les honoraires des professionnels de santé exerçant en libéral (médecins, dentistes, sages femmes, auxiliaires médicaux, et laboratoires) reste relatif puisqu'il n'explique que 1,5 % de l'évolution observée entre 2008 et 2009 et 2 % de l'évolution observée entre 2009 et 2010, évolutions qui restent toujours dues principalement à une augmentation en volumes d'actes.

Cette augmentation du volume d'acte est elle-même davantage due à une augmentation du nombre de bénéficiaires des soins qu'à une augmentation de la dépense par bénéficiaire.

La dépense moyenne par bénéficiaire de soins infirmiers, d'analyses ou d'actes de kinésithérapie, est stable sur la période mais le nombre de personnes ayant recours à un infirmier, un kinésithérapeute ou à des analyses biologiques est en augmentation.

Par ailleurs, il est à noter que la forte augmentation des dépenses relatives aux actes de sages femmes s'explique par la modification de la nomenclature qui permet ainsi le remboursement de nouvelles prestations (consultations pré et post natales). Enfin, la forte augmentation du coût des transports est en partie due à une revalorisation importante du tarif des ambulanciers en 2009 pour répondre aux nouvelles règles applicables à la profession.

La progression des dépenses pharmaceutiques reste très importante sur la période (+10%) mais en relative décélération par rapport à 2006-2008, résultat de la politique volontariste de la caisse sur les génériques avec notamment la mise en place des délégués santé et une augmentation plus modérée du coût moyen par boîte. Ce poste reste cependant important dans l'ensemble des dépenses de santé (15%) et nécessite une attention constante. Il est en effet très dépendant de l'évolution du nombre de personnes reconnues en longue maladie responsables de 82% des dépenses pharmaceutiques. Or ce nombre connaît une croissance soutenue ces dernières années (+7% en 2008 et +13% en 2009).

Les dépenses liées **aux évacuations sanitaires** hors du territoire représentent plus de 8% des dépenses de santé. Après une reprise du nombre d'Evasan entre 2008 et 2009, le nombre reste stable entre 2009 et 2010, mais les dépenses continuent, elles, de progresser (+ 45%). Cette

évolution s'explique en partie par l'envolée du dollar qui renchérit le coût des évacuations vers l'Australie. Les cancers et les cardiopathies restent les deux principales causes d'Evasan. Ils génèrent chacun plus d'un tiers des dépenses du poste.

2.4 Les prestations en espèces

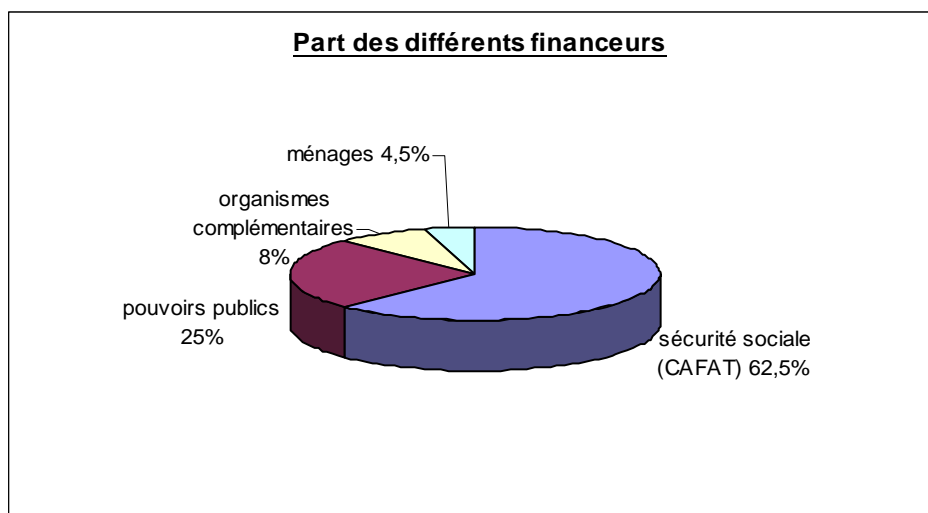
(Indemnités journalières de maladie et de maternité)

Les prestations en espèces versées par les organismes de protection sociale représentent, en 2010, 2,5 % des dépenses de santé, leur poids est donc moins important qu'en métropole où il atteint 5% des dépenses de santé. Cette différence s'explique notamment par l'intervention plus importante des employeurs dans les arrêts de courte durée sur la base d'un accord interprofessionnel.

2.5 Les dépenses de prévention

Malgré une forte augmentation sur la période, les dépenses de prévention (collective et individuelle) représentent seulement 4% des dépenses de santé contre 6% en métropole. Cependant, ce montant est très variable d'une année sur l'autre en fonction des campagnes initiées par le gouvernement (dépistage du cancer du sein et prévention de la surcharge pondérale) ou imposées par les épidémies (dépistage de la grippe A ou de la dengue). Une grande partie des dépenses repose sur l'Agence sanitaire et sociale de Nouvelle-Calédonie, les organismes de protections sociale n'intervenant qu'à hauteur de 30% et principalement par le remboursement des vaccins et de certains tests de dépistages (VIH, cancer du col de l'utérus, tuberculose) à travers le fond autonome de compensation des dépistages en santé publique créé en 2004.

3 – Le financement des dépenses de santé



La part **de la sécurité sociale** dans le financement des dépenses de santé représente 62,5% (de 10 point inférieure à la part de la sécurité sociale en métropole). Cette différence s'explique en partie par la moindre intervention du régime de base (RUAMM) sur le petit risque en Nouvelle-Calédonie qu'en métropole (40% contre 60%). Excédentaire en 2008 et 2009, le RUAMM, qui compte 241 888 assurés, redevient déficitaire en 2010 impliquant un nouveau plan de maîtrise dès 2011.

La part **des organismes complémentaires** (mutuelles), qui couvrent, en 2010, 147 455 de ces assurés, représente 8% des dépenses de santé.

La part **des pouvoirs publics** à travers notamment la couverture des plus démunis (service de l'aide médicale) et la prévention représente 25% des dépenses de santé.

Le reste à charge **des ménages** représente 4,5% de la dépense de santé.

Couverture maladie de la population en 2010

Assurés RUAMM CAFAT résidant en NC	241 888
Bénéficiaire d'une aide médicale (base + complémentaire ou complémentaire uniquement)	56 440
Adhérent d'une mutuelle	147 455