

**Délibération n° 10 du 8 septembre 2004**  
**portant création d'un fonds autonome de compensation en santé publique**  
(Modifié par la délibération n°188 du 17 mai 2006 –Art.1<sup>er</sup>)

Historique :

Créée par :	Délibération n° 10 du 8 septembre 2004 portant création d'un fonds autonome de compensation des dépistages en santé publique.	JONC du 23 septembre 2004 Page 5426
Modifiée par :	Délibération n° 188 du 17 mai 2006 portant modification de la délibération n° 10 du 8 septembre 2004 [...].	JONC du 30 mai 2006 Page 3446
Modifiée par :	Délibération n° 368 du 14 février 2008 relative à l'aide au sevrage tabagique.	JONC du 21 février 2998 Page 1328
Modifiée par :	Délibération n° 425 du 26 novembre 2008 relative au dépistage du cancer du sein.	JONC du 4 décembre 2008 Page 8013
Modifiée par :	Délibération n° 8 du 4 août 2009 modifiant la délibération modifiée n° 10 du 8 septembre 2004 portant création d'un fonds autonome de compensation en santé publique.	JONC du 13 août 2009 Page 6633
Modifiée par :	Délibération n° 163 du 10 décembre 2011 [...] modifiant la délibération modifiée n° 10 du 8 septembre 2004 portant création d'un fonds autonome de compensation en santé publique.	JONC du 22 décembre 2011 Page 9501
Modifiée par :	Délibération n° 261 du 24 janvier 2013 portant diverses mesures d'ordre social.	JONC du 6 février 2013 Page 1319
Modifiée par :	Délibération n° 24/CP du 13 novembre 2015 portant diverses mesures d'ordre sanitaire et social.	JONC du 26 novembre 2015 Page 11109

Textes d'application :

Délibération n° 187 du 17 mai 2006 relative à la délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence.	JONC du 30 mai 2006 Page 3445
Arrêté n° 2008-1345/GNC du 18 mars 2008 fixant la liste des traitements d'aide au sevrage tabagique pouvant bénéficier d'une prise en charge partielle par le fonds autonome de compensation des dépistages en santé publique.	JONC du 27 mars 2008 Page 2306
Arrêté n° 2009-1045/GNC du 3 mars 2009 portant fixation du modèle de l'invitation relative au dépistage du cancer du sein.	JONC du 12 mars 2009 Page 1768

art. 1er et 2

TITRE I - La prise en charge du dépistage de la tuberculose ..... art. 3

TITRE II - La prise en charge du dépistage anonyme et gratuit de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine ..... art. 4

TITRE III - La gestion du fonds.....art. 5 à 10

TITRE IV – La prise en charge du dispositif de contraception .....art. 11 à 14

TITRE V – La prise en charge des traitements d’aide au sevrage tabagique.....	art. 15 à 18
TITRE VI – La prise en charge du dépistage du cancer du sein .....	art. 19 à 23
TITRE VII – La prise en charge en cas de menace sanitaire grave.....	art. 24 à 26
TITRE VIII – La prise en charge des frais liés au don et à l’utilisation des éléments et produits du corps humain .....	art. 27 et 28
<i>Chapitre Ier - Prélèvements effectués sur une personne vivante .....</i>	<i>art. 29 à 38</i>
<i>Chapitre II - Prélèvements effectués sur une personne décédée.....</i>	<i>art. 39 à 43</i>
<i>Chapitre III – Suivi post-greffe et suivi des patients en attente de greffe .....</i>	<i>art. 43-1</i>
TITRE IX - La prise en charge du dépistage organisé du cancer du col de l’utérus.....	art. 44 à 50

### **Article 1<sup>er</sup>**

*Modifié par la délibération n° 163 du 10 décembre 2011 – Art. 13.*

Il est créé un fonds autonome de compensation en santé publique. Ce fonds est géré par la CAFAT.

Il est financé par :

- la CAFAT au titre du régime unifié d'assurance maladie maternité ;
- la Nouvelle-Calédonie et les provinces au titre de l'aide médicale.

### **Article 2**

*Complété par la délibération n° 188 du 17 mai 2006 – Art. 2.*  
*Complété par la délibération n° 368 du 14 février 2008 – Art. 3.*  
*Complété par la délibération n° 425 du 26 novembre 2008 – Art. 2.*  
*Complété par la délibération n° 8 du 4 août 2009 – Art. 1<sup>er</sup>.*  
*Complété par la délibération n° 163 du 10 décembre 2011 – Art. 14.*  
*Complété par la délibération n° 261 du 24 janvier 2013 – Art. 2 1°*

Ce fonds est destiné à assurer la prise en charge :

- a) des consultations et examens complémentaires nécessaires à la réalisation des enquêtes de santé publique autour d'un cas index de tuberculose déclaré sans préjuger de l'existence et de la qualité de la couverture sociale du sujet enquêté,
- b) des consultations et examens complémentaires nécessaires à la réalisation d'une consultation de dépistage anonyme et gratuit de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine effectuée par les personnes habilitées conformément à la délibération n° 154/CP susvisée,
- c) de la contraception d'urgence telle que prévue par l'article L. 5134-1 du code de la santé publique,
- d) des traitements d’aide au sevrage tabagique,
- e) des consultations et examens complémentaires prescrits en cas d’indication clinique et nécessaires au dépistage d’un cancer du sein chez les femmes entre 50 et 74 ans selon les modalités prévues au titre VI,

f) des rémunérations des professionnels de santé exerçant dans les centres de traitement et des remboursements des actes de biologie médicale en cas de menace sanitaire grave telle que prévue par la délibération n° 421 du 26 novembre 2008 susvisée,

g) des frais liés au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain.

h) des consultations et examens complémentaires prescrits en cas d'indication clinique et nécessaires au dépistage d'un cancer du col de l'utérus chez les femmes entre 17 et 65 ans selon les modalités prévues au titre IX.

### ***TITRE I - La prise en charge du dépistage de la tuberculose***

#### **Article 3**

*Complété par la délibération n° 261 du 24 janvier 2013 – Art. 2 3°*

En ce qui concerne le dépistage de la tuberculose, cette prise en charge englobe :

1° - deux consultations médicales comprenant :

a) l'examen clinique ;

b) la réalisation et la lecture de l'intradermo réaction à la tuberculine (sujets d'âge inférieur ou égal à quinze ans) ;

c) la prescription et l'interprétation des examens biologiques suivants : vitesse de sédimentation et recherche de Bacille de Koch aux crachats à l'examen direct et culture (trois recherches), selon l'évaluation clinique ;

d) la prescription et l'interprétation d'une radiographie pulmonaire standard incluant des clichés de face et de profil, en cas d'indication clinique.

2° - les examens biologiques et radiologiques définis ci-dessus.

La liste des personnes pouvant bénéficier de la prise en charge de ces examens est définie par les plans d'enquêtes établis par les médecins de santé publique responsables des registres provinciaux de la tuberculose en lien avec le médecin déclarant et le médecin traitant du cas index dans le respect de la stratégie de lutte antituberculeuse adoptée en Nouvelle- Calédonie.

La prise en charge par le fonds peut être étendue pour les examens cités à l'alinéa a) du 1° supra, après avis et entente préalable d'un médecin du contrôle médical, à des personnes présentant une suspicion clinique avérée de tuberculose (1ère consultation médicale exceptée) et ne figurant pas sur les plans d'enquêtes provinciaux. L'évaluation médicale et financière de cette prise en charge spécifique sera effectuée à l'issue de la première année d'exercice.

Le règlement des examens prescrits sera assuré par le gestionnaire du fonds si le médecin effectuant le dépistage fait figurer sur l'ordonnance de prescription la mention : « 100% FD ». En inscrivant cette mention, le médecin prescripteur se porte garant de cette prescription dans le cadre d'une enquête de santé publique telle que définie aux articles susvisés.

Le paiement des consultations médicales par le gestionnaire du fonds est soumis à la réception par le médecin provincial référent tuberculose de la feuille de maladie spécifique dûment remplie par le médecin effectuant le dépistage (annexe n° 1).

3° - les frais médicaux, paramédicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation relatifs à la mise en route et au suivi d'une chimioprophylaxie chez les enfants de moins de cinq ans ayant été en contact étroit avec un sujet contagieux.

La mise en place de ce protocole de chimioprophylaxie doit être validée par le médecin provincial référent tuberculose responsable de l'enquête.

## ***TITRE II - La prise en charge du dépistage anonyme et gratuit de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine***

### **Article 4**

En ce qui concerne le dépistage anonyme et gratuit de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine, la prise en charge est limitée à deux consultations et, le cas échéant, aux tests biologiques de dépistage de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine. Ces consultations sont dispensées par les personnes habilitées conformément à l'article 3 de la délibération n° 154/CP susvisée.

Le règlement des examens prescrits sera assuré par le fonds si la personne habilitée effectuant le dépistage fait figurer sur l'ordonnance de prescription la mention : « 100 % FD » ainsi qu'en place de l'identité de la personne dépistée, une étiquette de dépistage anonyme et gratuit fournie par la direction des affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie conformément à l'article 7 de la délibération n° 154/CP susvisée.

Le règlement des consultations par le fonds est soumis au respect, par les personnes habilitées, des articles 10 et 11 de la délibération n° 154/CP susvisée.

## ***TITRE III - La gestion du fonds***

### **Article 5**

*Complété par la délibération n° 425 du 26 novembre 2008 – Art. 1<sup>er</sup>.*

Ce fonds est administré par un comité de gestion composé d'un représentant de chacun des organismes et collectivités cités à l'article 1er de la présente délibération désigné par les autorités responsables.

L'agence sanitaire et sociale est invitée à titre consultatif aux réunions de ce comité.

### **Article 6**

Le financement du fonds est assuré par une dotation ainsi répartie :

- la CAFAT au titre du régime unifié d'assurance maladie maternité : 75 % ;

- les provinces au titre de l'aide médicale : 20 % (province Sud 50 % ; province Nord 32 % ; province des îles Loyauté 18 %) ;
- la Nouvelle-Calédonie au titre de l'aide médicale : 5 %.

Le comité de gestion arrête annuellement, en fin d'exercice, le budget évaluatif « prestations » du fonds pour l'année suivante au vu des éléments statistiques et comptables se rapportant aux activités réelles de l'exercice qui s'achève.

Le comité de gestion arrête également le budget de fonctionnement du fonds qui fait l'objet d'une dotation complémentaire répartie entre les partenaires concernés par application de la clé de répartition.

### **Article 7**

Pour le premier exercice d'application de la présente délibération, le montant du fonds est fixé à 110 millions de francs CFP se répartissant en :

- 60 millions de francs CFP pour le dépistage de la tuberculose ;
- 50 millions de franc CFP pour le dépistage anonyme et gratuit de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine.

En cas de besoin, cette dotation qui comprend le budget évaluatif « prestations » et le budget de fonctionnement du fonds sera réajustée en cours d'année au vu des éléments statistiques et comptables.

### **Article 8**

*Modifié par la délibération n° 163 du 10 décembre 2011 – Art. 15.*

La gestion administrative et financière du fonds autonome de compensation en santé publique est assurée par la CAFAT.

Le fonds est géré en compte distinct par la CAFAT. Les règles financières et comptables ainsi que les conditions du contrôle financier sont celles applicables à cet organisme.

En tant que gestionnaire du fonds, la CAFAT perçoit les sommes arrêtées par le comité de gestion tant pour les prestations que pour le fonctionnement à raison d'une moitié par semestre civil, mandatée dans le courant du premier mois du semestre.

### **Article 9**

S'il est constaté une insuffisance de financement en cours d'exercice, le comité de gestion est réuni à l'initiative du gestionnaire du fonds pour déterminer la dotation complémentaire nécessaire. Cette dotation, répartie entre les intervenants dans les conditions visées à l'article 7, est versée à l'organisme de gestion un mois au plus tard après la décision du comité de gestion.

## **Article 10**

Les résultats de l'exercice feront l'objet d'un virement au compte « report à nouveau », les excédents éventuels constatés à l'arrêté des comptes du fonds pour un exercice viennent en déduction de la dotation de l'exercice suivant, leur répartition au bénéfice de chaque intervenant se faisant par application de la clé de répartition.

### ***TITRE IV – La prise en charge du dispositif de contraception***

*Créé par la délibération n°188 du 17 mai 2006 – Art. 3.*

## **Article 11**

*Remplacé par la délibération n°188 du 17 mai 2006 – Art. 3.*

Les médicaments indiqués dans la contraception d'urgence tels que définis au 2<sup>e</sup> alinéa du paragraphe 1 de l'article L. 5134-1 du code de la santé publique sont pris en charge par le fonds de compensation en santé publique.

## **Article 12**

*Créé par la délibération n°188 du 17 mai 2006 – Art. 3.*

Les pharmaciens délivrant ce médicament contraceptif envoient une facture récapitulative trimestrielle au gestionnaire du fonds faisant figurer la mention « 100 % fonds ». Cette facture fera apparaître les dates de délivrance, l'âge déclaré par les mineures bénéficiaires de cette délivrance et la vignette des boîtes délivrées.

Cet envoi peut faire l'objet d'une transmission électronique.

## **Article 13**

*Créé par la délibération n°188 du 17 mai 2006 – Art. 3.*

Le gestionnaire du fonds communique avant le 1<sup>er</sup> décembre de chaque année à la direction des affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie le nombre de boîtes de médicaments délivrées et facturées au fonds entre le 1<sup>er</sup> novembre de l'année précédente et le 31 octobre de l'année en cours.

Chaque année, le gestionnaire du fonds établira un état des statistiques des sorties par âge et par commune ou quartier de délivrance.

## **Article 14**

*Créé par la délibération n°188 d u 17 mai 2006 – Art. 3.*

Pour la première année d'exercice, le fonds est alimenté d'une somme de 3 millions de francs. Le gestionnaire du fonds assurera le recouvrement de cette somme auprès de la CAFAT, des provinces et de la Nouvelle-Calédonie selon la répartition définie à l'article 6 de la présente délibération.

## ***TITRE V – La prise en charge des traitements d'aide au sevrage tabagique***

*Créé par la délibération n° 368 du 14 février 2008 – Art. 4.*

### **Article 15**

*Créé par la délibération n°188 du 17 mai 2006 –Art. 4.  
Remplacé par la délibération n° 368 du 14 février 2008 – Art. 4.*

Les traitements d'aide au sevrage tabagique sont pris en charge par le fonds de compensation en santé publique dans les limites et conditions fixées par le présent titre.

La liste des médicaments visés à l'alinéa 1 du présent article est fixée par arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie.

### **Article 16**

*Créé par la délibération n° 368 du 14 février 2008 – Art. 4.*

Les personnes désirant arrêter de fumer et bénéficier de cette aide doivent être en possession d'une prescription médicale faisant figurer la mention « sevrage tabagique » et consacrée exclusivement au traitement d'aide au sevrage tabagique considéré. Aucun autre traitement ne doit figurer sur l'ordonnance.

### **Article 17**

*Créé par la délibération n° 368 du 14 février 2008 – Art. 4.*

Le traitement est délivré et facturé par le pharmacien, sans possibilité de recourir au tiers-payant.

Le bénéficiaire de l'aide envoie l'ordonnance et la feuille de maladie attestant du paiement des traitements au gestionnaire du fonds.

Cette aide est fixée à 8 000 francs CFP par personne et par année civile et peut être accordée en plusieurs fois.

Un protocole d'accord ci-annexé conclu entre la Nouvelle-Calédonie, l'ordre des pharmaciens de la Nouvelle-Calédonie, le syndicat des pharmaciens de la Nouvelle-Calédonie et les deux établissements de vente en gros de produits pharmaceutiques fixera notamment les prix maximums de vente des substituts nicotiniques sous forme de patches.

Le président du gouvernement est habilité à signer ce protocole au nom de la Nouvelle-Calédonie.

## **Article 18**

*Créé par la délibération n° 368 du 14 février 2008 – Art. 4.*

Le gestionnaire du fonds communique avant le 1<sup>er</sup> décembre de chaque année à la direction des affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie le nombre de boîtes de médicaments délivrées et remboursées par le fonds entre le 1<sup>er</sup> novembre de l'année précédente et le 31 octobre de l'année en cours.

Chaque année le gestionnaire du fonds établit un état des statistiques des sorties par sexe, âge et par prescripteur.

## ***TITRE VI – La prise en charge du dépistage du cancer du sein***

*Créé par la délibération n° 425 du 26 novembre 2008 – Art. 3.*

## **Article 19**

*Créé par la délibération n° 368 du 14 février 2008 – Art. 5.*

*Remplacé par la délibération n° 425 du 26 novembre 2008 – Art. 3.*

Sont pris en charge par le fonds de compensation en santé publique dans les limites et conditions fixées par le présent titre les actes suivants :

- mammographie (deux incidences par sein et un examen clinique des seins) ;
- examens complémentaires prescrits en cas d'indication clinique (échographie, cytoponction ou biopsie, anatomopathologie).

## **Article 20**

*Créé par la délibération n° 425 du 26 novembre 2008 – Art. 3.*

*Modifié par la délibération n° 261 du 24 janvier 2013 – Art. 2 4°*

Sont concernées par les dispositions prévues à l'article 19 les femmes âgées de 50 à 74 ans qui ont reçu une invitation émise par l'agence sanitaire et sociale de Nouvelle-Calédonie.

## **Article 21**

*Créé par la délibération n° 425 du 26 novembre 2008 – Art. 3.*

Les actes doivent être réalisés par l'un des praticiens mentionnés au dos de l'invitation prévue à l'article 20.

La prise en charge est réglée directement au praticien sur présentation :

- de la feuille de soins sur laquelle sera apposée la vignette correspondante pour les actes de mammographie et d'échographie ;
- de la feuille de soins ou de l'ordonnance sur laquelle sera apposée la vignette correspondante pour les autres actes complémentaires.

## **Article 22**

*Créé par la délibération n° 425 du 26 novembre 2008 – Art. 3.*

Le gestionnaire du fonds communique avant le 1<sup>er</sup> décembre de chaque année au service compétent de la Nouvelle-Calédonie et à l'agence sanitaire et sociale le nombre et la cotation des actes réalisés, par prestataires, le nombre de femmes ayant bénéficié de ces prestations et les montants remboursés par le fonds entre le 1<sup>er</sup> novembre de l'année précédente et le 31 octobre de l'année en cours.

## **Article 23**

*Créé par la délibération n° 425 du 26 novembre 2008 – Art. 3.*

Avant le 31 mars de chaque année, l'agence sanitaire et sociale établit une évaluation de la campagne de dépistage selon un cahier des charges élaboré par le service compétent de la Nouvelle-Calédonie.

## ***TITRE VII – La prise en charge en cas de menace sanitaire grave***

*Créé par la délibération n° 8 du 4 août 2009 – Art. 3.*

## **Article 24**

*Créé par la délibération n° 425 du 26 novembre 2008 – Art. 4.  
Remplacé par la délibération n° 8 du 4 août 2009 – Art. 2.*

Sont pris en charge, après avis de son comité de gestion, par le fonds de compensation en santé publique dans les limites et conditions fixées par le présent titre :

- la rémunération et les cotisations sociales des professionnels de santé exerçant dans les centres de traitement ;
- les actes de biologie médicale faisant suite à des prélèvements effectués dans les centres de traitement.

## **Article 25**

*Créé par la délibération n° 8 du 4 août 2009 – Art. 2.*

Les professionnels de santé sont rémunérés dans un délai d'un mois après réception de l'état mensuel des sommes dues.

Le remboursement des actes de biologie médicale, effectué conformément à la nomenclature, est assuré par le gestionnaire du fonds au prestataire dans un délai d'un mois après réception de l'état mensuel des sommes dues.

## **Article 26**

*Créé par la délibération n° 8 du 4 août 2009 – Art. 2.*

Le gestionnaire du fonds communique aux membres du comité de gestion le nombre et le type de professionnels concernés ainsi que les montants remboursés par le fonds dans le trimestre suivant la fin de ladite période.

## ***TITRE VIII – La prise en charge des frais liés au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain***

*Créé par la délibération n° 168 du 10 décembre 2011 – Art. 16.*

## **Article 27**

*Créé par la délibération n° 8 du 4 août 2009 – Art. 3.  
Remplacé par la délibération n° 163 du 10 décembre 2011 – Art. 16.*

En ce qui concerne le prélèvement d'éléments ou la collecte de produits du corps humain, cette prise en charge englobe l'ensemble des frais afférents au prélèvement ou à la collecte.

Il ne doit incomber au donneur ou à sa famille aucun frais supplémentaire à ceux normalement encourus si le prélèvement n'avait pas eu lieu, y compris lorsque les éléments prélevés ou les produits collectés ne peuvent ultérieurement faire l'objet d'une utilisation à des fins thérapeutiques.

Cette prise en charge est due que le prélèvement ait ou non lieu.

## **Article 28**

*Créé par la délibération n° 163 du 10 décembre 2011 – Art. 16.*

Le règlement des prestations prévues au présent titre sera assuré par le gestionnaire du fonds si le médecin fait figurer sur la prescription la mention : « 100% DON ». En inscrivant cette mention, le médecin prescripteur se porte garant que cette prescription rentre dans le cadre du don et de l'utilisation des éléments et produits du corps humain.

### ***Chapitre Ier - Prélèvements effectués sur une personne vivante***

*Créé par la délibération n° 168 du 10 décembre 2011 – Art. 16.*

*Délibération n° 10 du 8 septembre 2004*

*Mise à jour le 30/11/2015*

### **Article 29**

*Créé par la délibération n° 163 du 10 décembre 2011 – Art. 16.*

Le fonds prend en charge les frais d'examens et de traitement prescrits en vue du prélèvement, la totalité des frais d'hospitalisation, y compris le forfait hospitalier journalier ainsi que les frais de suivi et de soins qui doivent être assurés au donneur en raison du prélèvement.

Cette prise en charge concerne, d'une part, les prestations effectuées en Nouvelle-Calédonie et d'autre part, celles effectuées à l'étranger lorsque le prélèvement a lieu hors de la Nouvelle-Calédonie.

### **Article 30**

*Créé par la délibération n° 163 du 10 décembre 2011 – Art. 16.*

La prise en charge des frais de suivi et de soins du donneur par le fonds est limitée à la période postopératoire immédiate et comprend, notamment, l'hospitalisation et les examens biologiques et morphologiques nécessaires à l'appréciation du retentissement du geste opératoire.

### **Article 31**

*Créé par la délibération n° 163 du 10 décembre 2011 – Art. 16.*

Le fonds prend en charge ou rembourse au donneur, sur production des justificatifs nécessaires, les frais de transport et d'hébergement et, le cas échéant, l'indemnisation de la perte de rémunération subie par le donneur.

### **Article 32**

*Créé par la délibération n° 163 du 10 décembre 2011 – Art. 16.*

La prise en charge des frais de transport, sur prescription médicale, est effectuée sur la base du tarif du moyen de transport le mieux adapté au déplacement et compatible avec l'état de santé du donneur.

Les frais occasionnés par l'utilisation de l'automobile personnelle du donneur ou de la personne l'accompagnant sont remboursés dans les conditions prévues par la réglementation applicable aux déplacements des fonctionnaires de la Nouvelle-Calédonie.

### **Article 33**

*Créé par la délibération n° 163 du 10 décembre 2011 – Art. 16.*

Les dispositions de l'article 32 de la présente délibération s'appliquent aux déplacements afférents aux examens et soins qui précèdent ou suivent le prélèvement ainsi qu'aux déplacements effectués pour l'expression du consentement du donneur conformément à la réglementation applicable en Nouvelle-Calédonie.

Elles s'appliquent également à la personne accompagnant un donneur dont l'état nécessite l'assistance d'un tiers, aux titulaires de l'autorité parentale ou au représentant légal du donneur.

Cette prise en charge concerne d'une part, les prestations effectuées en Nouvelle-Calédonie et d'autre part, celles effectuées à l'étranger lorsque le prélèvement a lieu hors de la Nouvelle-Calédonie.

#### **Article 34**

*Créé par la délibération n° 163 du 10 décembre 2011 – Art. 16.*

Les frais d'hébergement du donneur, hors hospitalisation, sont pris en charge sur la base des dépenses réelles engagées, sur présentation des justificatifs nécessaires et dans la limite de dix fois le montant du forfait journalier hospitalier.

#### **Article 35**

*Créé par la délibération n° 163 du 10 décembre 2011 – Art. 16.*

Lorsque le prélèvement et les déplacements qu'il occasionne impliquent une perte de rémunération pour le donneur, le fonds indemnise le donneur, sur présentation de justificatifs. Cette indemnisation ne peut pas être supérieure au double de l'indemnité journalière maximale versée par le régime de protection sociale du régime unifié de l'assurance maladie et maternité (RUAMM).

#### **Article 36**

*Créé par la délibération n° 163 du 10 décembre 2011 – Art. 16.*

Le dispositif d'indemnisation mentionné à l'article 35 de la présente délibération cesse d'être applicable lorsque l'arrêt maladie ou la période d'hospitalisation se prolonge au-delà de la durée qui peut être considérée comme normale compte tenu de la nature du prélèvement pratiqué.

#### **Article 37**

*Créé par la délibération n° 163 du 10 décembre 2011 – Art. 16.*

Lorsque les tissus, les cellules et les produits du corps humain, ont été prélevés à des fins thérapeutiques à l'occasion d'une intervention chirurgicale pratiquée dans l'intérêt de la personne opérée, le fonds prend à sa charge les frais prévus à l'article 30 de la présente délibération.

### **Article 38**

*Créé par la délibération n° 163 du 10 décembre 2011 – Art. 16.*

Le fonds doit mettre en œuvre, dans la mesure du possible, des procédures permettant au donneur de ne pas faire l'avance des frais ou, à défaut, il assure le remboursement des frais engagés par le donneur et l'indemnisation de sa perte de rémunération dans les meilleurs délais et selon une procédure qui limite au maximum les démarches du donneur nécessaires à ce remboursement.

## *Chapitre II - Prélèvements effectués sur une personne décédée*

*Créé par la délibération n° 168 du 10 décembre 2011 – Art. 16.*

### **Article 39**

*Créé par la délibération n° 163 du 10 décembre 2011 – Art. 16.*

L'ensemble des frais afférents au prélèvement d'un organe, d'un tissu ou de tout autre produit du corps humain sur une personne décédée est pris en charge directement par le fonds.

### **Article 40**

*Créé par la délibération n° 163 du 10 décembre 2011 – Art. 16.*

Le fonds prend en charge les frais de transport du patient d'un établissement de santé vers un autre établissement de santé, en vue d'établir le diagnostic de mort encéphalique et d'effectuer des prélèvements à des fins thérapeutiques.

### **Article 41**

*Créé par la délibération n° 163 du 10 décembre 2011 – Art. 16.*

Le fonds prend en charge les frais de conditionnement et de transport des organes prélevés.

### **Article 42**

*Créé par la délibération n° 163 du 10 décembre 2011 – Art. 16.*

Le fonds prend en charge les frais de restitution du corps du donneur à sa famille dans des conditions telles que celle-ci n'ait pas à engager des dépenses supérieures à celles qu'elle aurait supportées si le prélèvement n'avait pas eu lieu.

### **Article 43**

*Créé par la délibération n° 163 du 10 décembre 2011 – Art. 16.*

Lorsque les prélèvements sont effectués par des médecins étrangers dans le cadre de l'article 67 de la délibération modifiée n° 228 du 13 décembre 2006 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, le fonds prend en charge :

- le coût global d'intervention de l'équipe étrangère,
- le transport de l'équipe étrangère entre l'aéroport de Nouméa – La Tontouta et l'établissement préleveur,
- le transport de l'équipe étrangère et des patients receveurs, entre l'établissement préleveur et l'aéroport de Nouméa - La Tontouta.

### *Chapitre III - Suivi post-greffe et suivi des patients en attente de greffe*

#### **Article 43-1**

*Créé par la délibération n° 24/CP du 13 novembre 2015 – Art. 5*

Lorsqu'en vertu de l'article 67 de la délibération modifiée n° 228 du 13 décembre 2006 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, des médecins de l'équipe de transplantation effectuent des consultations-conseils pour les patients ayant bénéficié d'une greffe ou d'une transplantation hors de la Nouvelle-Calédonie ou pour les patients susceptibles d'en bénéficier, le fonds prend en charge :

- un forfait par patient consulté équivalent au coût d'une consultation initiale de spécialiste dans la codification « Medicare Benefits Scheldule » (M.B.S.). Le patient est dispensé d'avancer les frais ;
- l'intégralité des frais de déplacement aller-retour de l'équipe de transplantation entre l'établissement greffeur étranger et l'établissement de santé de Nouméa. Ces frais sont remboursés sur la base des dépenses réellement engagées, sur présentation des justificatifs nécessaires.

### ***TITRE IX - La prise en charge du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus***

*Créé par la délibération n° 261 du 24 janvier 2013 – Art. 2 2°*

#### **Article 44**

Sont pris en charge par le fonds de compensation en santé publique dans les limites et conditions fixées par le présent titre les actes suivants :

- deux premiers frottis cervico-utérins réalisés à un an d'intervalle puis un frottis tous les trois ans.

#### **Article 45**

Sont concernées par les dispositions prévues à l'article 44 les femmes âgées de 17 à 65 ans qui ont reçu une invitation émise par l'agence sanitaire et sociale de Nouvelle-Calédonie.

#### **Article 46**

Les actes doivent être réalisés par un professionnel de santé (médecin, sage-femme).

Les actes sont remboursés sur présentation :

- de la feuille de soins sur laquelle sera apposée la vignette correspondante pour la consultation et le prélèvement du frottis cervico-utérin,

- de la feuille de soins sur laquelle sera apposée la vignette correspondante pour l'interprétation anatomocytologique du prélèvement.

#### **Article 47**

Les professionnels de santé sont rémunérés dans un délai d'un mois après réception de l'état mensuel des sommes dues.

Le remboursement des actes de prélèvement et d'analyse anatomocytologique, effectué conformément à la nomenclature, est assuré par le gestionnaire du fonds au prestataire dans un délai d'un mois après réception de l'état mensuel des sommes dues.

#### **Article 48**

Le gestionnaire du fonds communique avant le 1er décembre de chaque année à la direction des affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie et à l'agence sanitaire et sociale le nombre et la cotation des actes réalisés, par prestataires, le nombre de femmes ayant bénéficié de ces prestations et les montants remboursés par le fonds entre le 1er novembre de l'année précédente et le 31 octobre de l'année en cours.

#### **Article 49**

Avant le 31 mars de chaque année, l'agence sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie établit une évaluation de la campagne de dépistage selon le cahier des charges du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en Nouvelle-Calédonie.

#### **Article 50**

Créé par la délibération n° 163 du 10 décembre 2011 – Art. 17.  
Renuméroté par la délibération n° 261 du 24 janvier 2013 – Art. 2 5°

La présente délibération sera transmise au haut-commissaire de la République en Nouvelle-Calédonie ainsi qu'au gouvernement de la Nouvelle-Calédonie et publiée au Journal officiel de la Nouvelle-Calédonie.

## Annexe à la délibération n°10 du 8 septembre 2004

N° Enquête

### PRISE EN CHARGE DE DEPISTAGE

Annexe 1 à la délibération n° 10 du 8 septembre 2004

cachet du praticien				fiche de renseignements confidentiels à l'attention du médecin de référence provincial	
nom et prénoms du bénéficiaire				nom :	
				nom de jeune fille :	
				prénoms :	
				né (e) le :	
				adresse :	
				1 <input type="checkbox"/> consultation pratiquée d'après le plan d'enquête n°	
				2 <input type="checkbox"/> consultation pratiquée en dépistage primaire sur orientation diagnostic documentée :	
				<input type="checkbox"/> amaigrissement	
				<input type="checkbox"/> asthénie	
				<input type="checkbox"/> toux supérieure à trois semaines	
				nom du médecin ayant accordé l'autorisation préalable et date de celle-ci	
				<input type="checkbox"/> autres arguments :	
				consultation initiale :	
				résultats IDR :	
date	acte	signature du praticien	honoraires	radiographie pulmonaire :	
nom prénom du titulaire du compte :				examen bactériologie des crachats :	
				bilan biologique simple :	
nom de l'établissement bancaire :				consultation finale :	
n° de compte :				diagnostic :	
				observations :	
signature et cachet du médecin du centre de référence provincial attestant qu'il a reçu la fiche récapitulative				signature et cachet du médecin	
				Date	
Les actes réalisés seront pris en charge par le fonds de dépistage lorsque cette feuille dûment remplie sera parvenue au service provincial de référence.					