

Arrêté n° 2055 CM du 6 octobre 2022 approuvant la convention collective destinée à organiser les rapports entre la Caisse de prévoyance sociale de la Polynésie française et les médecins libéraux

(NOR : DPS22000470AC)

Paru in extenso au journal officiel n°82 N du 14/10/2022 à la page 22090 dans la partie ARRETES DU CONSEIL DES MINISTRES

Version en vigueur au 14/10/2022

Le Président de la Polynésie française,
Sur le rapport du ministre des finances, de l'économie, en charge de l'énergie, de la protection sociale généralisée, de la coordination de l'action gouvernementale et des télécommunications ;
Vu la loi organique n° 2004-192 du 27 février 2004 modifiée portant statut d'autonomie de la Polynésie française, ensemble la loi n° 2004-193 du 27 février 2004 complétant le statut d'autonomie de la Polynésie française ;
Vu l'arrêté n° 23-2018 APF/SG du 18 mai 2018 portant proclamation du Président de la Polynésie française ;
Vu l'arrêté n° 650 PR du 23 mai 2018 modifié portant nomination du vice-président et des ministres du gouvernement de la Polynésie française, et déterminant leurs fonctions ;
Vu la délibération n° 94-6 AT du 3 février 1994 modifiée définissant le cadre de la couverture généralisée applicable aux résidents de la Polynésie française ;
Vu l'arrêté n° 1336 IT du 28 septembre 1956 portant organisation et fonctionnement de la caisse de compensation des prestations familiales du territoire des Etablissements français de l'Océanie ;
Vu la délibération n° 95-109 du 3 août 1995 relative aux rapports entre les professionnels de santé du secteur privé et la Caisse de prévoyance sociale ;
Vu la délibération n° 74-22 du 14 février 1974 instituant un régime d'assurance maladie invalidité au profit des travailleurs salariés ;
Vu la délibération n° 94-170 AT du 29 décembre 1994 instituant le régime d'assurance maladie des personnes non salariées ;
Vu la délibération n° 95-262 AT du 20 décembre 1995 instituant et modifiant les conditions du risque maladie des ressortissants du régime de solidarité territorial ;
Vu l'arrêté n° 2548 CM du 16 novembre 2021 portant approbation de la reconduction de la convention individuelle type et ses annexes modifiées destinées à organiser les rapports entre la Caisse de prévoyance sociale de la Polynésie française et le médecin libéral, et approuvant l'avenant n° 11 à ladite convention ;
Vu l'arrêté n° 1938 CM du 22 septembre 2022 rendant exécutoire la délibération n° 3-2022 CA.CPS/RNS/RSPF du 16 septembre 2022 relative à l'approbation du projet de convention collective destinée à organiser les rapports entre la Caisse de prévoyance sociale de la Polynésie française et les médecins libéraux ;
Le conseil des ministres en ayant délibéré dans sa séance du 5 octobre 2022,

Arrête :

Article 1er

Est approuvée la convention du 23 septembre 2022 et ses annexes, destinée à organiser les rapports entre la Caisse de prévoyance sociale de la Polynésie française et les syndicats des médecins libéraux de la Polynésie française.

Art. 2

Jusqu'à l'entrée en vigueur de la convention et ses annexes fixant notamment les tarifs d'honoraires et frais accessoires approuvés pour la période de l'année civile 2022 restant à courir et durant la période du délai d'option imparti aux médecins libéraux pour y adhérer, placés en septembre 2022 sous le régime de la convention individuelle du 22 janvier 2012, le remboursement de leurs actes est effectué par la Caisse de prévoyance sociale de la Polynésie française comme suit :

- sur la base des tarifs d'honoraires et frais accessoires approuvés par l'arrêté n° 2548 CM du 16 novembre 2021 susvisé ;
- et suivant les modalités du tiers payant conformément à la réglementation en vigueur et au dispositif conventionnel.

Art. 3

Le ministre des finances, de l'économie, en charge de l'énergie, de la protection sociale généralisée, de la coordination de l'action gouvernementale et des télécommunications, est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Journal officiel de la Polynésie française.

Fait à Papeete, le 6 octobre 2022.

Par le Président de la Polynésie française :
Edouard FRITCH.

Pour le ministre des finances,
de l'économie absent :
Le ministre de la santé,
Jacques RAYNAL.

Annexe - Convention destinée à organiser les rapports entre la caisse de prévoyance sociale de la Polynésie française et les médecins libéraux

Secrétariat général du gouvernement de la Polynésie française
Source : lexpol.cloud.pf

CONVENTION DESTINEE A ORGANISER LES RAPPORTS ENTRE LA CAISSE DE PREVOYANCE SOCIALE DE LA POLYNESIE FRANÇAISE ET LES MEDECINS LIBERAUX

ENTRE :

LA CAISSE DE PREVOYANCE SOCIALE DE LA POLYNESIE FRANCAISE (CPS),
créée en application de l'arrêté n° 1335 IT du 28 septembre 1956 modifié par les textes subséquents et régie par les dispositions de l'arrêté n° 1336 IT du 28 septembre 1956 modifié,

ayant son siège social à PAPEETE MAMA O Avenue du Commandant CHESSE, B.P 1 98713 – PAPEETE (n° TAHITI 183707),

agissant pour le compte :

- du Régime des salariés,
- du Régime des non-salariés,
- du Régime de solidarité,

et vu :

- la délibération n° 03-2022/CA.CPS/RNS/RNS en date du 16 septembre 2022 du Conseil d'administration de la CPS, rendue exécutoire par arrêté 1938 CM du 22 septembre 2022 ;

représentée par son Directeur, Monsieur Vincent FABRE,
habilité par délégation :

n° 002/P en date du 8 juillet 2022 du Président du Conseil d'administration de la CPS ;

ci-après dénommée la « CPS », ou « l'organisme de gestion des régimes de protection sociale de Polynésie française » ou « l'organisme » ,

d'une part,

ET :

LE SYNDICAT DES MEDECINS LIBERAUX DE LA POLYNESIE FRANCAISE (SMLPF),
représenté par son Président, Docteur Didier BONDOUX,
dûment mandaté,

LE SYNDICAT DES ANCIENS CHEFS DE CLINIQUE EXERCANT LEUR ART EN LIBERAL EN POLYNESIE FRANCAISE,
représenté par son Président, Docteur Charles BELLI,
dûment mandaté,

LE SYNDICAT DES MEDECINS GENERALISTES DE LA POLYNESIE FRANCAISE,
représenté par son Président, Docteur Eric MORIN,
dûment mandaté,

CONVIENNENT DE LA CONVENTION ET SES ANNEXES
DANS LES TERMES CI-APRES :

Sommaire	
Préambule	4
Titre Ier – Principes généraux.....	6
Article 1er : Champ d'application	6
Article 2 : Conditions du partenariat	6
Titre II – Accès au secteur conventionnel.....	6
Article 3 : Régulation de la démographie de la profession	6
Article 4 : Honoraires opposables.....	9
Article 5 : Relevé Individuel d'Activité Professionnel (RIAP)	9
Titre III – Délivrance des soins aux ressortissants.....	9
Article 6 : Modalités d'exercice	9
Article 7 : Principe du libre choix	11
Article 8 : Délivrance des soins	12
Article 9 : Feuilles de soin	12
Article 10 : Rédaction des ordonnances	16
Article 11 : Paiement des honoraires	18
Article 12 : Fixation des honoraires	19
Article 13 : Missions de santé publique.....	19
Titre IV – Modernisation des échanges	20
Article 14 : Services en ligne dédiés aux professionnels de santé	20
Article 15 : Médiation.....	20
Titre V – Partenariat conventionnel	20
Section 1 : Les instances de concertation.....	20
Article 16 : Commission conventionnelle paritaire.....	21
Article 17 : Groupe médical de travail	23
Article 18 : La formation continue conventionnelle	24
Section 2 : non-respect des règles conventionnelles	25
Article 19 : Non-respect des tarifs et des dispositions conventionnelles	25
Article 20 : Cas de condamnation par l'Ordre ou les tribunaux.....	27
Titre VI – Tarifs d'honoraires	27
Article 21 : Valeur des lettres-clés	27
Article 22 : Mode de fixation des honoraires	27
Article 23 : Remboursement des soins	27
Article 24 : Révision des tarifs d'honoraires	28
Titre VII – Durée et conditions d'application de la convention.....	28
Article 25 : Date d'entrée en vigueur – Durée.....	28
Article 26 : Dénonciation	28

Article 27 : Notification de la convention – Délai d’option – Renonciation du médecin	28
Article 28 : Résiliation de la convention	29
Titre VIII – Maîtrise médicalisée de l’évolution des dépenses de santé	30
Article 29 : Principes et mise en œuvre de la maîtrise médicalisée de l’évolution des dépenses de santé.....	30
Article 30 : Feuille de soins électronique (FSE).....	31
Article 31 : Actions thématiques concertées.....	31
Article 32 : Prévention.....	32
Article 33 : Politique du médicament	32
Article 34 : Coordination des différents intervenants du système de soins	33
Article 35 : Organisation du dispositif de la « Longue Maladie ».....	34
Article 36 : Références de bonne pratique	39
Article 37 : Objectifs prévisionnels d’évolution des dépenses médicales.....	40
Article 38 : Dossier de suivi médical	41
Article 39 : Développement de la complémentarité entre le secteur ambulatoire public et libéral	42
Article 40 : Promotion des complémentarités et des coopérations hospitalières.....	42
Annexe I : Tarifs d’honoraires.....	43
Annexe II : Tarif des actes de la CPAM	45
Annexe III - « Objectifs prévisionnels d’évolution des dépenses médicales »	46
Annexe IV - « Dotation relative aux actions de formation agréées par les instances paritaires »	46
Annexe V - « Protocoles de soins RSR ».....	47

Préambule

Les médecins du secteur privé et la Caisse de prévoyance sociale (C.P.S.) souhaitent renouer leurs relations au travers d'une nouvelle convention collective afin de :

- valoriser l'activité du médecin libéral dans la prise en charge globale du patient ;
- favoriser le maillage médical pour une meilleure couverture sanitaire ;
- harmoniser les pratiques professionnelles des médecins libéraux ;
- impulser une vision commune des stratégies à élaborer et des actions à entreprendre ;
- mettre en place un nouveau partenariat et restaurer la confiance des médecins dans l'avenir de la médecine libérale.

La présente convention est destinée à régir les rapports entre les médecins libéraux et la Caisse de prévoyance sociale (C.P.S.) de la Polynésie française, en application de la délibération n° 95-109 AT modifiée du 03 août 1995 adoptée par l'Assemblée de la Polynésie française.

Elle reconduit la plupart des dispositions contenues dans les conventions antérieures organisant les rapports entre les médecins libéraux et la C.P.S., en date du 08 janvier 2009 et du 22 janvier 2012, ainsi que dans leurs annexes et avenants.

Ainsi, les parties s'engagent à collaborer pour assurer le maintien du dispositif conventionnel, le partenariat entre le professionnel de santé signataire et l'organisme payeur étant indispensable à la mise en place d'un dispositif de maîtrise médicalisée des dépenses.

Les parties signataires se déclarent conscientes des difficultés économiques résultant de la conjoncture et de leurs conséquences sur l'équilibre des régimes d'assurance maladie et accident du travail. Elles reconnaissent que l'équilibre des comptes de l'assurance maladie et accident du travail est une des priorités pour la mise en œuvre des principes énoncés aux termes de la présente convention. Ainsi, le respect de cet équilibre doit notamment être pris en compte dans le cadre de la valorisation de l'activité du médecin libéral.

Toutefois, la reconnaissance de la valeur économique des actes dispensés par les professionnels de santé, devra être prise en compte dans le respect de cet équilibre financier.

L'équilibre des comptes fait appel à la responsabilité de chacun des acteurs de santé :

- le médecin qui s'engage à intensifier la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé ;
- les ressortissants qui sont informés de la nécessaire lutte contre le gaspillage des soins et des médicaments, de la nécessaire prévention individuelle des accidents et des maladies.

Les parties, tant l'organisme payeur que les professionnels de santé, veilleront à garantir à tous les ressortissants des régimes de protection sociale territoriaux, l'accès à des soins de qualité selon les données acquises de la science afin de poursuivre l'amélioration de l'état sanitaire de la population.

Elles contribuent, chacune pour ce qui la concerne, à la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses tout en développant une médecine de qualité. Le succès de cette nouvelle approche de maîtrise des dépenses sera dû à la cohésion de toutes les mesures prises et à leur synergie.

Pour répondre à ces objectifs, en liaison avec les autres professions de santé, les parties signataires décident, en application du dispositif réglementaire en vigueur et dans le respect du code de déontologie médicale :

- de respecter les principes de l'organisation de la médecine libérale ;
- de mettre en application la maîtrise médicalisée et contractualisée de l'évolution des dépenses de soins notamment par l'application des références de bonnes pratiques dans le cadre des paniers de soins visées à l'article 36 de la présente convention et le respect des engagements de maîtrise médicalisée pris à l'article 29 ;
- d'adapter la pratique médicale en particulier par la mise en œuvre du dispositif de coordination dans le cadre du parcours de soins décrit à l'article 34, de continuité des soins et de la prise en charge des urgences dans le but d'améliorer la qualité des soins et la maîtrise des dépenses ;
- de participer aux actions ou dispositifs de prévention ;
- de participer aux missions de service public dans le cadre de politiques de santé publique définies par le Pays ; notamment en participant au renforcement de la présence médicale dans les îles éloignées, par le biais du dispositif des consultations spécialisées avancées et de la télésanté.
- de promouvoir et développer la formation médicale continue.

Les parties signataires considèrent que les différentes disciplines médicales doivent trouver dans ce dispositif conventionnel les conditions nécessaires à l'exercice de leur profession et les moyens de participer pleinement à l'évolution du système de soins. A cette fin, elles apportent une attention particulière à la place de la médecine de ville dans les alternatives à l'hospitalisation, la prévention, l'éducation sanitaire.

Les modes de rémunération du médecin permettent de reconnaître la diversité de ses fonctions. Le paiement à l'acte reste le mode de rémunération principal pour les prestations techniques, néanmoins afin de reconnaître les différentes missions des médecins, il est possible de faire appel à des modes de rémunération forfaitaires définis réglementairement, liés soit à la prise en charge spécifique d'une pathologie, soit à des objectifs de santé publique.

De ce qui précède, les parties signataires conviennent de formaliser leurs engagements selon les termes de la présente convention collective.

Titre Ier – Principes généraux

Article 1er : Champ d'application

Sous réserve des dispositions de l'article 3, relatif à la démographie de la profession, la présente convention régit les rapports entre l'organisme de gestion des régimes de protection sociale territoriaux et les médecins du secteur libéral signataires réglementairement autorisés à exercer en Polynésie française.

En outre, dans le cadre de l'amélioration de l'offre de soins, la Caisse pourra solliciter auprès des médecins exerçant sous le régime conventionnel des vacations ou des prestations de service à effectuer. Une convention particulière sera établie entre la Caisse et le praticien sollicité.

Article 2 : Conditions du partenariat

La C.P.S. et les médecins placés sous le régime de la présente convention, s'engagent à respecter toutes les dispositions prévues par la présente convention et les textes réglementaires régissant l'exercice de la médecine.

Les parties signataires s'obligent à collaborer étroitement, de bonne foi et en toute loyauté dans la réalisation de l'œuvre commune, c'est à dire :

- à préserver tant l'indépendance d'exercice des praticiens conventionnés et les règles de la déontologie médicale, notamment le secret médical dans l'intérêt des patients, que l'exécution par la Caisse de sa mission de service public ;
- à informer, consulter et conseiller l'autre partie dès lors que la démarche est utile à la bonne exécution de la convention ;
- à intervenir de façon commune auprès des pouvoirs publics dès lors que l'évolution de la vie conventionnelle la rend nécessaire.

Les parties signataires conviennent que la mise en œuvre pratique des dispositions réglementaires et/ou législatives (dont les paniers de soins) doit faire l'objet d'une concertation et d'un accord entre elles.

A ce titre, la Caisse s'engage à informer le ou les syndicats signataires et les praticiens des objectifs des projets (études, enquêtes) qu'elle entend mener conjointement pour l'application de la présente convention et de les associer à l'élaboration de la méthodologie de ces projets. Les praticiens conventionnés participent à ces projets dans toute la mesure compatible avec l'exercice de leur activité.

Dans le cadre des contrôles qu'ils effectuent, les praticiens-conseils s'abstiennent d'informer le patient que son médecin traitant est l'objet de ces contrôles.

Toutes les règles, interprétations et modalités d'application de la présente convention sont arrêtées d'un commun accord.

La C.P.S. s'engage à informer des dispositions de cette convention tous les médecins quels que soient les secteurs, public ou privé.

Titre II – Accès au secteur conventionnel

Article 3 : Régulation de la démographie de la profession

Les modalités pratiques d'accès au conventionnement des médecins sur le Territoire sont applicables suivant la réglementation en vigueur portant dispositions relatives au dispositif conventionnel entre la C.P.S. et les professionnels de santé du secteur privé.

1. Demande de conventionnement

Le médecin qui sollicite son conventionnement doit adresser une demande écrite à la C.P.S. A l'appui de sa demande, il est tenu de fournir les documents ci-après :

- une attestation d'inscription au tableau du Conseil de l'Ordre ;
- une attestation d'enregistrement des diplômés à l'ARASS ;
- une photocopie de sa pièce d'identité ;
- une photo d'identité récente ;
- un RIB ;
- une attestation sur l'honneur certifiant qu'il est dégagé de toute situation incompatible avec un exercice libéral de la médecine ;
- un exemplaire des actes de cession de cabinet ayant date certaine, en cas de rachat.

Le praticien doit indiquer la zone de conventionnement et la commune où il souhaite exercer son activité.

A peine d'irrecevabilité, les dossiers de demande de conventionnement sont remis en mains propres ou envoyés par courrier recommandé avec accusé de réception, ou tout autre moyen certain de transmission au service chargé des relations conventionnelles de la C.P.S. Les dossiers complets sont enregistrés par la C.P.S. suivant leur date de réception, sous réserve que la demande soit accompagnée des justificatifs requis.

Toute demande incomplète ne sera pas enregistrée et sera renvoyée au demandeur qui pourra la renouveler dûment complétée auprès de la C.P.S.

2. Examen des demandes

a) Principe général

Le conventionnement est accordé par la Caisse à tout médecin qui remplit les conditions fixées par la réglementation en vigueur pour l'exercice de sa profession, réserve faite des dispositions relatives à l'accès au conventionnement sur certaines zones géographiques régulées.

b) Accès au conventionnement sur les zones géographiques régulées

La Caisse transmet la demande de conventionnement, accompagnée de toutes les pièces justificatives, à l'ARASS et à la commission de régulation des conventionnements des médecins qui donnent un avis sur la demande suivant les modalités fixées par la réglementation en vigueur.

Le conventionnement accordé par la Caisse est subordonné à :

- la publication au journal officiel de la Polynésie française de l'arrêté pris par le président de la Polynésie française autorisant le praticien concerné à bénéficier des dispositions conventionnelles dans la zone régulée demandée ;
- la confirmation écrite du médecin concerné, de se placer sous le régime de la présente convention, suivant la procédure prévue au paragraphe 3 du présent article.

3. Adhésion à la convention

La C.P.S. adresse au praticien nouvellement conventionné copie en deux (2) exemplaires de la convention, par tout moyen certain de transmission.

Chaque médecin pourra être reçu individuellement en entretien afin que lui soient présentés et expliqués les enjeux de la convention et ceux de la protection sociale généralisée.

Le médecin dispose d'un délai d'un (1) mois, à compter de la réception du courrier, pour renvoyer ou remettre en mains propres un (1) exemplaire dûment paraphé, mentionné, daté et signé suivant les dispositions prévues à l'article 27 de la présente convention.

Passé ce délai, la Caisse considérera que le praticien ne souhaite pas bénéficier des présentes dispositions conventionnelles.

Cette décision est portée à la connaissance de la commission conventionnelle paritaire par la C.P.S.

Toute nouvelle demande devra faire l'objet de la procédure prévue aux paragraphes 1, 2a) et 2b) du présent article 3.

En cas de contestation, le praticien dispose d'un recours de droit commun devant le tribunal compétent.

4. Conditions de validité des décisions

L'autorisation de conventionnement est accordée à titre individuel et nominatif pour l'exercice d'une qualification donnée, reconnue par le Conseil de l'Ordre, sous réserve de l'installation et de l'entrée en activité du praticien dans le délai de six (6) mois à compter de la date d'adhésion à la présente convention. Toute demande de prorogation de ce délai est soumise à l'avis préalable de l'ARASS.

5. Cession de cabinet

Les médecins conventionnés titulaires d'un cabinet ou détenant des parts dans une société, ont la possibilité de céder leur cabinet ou leurs parts. Le successeur réglementairement autorisé à exercer en Polynésie française bénéficie d'un droit au régime conventionnel, dans le respect des règles d'accès au conventionnement définies au paragraphe 1 ci-dessus et sous réserve du renoncement au conventionnement à son profit du praticien cédant son cabinet ou ses parts.

Cette disposition s'applique également au bénéfice des héritiers en cas de décès d'un médecin conventionné. Le transfert du droit au régime conventionnel devra se faire dans les six (6) mois qui suivent le décès, terme au-delà duquel il deviendra caduc. Durant cette période, le remplacement du médecin décédé pourra être autorisé pour assurer la continuité des soins sous réserve de l'avis favorable du Conseil de l'Ordre des Médecins.

6. Associations

Les demandes de conventionnement, pour exercer en association, sont soumises aux dispositions relatives à l'accès au conventionnement du présent article.

7. Cabinets secondaires

Sous réserve des dispositions réglementaires concernant l'accès au conventionnement par zones géographiques, le conventionnement du praticien signataire s'applique à ses activités exercées tant à son cabinet principal qu'à son cabinet secondaire dûment autorisé par le Conseil de l'Ordre des médecins.

Le médecin autorisé à ouvrir un cabinet secondaire ne peut en aucun cas se faire remplacer dans l'un de ses cabinets pendant qu'il exerce dans l'autre.

8. Listes des praticiens conventionnés

Afin d'assurer la meilleure information possible des praticiens conventionnés, les parties signataires conviennent que la C.P.S. actualise son site web à chaque nouveau conventionnement.

Cette liste précise l'identité et le code C.P.S. des médecins conventionnés.

9. Activités devant être réalisées en milieu hospitalier

Lorsqu'un médecin spécialiste conventionné doit réaliser en milieu hospitalier, pour des raisons d'environnement technique, des interventions ou investigations en dehors de sa zone d'installation, ses actes sont pris en charge dans les mêmes conditions, sous réserve de l'accord préalable du contrôle médical.

10. Vacances

Le praticien qui effectue des vacances dans des structures publiques est tenu d'en informer la Caisse et ne peut en aucun cas se faire remplacer simultanément dans son cabinet, sauf dans le cas d'une mission de santé publique contractualisée tripartite (praticien, caisse et structure publique).

Article 4 : Honoraires opposables

Les praticiens conventionnés s'engagent à respecter les tarifs fixés en annexe, qui sont déterminés selon les modalités prévues au Titre VI de la présente convention.

Article 5 : Relevé Individuel d'Activité Professionnel (RIAP)

L'organisme payeur s'engage à mettre à la disposition des praticiens exerçant sous le régime de la présente convention, sur l'espace numérique dédié aux professionnels de santé, deux fois par an à savoir avant le 31 mai pour l'exercice de l'année précédente et le 30 novembre pour le premier semestre de l'année, leur relevé individuel d'activité professionnel (RIAP) précisant le montant global des honoraires et prescriptions remboursés par l'assurance maladie et accident du travail (date de soins).

Il est bien entendu que ce relevé n'est communiqué qu'à titre d'information des praticiens conventionnés. Il ne constitue pas un document déclaratif, destiné notamment à l'administration fiscale.

Une fois par an, la Caisse adressera l'ensemble des informations d'activités comparatives permettant au praticien de situer son activité par rapport à celle de ces confrères.

Titre III – Délivrance des soins aux ressortissants

Article 6 : Modalités d'exercice

1. Principes généraux

Tout médecin est tenu de faire connaître à la C.P.S., dans un délai d'un (1) mois à compter de la date de son adhésion à la présente convention, l'adresse géographique de son cabinet (principal et éventuellement secondaire), la copie du ou des tampons identifiant le ou les lieux de son exercice ainsi que ses coordonnées téléphoniques, postales, télécopie et adresse e-mail.

Lorsqu'il exerce au sein d'un cabinet de groupe ou d'une société, il doit préciser l'identité de ses associés ainsi que la date de début de leur association.

2. Remplacements

Les parties signataires conviennent de la nécessité de mettre en œuvre des moyens permettant d'identifier et de suivre l'activité des remplaçants.

Le médecin signataire qui cesse momentanément tout exercice professionnel et souhaite se faire remplacer est tenu de justifier d'une autorisation de remplacement délivrée par l'Organe polynésien du Conseil National de l'Ordre des médecins et de faire connaître à la C.P.S., avant l'entrée en fonctions de son remplaçant, les dates et heures de début et de fin du remplacement, le nom et le numéro d'inscription à un tableau de l'Ordre des médecins du remplaçant ou son numéro de licence de remplacement.

Il lui appartient de vérifier que son remplaçant remplit bien toutes les conditions nécessaires à l'exercice du remplacement.

Le remplaçant d'un praticien placé sous le régime de la présente convention est tenu de se conformer à l'ensemble du dispositif conventionnel. Il est informé de ses obligations par le médecin remplacé.

Durant son remplacement, le médecin remplacé s'interdit toute forme d'exercice conventionnel rémunéré de son art. De même, le remplaçant ne peut exercer une activité propre et indépendante durant toute la durée du remplacement.

Le remplaçant adopte la situation du remplacé au regard de la présente convention, sauf le cas échéant, en ce qui concerne les avantages sociaux dont pourrait bénéficier le médecin titulaire.

Il indique sa situation de remplaçant, le nom et le numéro d'identification du praticien remplacé dans le pavé d'identification prévu à cet effet sur les différents imprimés de facturation.

Un médecin interdit d'exercice ou faisant l'objet d'un déconventionnement ne peut se faire remplacer durant la durée de la sanction.

3. Suspension d'activité

Le praticien qui suspend son activité sans se faire remplacer pendant une durée supérieure à trois (3) mois successifs doit en informer au préalable, la C.P.S. en précisant des dates de début et de fin de la période concernée.

Lorsque la Caisse a connaissance de la cessation d'activité d'un médecin n'ayant pas satisfait à cette obligation, elle rappelle à l'intéressé, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, et par mail, les dispositions du présent article.

Si la lettre est retournée par l'administration des postes avec la mention « non réclamé », « inconnu », « parti » ou toute autre mention équivalente, un nouvel envoi est effectué après un délai minimum de quinze (15) jours à compter de la date de retour du premier courrier recommandé notifiant une suspension de convention à titre conservatoire. En absence de réponse par courrier ou par mail dans un délai d'un mois la C.P.S. procède à la radiation d'office du médecin concerné qui est réputé avoir définitivement cessé d'exercer.

Le transfert de patientèle d'un médecin à un autre exerçant dans la même zone de conventionnement, par un courrier co-signé des deux médecins, adressé à la C.P.S., pour un délai inférieur à trois mois, est autorisé avec le maintien du bénéfice des dispositions liées au médecin remplacé (tiers-payant...).

4. Exercice conventionnel effectif de la profession en libéral

Conformément aux dispositions de la délibération n° 95-109/AT modifiée, les praticiens conventionnés doivent, pour conserver le bénéfice du conventionnement, justifier de l'exercice conventionnel effectif de la profession en libéral.

Les parties s'entendent pour définir que l'exercice conventionnel effectif de la profession en libéral, pour répondre aux besoins de soins de la population, dans le respect des obligations notamment du code de déontologie en matière de qualité des soins, tient compte :

- du nombre d'actes effectués par le praticien et/ou son remplaçant qui, hors épidémie, doit correspondre à une activité pour un généraliste de 4 à 6 consultations par heure et pour un spécialiste 2 à 4 consultations pour la même durée ;
- du nombre de patients relevant de l'un des régimes de protection sociale de Polynésie française ;
- de, le cas échéant, son activité de médecin référent ;
- de son activité de prescriptions (pharmacie, examens, soins para médicaux...) ;
- du temps consacré à l'exercice conventionnel de la profession sur une base hebdomadaire minimale de mi-temps pour tenir compte du dispositif de régulation.

Chaque semestre, la Caisse met à disposition en ligne pour chaque praticien conventionné son relevé individuel d'activité professionnel (RIAP), sur lequel figurent le nombre d'actes effectués par le praticien et/ou son remplaçant pour la période concernée ainsi que le nombre de patients traités, relevant de l'un des régimes de protection sociale gérés par la Caisse.

A partir de ce relevé, dans un souci de garantir une offre de soins de qualité lorsque la Caisse constate un écart de plus 50 % du nombre d'actes et/ou de patients par rapport à la moyenne des médecins de même qualification reconnue par le Conseil de l'Ordre, elle fait procéder par le Service contrôle médical de la C.P.S. à une analyse concertée, avec le praticien, de son activité.

A l'issue, le Service contrôle médical de la C.P.S. établit ses conclusions écrites, en tenant compte des critères énoncés aux alinéas 2 et suivants du présent paragraphe 4, énonçant les éventuels manquements du praticien concerné, pouvant justifier l'une des mesures prévues à la section 2 du titre V.

En cas d'anomalie, il rappelle à l'intéressé, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, les dispositions des alinéas 1 à 7 du présent paragraphe, et informe qu'il dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception de la lettre recommandée, pour former ses observations et donner des explications sur son activité.

A l'expiration du délai d'un mois et suivant les observations éventuelles du praticien, la Caisse engage les procédures prévues au titre V.

Par ailleurs, si la lettre est retournée par l'administration des postes avec la mention « non réclamé », « inconnu », « parti » ou toute autre mention équivalente, un nouvel envoi est effectué dans un délai minimum de quinze (15) jours à compter de la date de retour du premier courrier recommandé. Si le second envoi est également envoyé pour un motif analogue la C.P.S. procède à la radiation d'office du médecin concerné qui est réputé avoir définitivement cessé d'exercer.

Le dossier est porté à la connaissance de la commission conventionnelle paritaire qui statue dans les mêmes conditions qu'en matière de sanctions conventionnelles à caractère essentiellement médical.

En cas de contestation, le praticien dispose d'un recours de droit commun devant le tribunal compétent.

Article 7 : Principe du libre choix

Les ressortissants des régimes de protection sociale de Polynésie française ont le libre choix entre tous les praticiens réglementairement autorisés à exercer en Polynésie française.

Le praticien signataire de la présente convention, peut être choisi comme médecin traitant et/ou référent par le patient sous réserve qu'il donne son accord.

En cas de traitement ou de soins à domicile, si un ressortissant fait appel, sans motif justifié sur le plan des techniques médicales, à un médecin qui n'exerce pas dans la même commune ou, à défaut, dans la commune la plus proche, sous réserve des dispositions réglementaires relatives aux zones de conventionnement des professionnels de santé du secteur privé, l'organisme payeur ne participe pas aux dépenses supplémentaires pouvant résulter de ce choix.

Pour faciliter le libre choix du praticien, la Caisse donne aux ressortissants toutes informations utiles et actualisées sur la situation des praticiens au regard de la présente convention. Notamment, la Caisse affiche dans ses locaux et publie sur son site web, la liste exhaustive mise à jour des médecins conventionnés, mentionnant leur identité, leur commune d'exercice et leur numéro de téléphone.

De leur côté, les praticiens doivent informer leurs patients de leur situation au regard de la présente convention au moyen d'un affichage explicite dans sa salle d'attente suivant la réglementation en vigueur.

Article 8 : Délivrance des soins

Les soins sont donnés au cabinet du praticien, sauf en cas d'urgence ou lorsque le patient ne peut se déplacer en raison de son état de santé.

Les médecins placés sous le régime de la présente convention s'engagent à faire un bon usage des soins et faire bénéficier leurs patients de soins consciencieux, éclairés, attentifs et prudents, conformes aux données et recommandations actuelles de la science.

Ils sont tenus, dans tous leurs actes et prescriptions, d'observer dans le cadre de la législation, de la réglementation et de la convention les concernant, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins, notamment par l'application des recommandations et références de bonne pratique visées à l'article 36.

Les médecins signataires s'engagent également à faire un bon usage des soins en s'attachant à faire correspondre au mieux les actes médicaux et les prescriptions à l'état de chaque malade conformément au code de déontologie et recommandation de bonnes pratiques.

En outre, les médecins s'engagent à privilégier le maintien à domicile et améliorer la qualité de la prise en charge, au travers notamment de la participation à des réseaux d'aide à domicile (HAD...).

Article 9 : Feuilles de soin

1. Imprimés

En l'absence de télé saisie disponible, les médecins s'engagent à n'utiliser que les feuilles de soins, ordonnances bizonnes, ordonnances de médicaments d'exception, autres imprimés ou documents d'un modèle type fournis ou agréés par la Caisse et à en respecter les modes d'utilisation.

Conformément aux dispositions de la réglementation en vigueur, ils doivent porter sur ces imprimés leur identification complète, y compris leur numéro de code de praticien et leur zone de conventionnement et le lieu effectif des soins : cabinet principal ou cabinet secondaire. Ils doivent également communiquer le code des actes effectués.

La Caisse s'engage à consulter le ou les syndicats des médecins libéraux signataires préalablement à toute création ou modification d'imprimés.

Dans le cas où la réglementation applicable à l'organisme de gestion des régimes de protection sociale territoriaux prévoirait l'établissement d'imprimés autres que ceux existants, le médecin devra les remplir dans les mêmes conditions et avec la même conscience.

2. Adaptation aux nouvelles techniques

Pour faciliter les relations entre les médecins et la Caisse, les parties signataires considèrent qu'elles doivent s'adapter à l'évolution des moyens de communication et prendre en compte l'usage des nouvelles techniques, notamment informatiques afin de faciliter et fiabiliser les échanges entre les parties.

Dans ce cadre, il est admis que les relevés de paiement seront consultables et téléchargeables en ligne via une application sécurisée.

Les parties signataires pourront mettre en œuvre toute technique nouvelle de recueil ou de transfert des données (visant notamment à remplacer les feuilles de soins) après accord du groupe de travail.

Les partenaires conventionnels seront informés des projets entrepris dans ce domaine et les résultats leur seront communiqués.

Les imprimés agréés par la C.P.S. sont téléchargeables sur le site Internet de la C.P.S.

3. Cotation des actes

Le médecin s'engage à respecter la Nomenclature Polynésienne des Actes Professionnels ainsi que la Codification Polynésienne des Actes Médicaux en vigueur et à en utiliser les cotations.

Lorsque les actes ou les traitements envisagés sont soumis à accord préalable, le médecin s'engage à n'utiliser que la plateforme sécurisée e-service mise à disposition par la CPS, pour télétransmettre ses demandes d'accord préalable (DAP) et les ordonnances y afférentes.

Ce e-service permettra au médecin de recevoir :

- les accusés de réception des DAP télétransmises ;
- les notifications des décisions du Contrôle médical précisant notamment le numéro de demande d'accord (DA), qui sera reporté sur la feuille de soins lors de la facturation. En l'absence de ce numéro, la Caisse retourne la feuille de soins au médecin pour régularisation.

Néanmoins, en cas d'impossibilité technique, le médecin complète le formulaire de « Demande d'accord préalable » prévu à cet effet et certifie l'exactitude de l'ensemble de ces renseignements par l'apposition de sa signature. Il transmet la DAP accompagnée de l'ordonnance médicale au service Contrôle médical de la Caisse.

Le médecin conserve l'ordonnance durant 5 années à compter de la transmission de la DAP.

Lorsque le médecin effectue un acte en dehors des indications thérapeutiques ouvrant droit au remboursement de l'assurance maladie et accident du travail, il doit soit porter la mention HN (hors Nomenclature) ou NR (non remboursable), soit préciser le contexte dans lequel l'acte est pratiqué.

Dans le cadre du panier de soins, une case « aggravation de la pathologie » sera créée sur la feuille de soins. Lorsqu'elle est cochée, elle permet la prise en charge des actes sans accord préalable et sans majoration du ticket modérateur.

Ne donnent pas lieu à remboursement et valent autorisation aux praticiens de s'affranchir des tarifs opposables, les consultations, actes techniques, examens, prescriptions et bilan réalisés dans les contextes suivants :

- médecine du travail, médecine du sport non motivé par un traumatisme ou une pathologie, médecine aéronautique, médecine d'assurance et médecine légale (certificat d'aptitude à l'exercice d'une profession ou à la pratique d'un sport, bilans de santé demandé par un tiers et non justifiés par un état pathologique, certificat d'aptitude au permis de conduire, certificat prénuptial, certificat de décès...);
- soins faisant appel à des techniques non répertoriées dans la nomenclature ;
- actes hors référence de bonne pratique exclus du remboursement par la Caisse ;
- soins à visée esthétique ;
- les actes et déplacements non médicalement justifiés ;
- constitution de dossiers administratifs (certificats demandés pour l'admission en colonies de vacances) ;
- constitution d'une réserve de médicaments.

4. Arrêt de travail

a) De la responsabilité du praticien

L'assurance maladie comporte l'octroi d'indemnités journalières à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique constatée par le médecin traitant de continuer ou de reprendre son travail.

La prescription d'un arrêt de travail est un acte thérapeutique engageant pleinement la responsabilité du médecin prescripteur, y compris sur la durée envisagée.

Le médecin devra s'appuyer sur les termes de l'article 30 du code déontologie médicale, en fondant ses décisions sur les données acquises de la science et en faisant appel, s'il y a lieu à l'aide de tiers compétents.

A ce titre, le médecin doit limiter ses prescriptions sans négliger son devoir d'assistance morale face à un ressortissant qui sans aucune pathologie ou incapacité, ne souhaite pas pour des raisons autres que médicales retourner au travail.

Le médecin s'interdit toute pratique consistant à antidater des arrêts de travail ou encore à prescrire des arrêts de travail sur simple demande, sans examen du patient et sans nécessité.

Le médecin s'engage à soutenir la lutte contre les abus en matière d'arrêts de travail.

b) De la durée et des heures de sortie

Il ressort de la réglementation des Régimes d'Assurance Maladie et des Accidents du Travail que l'attribution des prestations en espèces est subordonnée à l'obligation pour l'assuré de s'abstenir de toute activité ou de toute sortie non autorisée par le médecin traitant.

Les malades ne peuvent donc quitter leur domicile que si le médecin le prescrit dans un but thérapeutique ou en cas de nécessité. En cas d'inobservation de ces obligations, le directeur de l'organisme de gestion peut suspendre, réduire ou supprimer le service des prestations.

A cet effet, les heures de sorties autorisées doivent être inscrites par le praticien sur le formulaire "avis d'arrêt de travail".

Les heures de sorties autorisées sont comprises entre 06h00 et 09h00 et / ou 15h00 et 17h00 en référence au formulaire d'avis d'arrêt de travail. Au-delà de ces amplitudes, les sorties prescrites par le médecin doivent être justifiées par un courrier circonstancié détaillé adressé sous pli fermé au Médecin Conseil de la Caisse.

c) De la prescription de l'arrêt

Le médecin indique obligatoirement sur l'imprimé type « Avis d'arrêt de travail » la date de fin de l'arrêt de travail qu'il juge médicalement nécessaire ainsi que le code alphanumérique de la pathologie (type CIM 10) ou libellé de la pathologie ayant provoqué l'arrêt de travail à destination exclusive du Service contrôle médical de la C.P.S.

A titre transitoire et dans l'attente de l'application de la feuille de soins électronique, le codage des pathologies est facultatif.

La date de début d'un arrêt initial est celle de l'inaptitude au travail ou celle du lendemain si le patient consulte en soirée.

Si l'intéressé indique ne pas s'être rendu à son travail le(s) jour(s) précédent(s) et qu'il n'a pu consulter immédiatement, le médecin peut - s'il adhère à ce motif- mentionner la date déclarée du début des troubles sous la rubrique "autres" de l'imprimé mais ne peut en aucun cas faire débiter l'arrêt de travail à une date antérieure à la date de consultation ni antidater le certificat.

La prolongation d'arrêts de travail doit être prescrite par le médecin traitant ou un médecin correspondant dans un parcours de soins, sauf impossibilité dûment justifiée par l'assuré (consultations effectuées dans les services des urgences par exemple). La date de début de la prolongation peut être postérieure à la date de consultation lorsque l'inaptitude du patient est à l'évidence durable.

En cas d'arrêt de travail par suite d'un accident de travail dûment authentifié par la présentation du triptyque "Feuille d'Accident du Travail" par la victime, le médecin utilise l'imprimé spécifique mis à sa disposition par la Caisse – certificat médical initial - et renseigne ses différentes rubriques y compris le siège et la nature des lésions justifiant l'arrêt de travail. Il indique au patient de ne remettre à son employeur que le volet administratif.

d) Du contrôle

En cas de désaccord sur la prescription, le Médecin Conseil en informe systématiquement le médecin prescripteur. Le praticien exposera, dans le respect des règles déontologiques et lorsque la demande lui en sera faite par un médecin conseil du Service contrôle médical de la Caisse, les motifs de la prescription d'arrêt de travail. En cas de persistance de divergence les contestations d'ordre médical portant sur la décision du Médecin Conseil donnent lieu à l'expertise amiable organisée par l'article 37 de la délibération 74-22 du 14 février 1974.

e) Prescriptions arrêts de travail – Mise sous accord préalable

Dans le cadre de ses missions la Caisse peut décider, après que le praticien a été mis en mesure de présenter ses observations, de subordonner à l'accord préalable du Contrôle médical le versement des indemnités journalières dans une limite de six mois maximum, lorsqu'il est constaté un volume important d'indemnités journalières supérieur à 50 % du nombre d'actes et/ou de patients par rapport à la moyenne des médecins de même qualification reconnue par le Conseil de l'Ordre ; elle fait procéder par le Service contrôle médical de la C.P.S. à une analyse concertée avec le praticien de son activité.

5. Honoraires

Pour tout acte qu'il a personnellement effectué, le médecin porte sur la feuille de soins la cotation et toutes les indications utiles correspondant à cet acte, telles que prévues par la réglementation. L'exécution des soins doit être mentionnée au jour le jour, dans la limite de la période de validité de la feuille de soins.

La signature attestant l'exécution des actes est apposée par le praticien qui les a effectués. Dans le cas d'entente préalable, le praticien notifie son identification par apposition de son cachet professionnel lors de l'acquit de la prestation.

Le praticien est tenu d'inscrire sur la feuille de soins et de traitement fournie par la Caisse ou sur tout autre support agréé par celle-ci, l'intégralité des honoraires demandés au ressortissant correspondant aux actes effectués, y compris ceux hors nomenclature à l'aide de la mention H.N, et en donne l'acquit dans la colonne prévue à cet effet.

Il ne donne l'acquit par une signature portée dans la colonne prévue à cet effet que pour les actes qu'il a accomplis personnellement et pour lesquels il a perçu des honoraires, réserve faite dans ce dernier cas des dispositions relatives à la dispense d'avance des frais.

La feuille de soins est remise au patient par le médecin, sauf en cas de tiers-payant ou lorsque le médecin a accordé au patient un délai de paiement.

Si tous les médecins membres d'une société sont habilités à signer l'acquit des honoraires, en revanche l'exécution des actes doit être obligatoirement attestée par le praticien qui a effectué l'acte.

Les soins et examens dispensés au cours d'une hospitalisation bénéficient automatiquement du tiers payant pour la part remboursable par la Caisse ; ils ne peuvent par conséquent donner lieu à délivrance d'une feuille de soins au ressortissant.

6. Signature scannée

Sous réserve que le praticien ait accompli les démarches et rempli les conditions nécessaires auprès de la C.P.S., les parties signataires conviennent que la signature manuscrite scannée apposée par le prestataire sur les documents de facturation permet d'identifier son auteur et de manifester le consentement de ce dernier aux obligations découlant de cet acte. Le signataire reconnaît que toute facture portant sa signature ainsi scannée lui sera opposable, jusqu'à preuve du contraire.

7. Cas du remplaçant

Le remplaçant porte sur la feuille de soins et les différents imprimés de facturation, dans le pavé d'identification prévu à cet effet, le nom et le numéro d'identification du médecin remplacé.

Après avoir barré le nom du médecin remplacé, il indique son propre nom suivi de sa qualité de remplaçant.

Article 10 : Rédaction des ordonnances

Le médecin formule ses prescriptions sur une ordonnance conformément au code de déontologie et à la réglementation en vigueur. Il porte notamment de façon lisible :

- son nom et prénom ;
- sa qualité ;
- le cas échéant, sa qualification ou son titre, ou sa spécialité ;
- l'adresse géographique de son lieu d'exercice ;
- son code prescripteur ;
- son numéro d'inscription à l'ordre ;
- sa signature qui doit être apposée immédiatement sous la dernière ligne de prescription ;
- la date à laquelle l'ordonnance a été rédigée ;
- le nom, le prénom du patient ;
- le sexe, l'âge et le poids du patient.

Les prescriptions sont formulées quantitativement et qualitativement avec toute la précision possible, notamment en ce qui concerne la durée du traitement et la posologie conformément à la réglementation en vigueur.

Afin d'éviter le gaspillage de médicaments par les patients, la durée du traitement ne peut excéder (3) trois mois, le renouvellement étant autorisé (4) quatre fois (soit un maximum de (12) mois de traitement lorsque le médecin prescripteur l'a expressément indiqué sur l'ordonnance exception faite de certains médicaments, substances psychotropes ou susceptibles d'être utilisés pour leurs effets psycho actifs, pour lesquels une durée inférieure de traitement est fixée réglementairement.

Les signataires reconnaissent que le bon usage des médicaments par les malades est un des facteurs importants de la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé.

Dans le cas où un patient serait atteint d'une longue maladie exonérante en application de la réglementation en vigueur, le praticien utilise obligatoirement l'ordonnance bizona lorsqu'il établit une prescription en rapport avec la longue maladie.

De même, il utilise obligatoirement l'ordonnance bizona lorsqu'il établit, au cours d'une même séance, une prescription en rapport avec l'affection exonérante et une prescription relative à une affection intercurrente.

Dans la partie haute, il établit une prescription en rapport avec l'affection exonérante prise en charge au régime de la longue maladie, et dans la partie basse, il établit les prescriptions sans rapport avec la longue maladie prise en charge ou non prévues dans le protocole de soins approuvé par le contrôle médical de la C.P.S., en donnant toute explication nécessaire à leurs patients.

L'ordonnancier est fourni par la C.P.S. Toutefois, dans un souci de clarté, le médecin est autorisé à utiliser une impression informatique de l'ordonnance bizona qui doit être similaire au modèle (taille et format) présenté par la C.P.S.

Hors certains médicaments coûteux et d'indication précises, dits médicaments d'exception, qui doivent être prescrits sur un imprimé spécifique appelé « ordonnance de médicament d'exception » mis à disposition par la Caisse, le praticien doit utiliser ses propres feuilles d'ordonnance à zone unique.

Lorsque le médecin rédige une prescription en dehors des indications thérapeutiques ouvrant droit au remboursement de l'assurance maladie et accident du travail, il doit soit porter la mention HN (hors Nomenclature) ou NR (non remboursable), soit préciser le contexte dans lequel la prescription est délivrée.

En accord avec son patient et dans le respect de son code de déontologie, le médecin consulte le carnet médical et inscrit les informations utiles et nécessaires au suivi médical du patient.

Le médecin formule sur des ordonnances distinctes les prescriptions :

- de médicaments ;
- des produits hospitaliers délivrés à titre externe ;
- d'articles inscrits sur la "liste des produits et prestations remboursables" (LPPR) ;
- de soins à effectuer par des auxiliaires médicaux ;
- d'examens de laboratoire.
- de transports sanitaires ;
- et en règle générale, de tous produits ou objets que le malade doit se procurer chez des fournisseurs différents.

Le praticien conventionné ne peut utiliser des ordonnances dont l'impression est préétablie. Cette disposition ne s'applique ni aux modalités pratiques de préparation à un examen ou d'administration de traitement, ni aux dispositions diététiques.

Mais dans un souci de clarté et de sécurité, le médecin pourra utiliser des moyens informatiques de composition et d'impression des ordonnances.

Article 11 : Paiement des honoraires

1. Dispositions générales

Le patient règle directement au médecin ses honoraires. Seuls donnent lieu à remboursement les actes inscrits à la nomenclature ou codification des actes professionnels en vigueur à la date des soins pour lesquels le médecin atteste qu'ils ont été dispensés et rémunérés conformément aux dispositions de la présente convention.

Lorsque le patient a bénéficié d'actes dispensés à titre gratuit, le médecin porte sur la feuille de soins ou sur l'ordonnance la mention "acte gratuit".

2. Vérification de l'ouverture des droits

La C.P.S. fournit au médecin, via l'espace numérique dédié aux professionnels de santé, les informations relatives à la situation administrative de son patient et l'identité du médecin traitant.

Le médecin est tenu de vérifier chaque fois qu'il est nécessaire auprès du ressortissant, l'ouverture de ses droits aux prestations au vu des informations fournies par la Caisse. (A titre d'information, le carnet de longue maladie n'est pas une preuve de l'ouverture des droits du ressortissant concerné) sous peine de rejet de la facturation.

Sous réserve de l'évolution de la réglementation concernant un patient bénéficiant d'une reconnaissance en longue maladie, le médecin pourra obtenir via l'espace numérique dédié au professionnel de santé :

- le code de la (des) pathologie(s) prise(s) en charge en longue maladie ;
- l'identification du médecin référent ;
- les dates de début et de fin de la prise en charge.

Dans le cas particulier où le médecin n'a pas, lors de la demande de soins, la preuve de l'affiliation d'un patient à l'un des régimes d'assurance maladie et accident du travail, et de l'existence de ses droits, le praticien concerné lui demande le paiement direct de ses honoraires et lui délivre une feuille de soins dûment complétée.

3. Actes réalisés dans un établissement de santé privé

Les soins dispensés par le praticien intervenant à l'acte dans un établissement de santé privé, avec ou sans hébergement, à l'exclusion des soins externes, sont inscrits sur le même imprimé de facturation que les frais d'hospitalisation, avec les montants correspondants.

La part garantie par la Caisse est versée individuellement au médecin concerné. Toutefois, elle peut être versée à sa demande, soit globalement à un médecin désigné collégalement par ses confrères exerçant dans l'établissement, soit à une société de médecins ou à un groupement de médecins exerçant dans l'établissement, soit à l'établissement lui-même.

4. Dispense de l'avance des frais

Le médecin met en œuvre les moyens nécessaires pour faire parvenir les feuilles de soins avant le 1^{er} mars de l'année suivant la date de réalisation des soins.

Dans le cadre de la dispense d'avance des frais, la C.P.S. s'engage à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour payer les dossiers validés dans un délai de 30 jours calendaires en cas de feuilles de soins papier et de 15 jours ouvrés en cas de télétransmission, à compter de la date de réception des documents justificatifs.

Les feuilles de soins rejetées et régularisées donnent lieu à un traitement prioritaire.

Toutefois, s'agissant du Régime de Solidarité (RSPF), la C.P.S. ne peut s'engager à garantir le respect des délais de paiement conventionnels, eu égard aux difficultés de trésorerie liées au financement particulier de ce régime non contributif.

La Caisse paie directement au praticien la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie et accident du travail pour :

- les soins des patients pris en charge en longue maladie ou dans la limite des paniers de soins ;
- les actes techniques dont la valeur unitaire est supérieure à 10.000 F (dix mille francs) ;
- les actes de radiologie réalisés au cours d'une même séance dont la somme des valeurs est supérieure à 10 000 Francs ;
- les soins en rapport avec l'accident du travail ;
- les actes et consultations effectués dans le cadre des Consultations Spécialisées Avancées (CSA) gérées par la Direction de la Santé ;
- les soins d'urgence réalisés au cabinet au bénéfice des ressortissants afin d'éviter le recours systématique au Centre hospitalier de la Polynésie française et le retard de prise en charge ;
- les actes d'urgence la nuit ou le week-end au sein du service des urgences des établissements de soins ou dans le cadre d'un tour de garde organisé par le Conseil de l'Ordre de médecins. Dans ce cas le praticien coche la case spécifique « garde » sur la feuille de soins. Lorsque cette case est cochée, la caisse est tenue de payer au praticien la part des dépenses qu'elle prend en charge.

Le ticket modérateur est réglé directement au praticien par le patient s'il y a lieu.

Article 12 : Fixation des honoraires

Le médecin exerçant dans le secteur des honoraires opposables, s'engage à respecter les tarifs fixés en annexe de la présente convention.

Le médecin s'interdit tout dépassement en dehors des circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade sous peine de se placer hors convention.

L'indication du dépassement est portée sur la feuille de soins avec la mention « DE ».

Le praticien doit informer le malade du montant du dépassement et de son motif.

Le dépassement indiqué sur la feuille de soins porte sur l'acte principal effectué par le praticien et non sur les frais accessoires.

Dans tous les cas, le dépassement n'est pas autorisé lorsque le médecin utilise la procédure du tiers payant.

Dans toutes les situations, le médecin fixe ses honoraires avec tact et mesure, conformément au code de déontologie médicale.

Article 13 : Missions de santé publique

Les médecins qui le souhaitent, généralistes ou spécialistes, participent aux missions de santé publique initiées par la Direction de la Santé Publique de la Polynésie française.

Ces missions peuvent prendre la forme de :

- vacations dans des structures de soins de la santé publique ;
- missions de médecine préventive ou d'éducation thérapeutique ;

- toute autre forme d'actions s'inscrivant dans la politique de santé arrêtée par les autorités de la Polynésie française, notamment dans le domaine des cancers, de l'insuffisance rénale chronique, de la santé mentale, de la périnatalité, des activités physiques adaptées.

La CPS et les autorités de la Polynésie française, en partenariat avec les médecins volontaires concernés, organisent le calendrier de ces missions.

Titre IV – Modernisation des échanges

Article 14 : Services en ligne dédiés aux professionnels de santé

Le médecin s'engage à adhérer à l'espace numérique dédié aux professionnels de santé (e-service) mis à disposition par la C.P.S pour effectuer toutes démarches ou formalités relatives à l'exercice de son activité.

Dans le respect des conditions définies conjointement entre les parties signataires, le praticien s'engage à utiliser les fonctionnalités disponibles ainsi que celles qui seront effectives, tel que le service en ligne dédié notamment :

- aux demandes d'évacuations sanitaires (EVASAN) ;
- la consultation des RIAP ;
- aux demandes de mise en longue maladie ou aux demandes d'accord préalable (DAP) ;
- aux demandes ou changements de médecins référents ;
- à la télétransmission des feuilles de soins ;
- aux prescriptions d'arrêt de travail

A titre exceptionnel, en cas d'impossibilité technique, le médecin peut avoir recours au support papier.

Dans le but de garantir la continuité et l'efficacité des services proposés, les parties s'engagent à s'informer réciproquement de tout dysfonctionnement et à collaborer pour y apporter une réponse appropriée dans les meilleurs délais.

La C.P.S. met à disposition des professionnels de santé concernés sur son site internet, la présente convention, son annexe et, le cas échéant, les avenants à la présente convention, dans un délai d'un mois suivant leur publication au Journal officiel de la Polynésie française.

Article 15 : Médiation

Sous réserve de dispositions contraires, en cas de désaccord portant notamment sur un aspect administratif, financier ou médical, la C.P.S. s'engage à ce que ses médecins conseils prennent contact directement avec le médecin concerné pour lui présenter les arguments à l'origine du désaccord, avant toute décision.

A l'issue d'un débat contradictoire, si le litige persiste, il sera fait appel par l'une quelconque des parties dans un délai de deux mois, au groupe de travail qui sera chargé de donner un avis.

Titre V – Partenariat conventionnel

Section 1 : Les instances de concertation

Le fonctionnement de la convention est réglé par les parties signataires. Celles-ci exercent leur rôle de décision, d'orientation et de coordination en assurant en permanence le suivi des différents aspects de la vie conventionnelle et la conduite des études nécessaires aux adaptations à lui apporter.

Elles conviennent à cet effet d'organiser autant de fois qu'il est nécessaire des rencontres consacrées au suivi de l'activité conventionnelle.

Article 16 : Commission conventionnelle paritaire

1. Composition

La commission conventionnelle paritaire est formée de deux sections :

- une section sociale composée de trois (3) représentants du conseil d'administration de la Caisse de prévoyance sociale agissant pour le compte du régime des travailleurs salariés, du régime des non-salariés et du régime de solidarité de la Polynésie française ;
- une section professionnelle composée de trois (3) représentants désignés pour un (1) an par le ou les syndicats signataires de la convention.

Chacune des sections doit également désigner des suppléants à leurs représentants titulaires. Le suppléant ne peut participer à la commission qu'en cas d'absence de son représentant titulaire.

En cas de cessation de fonction de l'un des membres de la commission, les parties signataires intéressées pourvoient au remplacement de celui-ci dans les meilleurs délais.

L'organisme ayant désigné un ou plusieurs représentants peut, en cours de mandat, procéder au remplacement de celui-ci.

Sans remettre en cause le caractère paritaire de la commission, le directeur de la Caisse, l'agent comptable et un médecin-conseil ou leurs représentants sont membres de droit de la commission, avec voix consultative. De même, les salariés de la Caisse désignés par le directeur et chargés de la gestion administrative des séances de la commission sont membres de droit de la commission avec voix consultative.

Les parties signataires peuvent se faire assister de deux conseillers au maximum qui assistent aux réunions avec voix consultative. La qualité de membre du conseil d'administration de la C.P.S. est incompatible avec celle d'assistant conseil.

La section professionnelle et la section sociale désignent chacune un président choisi parmi leurs membres.

Les présidents des sections professionnelle et sociale assurent à tour de rôle, par période d'un (1) an, même en l'absence de réunion, la présidence et la vice-présidence de la commission conventionnelle paritaire. Le vice-président assure la présidence de la séance en cas d'absence du président.

La présidence de la commission est assurée pour la première fois par la section sociale pour l'année civile restant à courir à compter de l'entrée en vigueur de la présente convention.

A la demande de la commission conventionnelle paritaire ou à la demande conjointe du président et du vice-président, toute personne considérée comme experte peut être convoquée à une réunion de la commission. Elle ne participe à la commission que pour le point de l'ordre du jour où sa compétence a été requise.

2. Rôle

La commission conventionnelle paritaire assure le bon fonctionnement de la convention par une collaboration permanente de la Caisse et du ou des syndicats signataires. A ce titre, elle propose et assure notamment la mise œuvre et le suivi :

- des recommandations et références médicales ;
- des modalités techniques d'application de la feuille de soins électronique ;
- des actions thématiques concertées ;
- des actions de prévention ;

- des taux directeurs ;
- de la politique du médicament ;
- des soins coordonnés à domicile ;
- des actions à mener dans le cadre de la Longue Maladie.

Elle s'efforce par ailleurs de régler toute difficulté concernant l'application de la convention, et notamment concernant son interprétation.

Elle est assistée dans ses missions par le groupe de travail, qui devra obligatoirement donner son avis dans un délai de trois (3) mois à compter de sa saisine.

Elle prend en compte les avis formulés à sa demande par le Service contrôle médical sur l'évolution de la consommation des soins ainsi que tout autre élément d'information disponible : études statistiques, relevés collectifs d'activité et de prescriptions, etc.

A cet effet, la Caisse met à la disposition des membres de la commission, dans la mesure de ses possibilités et à leur demande, tout élément d'information statistique nécessaire à leurs travaux. Les parties s'entendent sur le fait que ces statistiques sont nécessaires à la réalisation de l'objectif de maîtrise médicalisée des budgets.

Elle dresse chaque année un bilan budgétaire de la convention.

La commission adresse également aux parties signataires un procès-verbal de chacune de ses séances ainsi qu'un rapport annuel d'activité.

Enfin, elle exerce toute attribution fixée par les articles relatifs au non-respect des tarifs et des dispositions conventionnelles.

3. Fonctionnement de la commission

La commission conventionnelle paritaire se réunit en tout lieu qu'elle choisit à cet effet.

Le secrétariat administratif est assuré par la C.P.S., qui est chargée de la conduite du dispositif conventionnel.

Dans la mesure du possible, la commission conventionnelle paritaire fixe en fin de séance la date et l'ordre du jour de la réunion suivante. L'ordre du jour définitif est établi par le président et le vice-président. L'inscription d'une question à l'ordre du jour, réclamée au moins quinze (15) jours avant la réunion suivante, par la majorité d'une des deux sections, est de droit.

Les convocations sont adressées par le secrétariat aux parties signataires au moins quinze (15) jours francs, sauf urgence, avant la date de la réunion, accompagnées de l'ordre du jour et de la documentation y afférente.

La commission conventionnelle paritaire se réunit chaque fois qu'il est nécessaire et au moins une (1) fois par an. La réunion est de droit si elle est demandée par le président, le vice-président ou à la majorité de l'une ou l'autre des sections.

En cas de carence de la commission, ou faute de décision de cette dernière dans le délai imparti, la Caisse peut exercer les attributions dévolues à cette instance.

Il y a situation de carence dans les cas suivants :

- non tenue de réunion résultant de l'incapacité répétée (deux fois consécutives) des sections soit à fixer une date de réunion, soit à arrêter un ordre du jour commun du fait de l'une ou l'autre section,
- absence répétée de quorum (deux fois consécutives) à des réunions ayant donné lieu à convocation officielle, du fait de l'une ou l'autre des sections,
- refus répété (deux fois consécutives), par l'une ou l'autre section, de voter un point inscrit à l'ordre du jour.

Dans tous les cas, un constat de carence est dressé. Le cas échéant, la section à l'origine de la situation de carence, est invitée par le président ou le vice-président à prendre toute disposition pour remédier à la situation dans les meilleurs délais.

Si aucune solution n'est intervenue dans le mois suivant le constat, la section n'étant pas à l'origine de la carence exerce les attributions dévolues à cette instance jusqu'à ce qu'il soit remédié à la situation de carence.

Lorsque la carence résulte du refus de voter un point inscrit à l'ordre du jour, le constat de carence ne porte que sur ce point.

Les délibérations de la commission conventionnelle paritaire font l'objet de procès-verbaux conservés au secrétariat administratif et signés par le président de la commission ou, à défaut, par un membre de chacune des sections ayant pris part à la réunion. Ces procès-verbaux sont adressés aux parties signataires et sont réputés approuvés sous réserve des observations qui pourraient être faites en début de séance suivante.

Toutes les personnes présentes au sein de la commission conventionnelle paritaire sont tenues au strict respect du secret professionnel et du secret des délibérations. Aucun document obtenu dans le cadre d'une fonction quelconque au sein de la commission ne doit faire l'objet d'une communication de quelque nature que ce soit.

4. Conditions de vote

La commission conventionnelle paritaire ne peut valablement délibérer que si la moitié au moins des membres de la commission est physiquement présente lors du scrutin. Chaque membre présent peut recevoir en séance au maximum une délégation de vote.

Dans le cas où le quorum ne serait pas atteint, la commission est convoquée à nouveau dans un délai maximum de huit (8) jours avec le même ordre du jour. Les délibérations sont alors valables quel que soit le nombre des présents.

En matière disciplinaire, les membres de la commission conventionnelle paritaire ne peuvent prendre part ni aux discussions ni aux scrutins lorsqu'ils ont un intérêt personnel aux affaires qui en font l'objet.

La commission conventionnelle paritaire se prononce à parité et à la majorité simple de l'ensemble des voix exprimées. Le nombre de votes est calculé abstraction faite du nombre de bulletins blancs ou nuls, qui n'expriment pas de vote. En cas de partage des voix, la voix du président de séance (le président de la commission ou, en son absence, le vice-président) est prépondérante.

Les membres de la commission sont soumis au secret des délibérations.

Article 17 : Groupe médical de travail

1. Composition

Le groupe médical de travail est formé paritairement :

- du directeur de la Caisse ou son représentant ;
- des praticiens-conseils de la Caisse ;
- des représentants du ou des syndicats signataires de la présente convention.

A la demande du groupe médical de travail, toute personne considérée comme experte peut être invitée à une réunion. Elle n'y participe que pour le point où sa compétence est requise.

La conduite des réunions du groupe médical de travail est assurée par le Service contrôle médical de la Caisse.

2. Rôle

Le groupe médical de travail :

- s'autosaisit de toute question médicale intéressant les relations conventionnelles entre la Caisse et les médecins libéraux conventionnés ;
- répond à toute demande d'étude ou d'analyse de la part de la commission conventionnelle paritaire, de la Caisse ou des syndicats signataires et ce, dans un délai maximum de trois (3) mois à compter de sa saisine ;
- sur saisine de la commission conventionnelle paritaire, elle donne un avis consultatif dans les deux (2) mois de sa saisine sur la sanction envisagée dans le cadre de manquement(s) aux règles conventionnelles à caractère essentiellement médical ;
- propose les modalités d'évaluation et de communication des dispositifs de la présente convention qui seront soumises à l'approbation de la commission conventionnelle paritaire ;
- définit les orientations et thèmes d'action de la formation médicale continue conventionnelle (FMCC) en référence à l'article 18 ;
- définit les indicateurs de mesure de l'efficacité du système de soins ainsi que les modalités de recueil et d'analyse. A ce titre, le groupe de travail est rendu destinataire du résultat de l'exploitation de ces données par la C.P.S. et procède à leur analyse avant communication des conclusions à la commission conventionnelle paritaire.

Le ou les syndicats signataires et la C.P.S. peuvent réaliser en outre, chacun pour son propre compte, des analyses médico-économiques à partir de la base de données ainsi constituée. Ces analyses s'effectuent dans le respect de la réglementation en vigueur et de l'anonymat des intéressés (patients et médecins).

Article 18 : La formation continue conventionnelle

Les parties signataires conviennent de déterminer les conditions de la participation des médecins aux actions de formation continue conventionnelle, les objectifs et les modalités d'organisation et de financement de cette formation, notamment en matière de prévention et d'économie de la santé.

1. Objectif et contenu de la formation continue conventionnelle

La formation professionnelle continue est un élément essentiel de la qualité et du bon usage des soins. Elle concourt à la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses.

La formation continue conventionnelle porte sur :

- l'entretien des connaissances ;
- l'évolution des techniques et des pratiques préventives, diagnostiques et thérapeutiques ;
- les pathologies visées par des thèmes prioritaires de prévention ;
- l'application des recommandations et références de bonne pratique listées en annexe à la présente convention ;
- la prescription en dénomination commune ou en générique ;
- l'économie de la santé ;
- l'harmonisation des pratiques au sein de la profession quel que soit le mode d'exercice ou secteur d'activité des praticiens ;
- la mise en œuvre des protocoles type de soins.

La formation médicale continue conventionnelle permet aux médecins conventionnés d'acquérir un niveau de formation médicale continue correspondant aux normes européennes exigées.

Les orientations, actions et thèmes de la formation médicale continue conventionnelle sont définies par le groupe médical de travail en concertation avec l'ARASS. A ce titre il est notamment chargé :

- de définir la liste des thèmes de formation conventionnelle qu'elle juge prioritaires pour l'année suivante ;
- d'élaborer le cahier des charges du programme de FMCC ;
- de fixer les modalités d'évaluation de la FMCC ;
- de favoriser une participation multidisciplinaire à ces formations pour la prise en charge complète des besoins de santé et pour assurer la continuité des soins ;
- de favoriser la formation médicale continue spécifique des spécialistes.

Chaque année, tout ou partie de l'organisation pédagogique de la FMCC peut être confiée par la Caisse avec l'accord de la commission chargée de la FMCC à un organisme ou une association répondant à un cahier des charges approuvé par la commission chargée de la formation médicale continue conventionnelle. Cet organisme ou cette association devient ainsi le maître d'œuvre de la FMCC et gère tout ou partie de la dotation prévue au paragraphe suivant du présent article pour le financement des actions de formation.

2. Financement des actions de formation

Les frais entraînés par la mise en œuvre des actions de formation définies par le groupe médical de travail (frais pédagogiques, frais matériels, organisation, etc.) sont financés par une dotation annuelle de la Caisse.

Cette dotation est fixée par avenant annuel à la présente convention.

3. Evaluation de la formation médicale continue conventionnelle

Les instances conventionnelles paritaires analysent chaque année le bilan des actions de formation continue conventionnelle dressé par l'organisme ou l'association à qui la réalisation desdites actions a été confiée. Cette évaluation porte sur le coût, les conditions d'organisation et la qualité de la formation.

Section 2 : non-respect des règles conventionnelles

Article 19 : Non-respect des tarifs et des dispositions conventionnelles

Paragraphe 1

Lorsque le médecin ne respecte pas les tarifs et /ou les dispositions de la convention, il peut, après mise en œuvre des procédures prévues à la présente section, encourir les mesures suivantes selon la gravité des faits et du préjudice subi par le régime de protection sociale :

- avertissement ;
- blâme ;
- déconventionnement.

Le déconventionnement peut être provisoire ou pour toute la durée de la convention suivant l'importance des griefs. Il peut être assorti du sursis sans confusion des mesures précédentes en cas de nouveau déconventionnement.

Dans le cadre de l'assurance longue maladie, l'application de l'une des mesures prévues au premier alinéa du présent paragraphe ne fait pas obstacle à la possibilité pour la Caisse de décider de suspendre le bénéfice du tiers payant au profit des patients du médecin concerné. Cette suspension du bénéfice du tiers payant peut-être provisoire ou définitive.

Paragraphe 2-A

En cas de manquements répétés aux règles conventionnelles à caractère purement administratif ou financier et notamment :

- non-respect des tarifs opposables, non-respect des dispositions générales de la nomenclature ou de la codification des actes professionnels,
- non-respect des règles de remplissage des feuilles de soins, ordonnances, carnet médical et imprimés en vigueur...
- fausse facturation (acte fictif, double facturation...),
- non-respect des dispositions réglementaires relatives à la prescription des produits de santé,

La Caisse peut appliquer l'une des mesures prévues au paragraphe 1 du présent article à l'encontre du médecin concerné.

Elle doit au préalable communiquer ses constatations audit médecin qui dispose d'un délai d'un (1) mois pour présenter ses observations éventuelles ou être entendu à sa demande par le directeur de la Caisse ou ses représentants ; le médecin peut se faire assister par un avocat ou une personne de son choix, dans la mesure où ce(tte) dernier (e) n'a pas la qualité de membre titulaire ou suppléant du conseil d'administration de la CPS.

L'application de l'une des mesures prévues au paragraphe 1 du présent article ne fait pas obstacle au remboursement des prestations indûment perçues par le médecin.

Le directeur de la C.P.S. notifie sa décision motivée au médecin concerné, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou par tout autre moyen certain de transmission.

Paragraphe 2 – B

En cas de manquement(s) de façon répétée aux règles conventionnelles à caractère essentiellement médical, notamment :

- non-respect de la nomenclature ou de la codification des actes professionnels, sauf en ce qui concerne les dispositions générales visées au paragraphe 2 – A,
- non-respect du tact et de la mesure, des règles de formulation des ordonnances,
- non-respect des règles de suivi des malades atteints d'une affection exonérante,
- non-respect des règles de coordination et de continuité des soins,
- non-respect des recommandations et références médicales de bonne pratique,
- non-respect des dispositions réglementaires relatives à la prescription des produits de santé,

La Caisse transmet le relevé de ses constatations à la commission conventionnelle paritaire.

Dans les quinze (15) jours suivant la transmission, la commission conventionnelle paritaire saisit le groupe médical de travail qui en informe immédiatement le médecin concerné et le Conseil de l'Ordre des médecins.

Le groupe médical de travail dispose d'un délai de deux (2) mois à compter de sa saisine pour analyser avec la participation du Conseil de l'Ordre et du médecin concerné les griefs qui lui sont reprochés.

Au terme de ce délai, et après avis du groupe médical de travail, la commission conventionnelle paritaire communique au médecin les motifs de la plainte, l'informe des procédures pouvant être suivies à son encontre et l'invite à faire connaître ses observations écrites ou orales dans le mois qui suit cette notification.

Le médecin peut, à sa demande, être entendu et se faire assister par un avocat ou une personne de son choix.

A défaut d'avis proposé par le groupe médical de travail au terme du délai imparti, la commission conventionnelle paritaire peut proposer éventuellement et s'il y a lieu une sanction et son éventuelle publication, après avoir provoqué les observations écrites ou orales du médecin concerné.

L'application de l'une des mesures prévues au paragraphe 1 du présent article ne fait pas obstacle au remboursement des prestations indûment perçues par le médecin.

Le directeur de la C.P.S. notifie sa décision motivée au médecin concerné par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou par tout autre moyen certain de transmission.

Paragraphe 3 - Notification des décisions

Les décisions prises en application du présent article sont notifiées par le directeur de la Caisse au praticien concerné avec demande d'avis de réception soit signifié par acte extra judiciaire.

Elles précisent la date d'effet de la sanction qui intervient au minimum quinze (15) jours à compter de sa notification.

Le praticien dispose d'un recours de droit commun devant le tribunal compétent.

Article 20 : Cas de condamnation par l'Ordre ou les tribunaux

Le praticien ayant fait l'objet d'une décision d'interdiction de donner des soins aux ressortissants par une section des Assurances Sociales du Conseil régional ou national de l'Ordre des médecins, se trouve placé hors convention pour une durée équivalente, déduction faite de la durée de la peine éventuellement effectuée en Métropole ou dans les D.O.M.-T.O.M. avant son installation en Polynésie française. Cette mesure prend effet au moins quinze (15) jours après la notification qui lui en est faite par la C.P.S.

En cas de condamnation définitive d'un médecin par les juridictions compétentes pour fraude ou escroquerie dans l'exercice de son art ou dans ses rapports avec la Caisse, cette dernière lui notifie sa décision de le placer hors convention à compter de la date d'application de la condamnation pour la durée de la condamnation.

La commission conventionnelle paritaire est informée par la C.P.S. de toute mesure prise en application du présent article.

Titre VI – Tarifs d'honoraires

Article 21 : Valeur des lettres-clés

Les tarifs d'honoraires et frais accessoires pour les soins dispensés par le médecin signataire aux ressortissants des régimes de protection sociale territoriaux et à leurs ayants droit sont fixés en annexe de la présente convention.

Article 22 : Mode de fixation des honoraires

Le médecin établit ses honoraires conformément aux tarifs visés à l'article 21 de la présente convention.

En cas d'actes hors nomenclature, le médecin inscrit le montant des honoraires perçus en indiquant la mention "acte hors nomenclature" ou l'abréviation "H.N."

Article 23 : Remboursement des soins

La C.P.S. s'engage à rembourser à ses ressortissants les honoraires et frais accessoires correspondant aux soins délivrés par le médecin conventionné dans les conditions fixées au Titre III, sur la base des tarifs de convention fixés en annexe et des coefficients de la codification des actes professionnels en vigueur.

Article 24 : Révision des tarifs d'honoraires

Paragraphe 1 – Constat annuel

Avant le 30 septembre de chaque année, les parties signataires établissent un constat qui comporte pour l'année précédente :

- un bilan du fonctionnement des instances conventionnelles ;
- une analyse des écarts par rapport aux objectifs cibles corrigés de l'impact des actions liées à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé ;
- une analyse du taux de progression des dépenses pharmaceutiques et des prescriptions d'examens biologiques ;
- une analyse de l'évolution des frais inhérents à la tenue d'un cabinet médical et/ou aux charges professionnelles des praticiens en clinique.

Paragraphe 2 – Révision

La révision des tarifs constitue, au même titre que les autres dispositions, un des éléments de l'équilibre conventionnel.

Les parties signataires conditionnent les révisions tarifaires annuelles au constat qu'elles dresseront notamment sur :

- le fonctionnement des instances conventionnelles paritaires ;
- l'évolution des dépenses de santé ;
- l'équilibre financier de la C.P.S., qui ne devra pas constituer à lui seul un obstacle aux demandes de revalorisation.

Avant le 30 septembre de chaque année, les tarifs sont discutés en commission conventionnelle paritaire qui transmet au conseil d'administration de la CPS, un avenant qui propose pour l'année suivante les tarifs des honoraires et des frais accessoires.

Titre VII – Durée et conditions d'application de la convention

Article 25 : Date d'entrée en vigueur – Durée

La présente convention est signée au nom des médecins par un ou des syndicats des médecins du secteur privé.

La présente convention est conclue pour la période de l'année civile restant à courir à compter de son entrée en vigueur, soit à la date de publication au Journal Officiel de la Polynésie française (JOPF), de l'arrêté d'approbation du Conseil des ministres.

Elle est renouvelable par tacite reconduction par périodes d'une (1) année civile.

Article 26 : Dénonciation

La convention peut être dénoncée trois (3) mois au moins avant sa date d'échéance par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou par tout autre moyen certain de transmission, adressée par l'un des régimes de protection sociale territoriaux ou le ou les syndicats signataires.

Dans ce cas, les effets des présentes perdurent durant ce délai de trois (3) mois pendant lequel une nouvelle convention devra être négociée.

Article 27 : Notification de la convention – Délai d'option – Renonciation du médecin

La Caisse adresse à chaque médecin concerné, le texte de la convention par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou tout autre moyen certain de transmission.

Ne peuvent adhérer que les médecins remplissant les conditions d'exercice définies par la réglementation en vigueur et par la présente convention.

Le médecin qui veut bénéficier du conventionnement et qui souhaite exercer sous le régime de la présente convention, le notifie à la Caisse, dans le mois suivant la réception du texte de la convention.

A peine de nullité, il doit parapher chaque page de la convention, puis dater, apposer la mention :

"J'ADHERE AUX PRESENTES DISPOSITIONS CONVENTIONNELLES ET AUX ANNEXES "

et signer la dernière page.

Il devra enfin dater et signer les annexes de la présente convention.

La convention entrera en vigueur dans le cadre des relations entre la Caisse et le médecin concerné à compter de la date de notification par le médecin de sa volonté de se placer sous son régime, en retournant à la Caisse la convention dûment paraphée et signée.

Le défaut de signature de la convention et de ses annexes vaut renonciation au bénéfice du conventionnement.

La même procédure s'applique à tout avenant y compris tarifaire.

Le défaut de signature de tout avenant y compris tarifaire vaut pareillement renonciation au bénéfice du conventionnement et résiliation à effet immédiat.

Elle s'applique également en cas de nouvelle installation.

Tout médecin exerçant sous le régime de la convention peut sortir du champ d'application de la convention. Il en informe la Caisse par écrit.

Il ne pourra exercer à nouveau sous le régime conventionnel qu'au moment du renouvellement de la convention et sous réserve des dispositions relatives à l'accès au conventionnement en vigueur.

Article 28 : Résiliation de la convention

La présente convention est résiliée de plein droit à compter de la publication au Journal Officiel de la Polynésie française de l'arrêté d'approbation d'une convention entre un ou plusieurs syndicats représentatifs des médecins libéraux et l'organisme de gestion.

Elle peut être résiliée d'accord partie et sans délai en cas de signature d'une nouvelle convention entre l'organisme de gestion et un ou plusieurs syndicats représentatifs des médecins libéraux.

Elle peut être résiliée sur l'initiative de l'un des régimes de protection sociale de la Polynésie française ou le signataire par lettre recommandée avec demande d'avis de réception en précisant les motifs sur lesquels ils estiment devoir fonder leur décision :

- en cas de violation grave ou répétée des engagements conventionnels du fait de l'autre partie ;
- en cas de modification législative ou réglementaire mettant en cause les principes fondamentaux qui gouvernent l'exercice de la profession médicale dans ses rapports avec la C.P.S. ;
- en cas de modification législative ou réglementaire mettant en cause les bases sur lesquelles repose l'engagement des signataires.

La résiliation ne prend effet qu'à l'échéance d'un préavis de trois (3) mois à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

Titre VIII – Maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé

Les parties signataires conviennent que le caractère universel, obligatoire et solidaire de l'assurance maladie ne pourra perdurer qu'au prix d'une action volontariste et résolue impliquant l'ensemble des partenaires conventionnels dans un effort collectif visant à favoriser le bon usage des soins et le respect des règles de la prise en charge collective.

Les partenaires conventionnels considèrent que les médecins généralistes et les médecins spécialistes, qu'ils soient traitants ou correspondants, ont une responsabilité commune dans la mise en œuvre de cet effort collectif. Les premiers ont vocation à soigner en première intention, à conseiller leurs patients dans leur orientation dans le parcours de soins et, partant, à contribuer d'une façon décisive à la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé. Les seconds y contribuent pour leur part selon les spécificités de leurs interventions et de leur pratique professionnelle.

Les parties signataires décident de développer la maîtrise médicalisée conventionnelle autour des objectifs complémentaires suivants :

- étendre le champ des recommandations de bonne pratique à l'ensemble des soins faisant l'objet d'une prise en charge en longue maladie. A cet effet, les parties conviennent de se référer notamment aux références médicales opérationnelles établies par l'Autorité Sanitaire en Polynésie française et le cas échéant par la Haute Autorité de santé ;
- parvenir à une inflexion significative des dépenses de remboursement de certains produits de santé dès lors que les évolutions constatées apparaissent manifestement sans rapport avec des besoins de santé.

A cet effet, les parties s'accordent sur la nécessité de construire un dispositif conventionnel innovant reposant notamment sur les principes suivants :

- un engagement des partenaires sur des objectifs de référence en matière de prescription ;
- une définition annuelle des thèmes et objectifs prévisionnels de maîtrise ;
- un suivi paritaire trimestriel.

En application des textes en vigueur, les parties signataires ont convenu de la nécessité de maîtriser médicalement l'évolution des dépenses de santé et définissent ci-après les modalités de mise en œuvre de cette maîtrise.

Article 29 : Principes et mise en œuvre de la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé

La maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé contribue au financement du progrès médical pour tous en visant à améliorer la qualité et l'efficacité du système des soins. Nonobstant les mesures à venir dans le cadre de la réforme de la Protection Sociale Généralisée, le dispositif de maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé est mis en œuvre et évalué dans le cadre conventionnel où sont notamment fixés ou adoptés :

- la feuille de soins électronique ;
- les actions thématiques concertées ;
- la prévention ;
- la politique des produits de santé ;
- la coordination des intervenants du système de soins ; médecin traitant et parcours de soins ;
- l'organisation de la « Longue Maladie » ;
- les recommandations de bonne pratique et la notion de panier de soins ;
- les objectifs prévisionnels ;
- le dossier de suivi médical.

Par les dispositions non exhaustives, ci-dessus énumérées, les parties signataires réaffirment leur attachement à la pérennité de la Protection Sociale Généralisée par le biais de la maîtrise médicalisée des dépenses. Elles s'engagent à mettre en œuvre toutes les mesures nécessaires le plus rapidement possible.

Le contrôle médical est chargé de réaliser cette évaluation en partenariat avec les représentants syndicaux de la profession.

Article 30 : Feuille de soins électronique (FSE)

Paragraphe 1 : Engagement à la télétransmission

Lorsque les conditions techniques et réglementaires seront effectives, le praticien adhérant à la présente convention s'engage à télétransmettre les feuilles de soins relatives aux ressortissants de l'un des régimes de protection sociale de Polynésie française. Ces conditions font auparavant l'objet d'une appréciation et d'un avis motivé par les instances conventionnelles.

Paragraphe 2 : modalités de fonctionnement

Pour assurer la télétransmission des feuilles de soins électroniques, le médecin se conformera aux spécifications du cahier des charges fonctionnel, validé par le groupe médical de travail.

Paragraphe 3 : Traitement des incidents

Dans le but de garantir la continuité du service de la télétransmission des feuilles de soins électroniques, les partenaires conventionnels s'engagent à s'informer réciproquement de tout dysfonctionnement du système et à collaborer pour y apporter une réponse appropriée dans les meilleurs délais.

Face à une absence de code ou tout dysfonctionnement matériel logiciel ou réseau, si une FSE sécurisée ne peut être constituée, le médecin peut élaborer une feuille de soins sur support papier.

Article 31 : Actions thématiques concertées

Sans préjudice des contrôles engagés par le Service Médical de la Caisse à son initiative, les parties signataires entendent privilégier des démarches pédagogiques et des actions thématiques concertées visant l'amélioration de la qualité et l'efficacité des soins.

Ces actions thématiques, d'information, de formation, de suivi et de contrôle portent notamment sur des références, qualifiées de prioritaires par la commission conventionnelle paritaire et choisies parmi la liste annexée à la présente convention ou sur le respect des indications thérapeutiques ouvrant droit au remboursement des spécialités pharmaceutiques.

Le groupe médical de travail :

- choisit, sur proposition de ses membres, les thèmes prioritaires pour lesquels une démarche spécifique d'évaluation ou une action d'information des médecins sera engagée ;
- définit les modalités de cette démarche ou de cette action ;
- organise, avant la mise en œuvre effective des contrôles portant sur ces thèmes prioritaires, une campagne d'information et/ou de formation pour sensibiliser les médecins aux thèmes et aux objectifs retenus.

Les thèmes prioritaires pourront également être privilégiés dans le cadre de la formation médicale continue conventionnelle.

Article 32 : Prévention

Les parties signataires affirment que la prévention constitue une stratégie essentielle de la politique de santé de la Polynésie française.

Elles conviennent que les médecins exercent une fonction essentielle dans l'activité de prévention. Ils s'engagent à participer activement aux campagnes de médecine préventive (vaccinations, dépistage, informations des patients...).

A cet effet, l'action sur la prévention consistera pour le médecin, à encourager ses patients à participer au dépistage organisé et coordonné par la Direction de la Santé, selon la périodicité recommandée et à renseigner le dossier médical informatisé.

Les médecins s'engagent à participer et/ou initier des actions de médecine préventive (obésité, activités physiques adaptées, AVC, dépistage, informations des patients, iatrogénie médicamenteuse aux patients de plus de 65 ans ...).

Ainsi, dans le cadre de leur activité spécifique de coordination des soins et compte tenu des enjeux de santé publique, le médecin traitant est incité à améliorer la prise en charge de la pathologie diabétique pour les trois années à venir. Ces actions de coordination des soins et de prévention des complications destinées aux patients diabétiques s'appuient sur les référentiels et recommandations de l'Autorité Sanitaire en Polynésie française et le cas échéant de la Haute Autorité de Santé.

Enfin, l'action de prévention de l'iatrogénie médicamenteuse s'adresse prioritairement aux patients de plus de 65 ans consommant de façon répétée sept médicaments et plus, de classes thérapeutiques différentes. L'enjeu n'est pas de diminuer la prescription médicamenteuse mais de s'interroger sur des médicaments redondants ou inadaptés avec risque iatrogène pour le patient. Cette action s'appuie sur les références médicales disponibles, notamment celles issues des travaux de la Haute Autorité de Santé et de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé. Le médecin est incité, à l'occasion de la consultation de son patient, à examiner les médicaments consommés, à analyser les interactions et les risques, à renseigner le dossier médical et à promouvoir la couverture antigrippale suivant les recommandations de la Direction de la Santé.

La C.P.S. s'engage à mener une politique énergique de prévention des maladies et accidents connus pour être responsables de dépenses de santé particulièrement importantes.

Les orientations de cette politique sont discutées au sein de la commission conventionnelle paritaire pour être proposées aux instances délibérantes de la C.P.S. et des régimes de protection sociale de la Polynésie française

Les modalités pratiques de mise en place des actions de prévention et les conditions de la collaboration des praticiens libéraux à la réalisation de ces actions sont fixées par avenant à la présente convention.

Article 33 : Politique du médicament

1. Définitions

On entend par « principe actif » une substance qui est réputée posséder des propriétés curatives ou préventives à l'égard d'une ou plusieurs pathologies.

Le générique est une spécialité considérée comme essentiellement similaire à une autre spécialité si elle a la même composition qualitative et quantitative en principe actif et la même forme pharmaceutique.

Le nom de chaque principe actif s'entend de sa dénomination scientifique usuelle ou de sa dénomination commune internationale ou, à défaut, de sa dénomination dans la pharmacopée européenne ou française.

2. Mise en place du dispositif

D'un commun accord, les parties signataires s'engagent à mener une politique du médicament innovante sur le Territoire de la Polynésie française.

Les médecins s'engagent à prescrire au minimum à hauteur de 75 %, les médicaments en libellant les ordonnances de préférence soit en dénomination commune internationale soit en appellation générique. A défaut, la prescription sera en nom de spécialité.

Ils adhèrent au principe d'une substitution systématique par le pharmacien de leurs prescriptions médicamenteuses, sauf mention « non substituable » portée sur l'ordonnance, au profit du médicament le moins cher.

Les médecins s'engagent à prescrire dans le respect de l'autorisation de mise sur le marché (A.M.M.) de chaque médicament. Tout non-respect de l'A.M.M. doit être justifié auprès du contrôle médical. A défaut, le médecin doit porter la mention « hors AMM » ou "NR" sur l'ordonnance en donnant toute explication nécessaire à leurs patients.

3. Liste des médicaments de même classe thérapeutique et des génériques

La base de l'ensemble des équivalents thérapeutiques est le guide des équivalents thérapeutiques édité par la CNAMTS, consultable sur le site internet : www.ameli.fr.

4. Actions spécifiques

Le groupe de travail médical s'engage à conduire des actions spécifiques concernant certains médicaments ou classe de médicaments, en particulier lorsque l'étude des données statistiques de la C.P.S. aura montré le poids économique important de la prescription de ces produits.

Ces actions pourront comprendre le rappel des règles de prescription de ces produits, la diffusion de recommandations de bonne pratique, des contrôles spécifiques exercés par la médecine conseil.

La commission conventionnelle paritaire, sur proposition du groupe de travail médical pourra proposer le non-remboursement de certains médicaments ou matériels.

Article 34 : Coordination des différents intervenants du système de soins

1. Généralités

Les parties signataires affirment leur volonté de favoriser une meilleure coordination des soins entre les professionnels de santé et de développer des modes d'organisation plus collectifs indispensables à l'amélioration de la prise en charge des patients et à l'efficacité des soins.

Elles réaffirment la nécessité, tout particulièrement pour les patients souffrant de pathologies chroniques, de favoriser le parcours de soins coordonnés entre les professionnels de santé dans la prise en charge globale des patients. Cette organisation structurée en fonction des besoins des patients est gage d'une amélioration de la qualité des soins et d'une meilleure efficacité. Les patients se voient responsabilisés dans leur recours aux soins dans le respect du libre choix.

Sous réserve de leur mise en place réglementaire, le praticien signataire s'engage, dans un souci de meilleure coordination des soins, à faciliter la mise en œuvre du dispositif du « médecin traitant généraliste » et du « parcours de soins ».

En application de la loi du Pays n° 2018-14 du 16 avril 2018 relative au médecin traitant, au parcours de soins coordonnés et au panier de soins, le signataire s'engage à participer au dispositif et déclare se conformer et respecter :

- les conditions et modalités de choix du médecin traitant ;
- les missions du médecin traitant ;
- l'organisation du parcours de soins coordonnés ;
- le partage d'informations via le dossier médical du patient ;
- le principe de panier de soins tel que défini à l'article 16 de la loi du pays sus mentionnées ;
- les nouvelles modalités de prise en charge qui en résultent ;
- à transmettre par e-service l'information de sa désignation comme médecin traitant par le patient.

2. Le médecin traitant

Le médecin traitant développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, sociales et culturelles.

Il a notamment pour missions :

- de déterminer avec son patient les actions à mettre en œuvre pour promouvoir sa bonne santé, notamment par l'éducation thérapeutique et l'information sur la nécessité du suivi des prescriptions afin d'obtenir une observance optimale ;
- de mettre en place un suivi médical personnalisé du patient dans le cadre du parcours de soins coordonnés défini ;
- d'assurer les soins et les examens pertinents, dont le patient a besoin ;
- de diriger son patient vers un médecin spécialiste en cas de nécessité, soit pour une consultation ponctuelle, soit pour des soins récurrents ;
- de créer, s'il y a lieu, et de tenir à jour le dossier médical du patient ;
- d'établir conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires ;
- d'assurer les actions de prévention, notamment en participant aux programmes définis par les pouvoirs publics.

Le médecin traitant est destinataire obligé du compte-rendu des conclusions de toutes consultations spécialisées ou hospitalisations.

En cas de changement de médecin traitant, l'ancien médecin traitant doit être averti de cette situation par courrier et/ou mail de la part de la CPS.

Article 35 : Organisation du dispositif de la « Longue Maladie »

Les parties conviennent de la nécessité :

- d'assurer la prise en charge médicale de façon rationnelle et optimale des patients admis en LM dans le respect des bonnes pratiques et des références médicales opposables ;
- d'éviter le gaspillage des soins et des prescriptions ;
- d'assurer la maîtrise de l'évolution des dépenses en rapport avec la prise en charge médicale des patients admis en LM ;
- de sensibiliser les patients au rôle essentiel qu'ils jouent dans la prise en charge de leur maladie ;
- de sensibiliser les patients en Longue maladie à l'importance de la bonne observance pour réduire les coûts de santé ;
- d'engager une véritable politique de médecine préventive afin de limiter le développement des maladies susceptibles d'être admises en LM.

Pour ce faire, ils réaffirment les principes suivants :

- la responsabilisation des acteurs du système ;
- le dispositif du médecin référent ;
- le protocole de soins ;
- le suivi médical du patient ;
- la prise en charge précoce du patient ;
- le suivi et l'évaluation du dispositif.

Paragraphe 1 : Responsabilisation des acteurs du système

L'admission à l'assurance "Longue Maladie" obéit à des conditions particulières relatives notamment au suivi du malade, qui se traduit par une prise en charge spécifique du patient.

En contrepartie des obligations de la Caisse, les parties signataires s'entendent pour définir la responsabilité de chacun des acteurs du système.

1°) Le ressortissant

Sur avis du Service contrôle médical, le patient est admis au bénéfice de l'assurance « Longue Maladie » pour une ou plusieurs pathologies clairement identifiées, conformément à la réglementation en vigueur.

Le malade est tenu, en contrepartie, de se soumettre aux traitements médicaux qui lui sont prescrits aux visites médicales et aux contrôles organisés par la Caisse, d'accomplir les exercices et travaux prescrits en vue de favoriser sa rééducation ou son reclassement professionnel.

Cette obligation est inscrite dans les premières pages du carnet médical. Il y adhère en signant son carnet de Longue Maladie. Il est en effet fondamental que le patient s'engage complètement et en toute connaissance dans la prise en charge qui lui est proposée. Il est également informé, de la même manière, de la limite des droits que lui permet l'accession au régime de la Longue Maladie par le médecin demandeur.

S'il change de médecin référent, le nouveau médecin référent doit le signifier au Service contrôle médical de la Caisse, avec l'accord du malade.

En cas d'inobservation de ces dispositions, la Caisse peut suspendre, réduire ou supprimer le service des prestations.

Le médecin référent peut demander au médecin conseil de la CPS de convoquer un malade particulièrement difficile à prendre en charge afin que lui soient réexpliqués ses devoirs et obligations.

2°) Le médecin référent

Le médecin référent est tenu dans le cadre de l'assurance longue maladie :

- d'assurer un suivi complet du patient en observant la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins ;
- de remplir le carnet médical du patient ;
- d'établir des ordonnances bizonnes conformément aux dispositions réglementaires et conventionnelles.

Paragraphe 2 : Dispositif du médecin référent

Le dispositif du médecin référent a pour objet d'apporter une contribution déterminante à l'amélioration de la qualité des soins dans le cadre d'une maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il donne au médecin un rôle de pivot dans la prise en charge des malades et dans le système de soins.

Cette spécificité se fonde sur les différentes dimensions de l'exercice médical :

- information et responsabilisation du malade ;
- démarche préventive intégrée à la prise en charge ;
- coordination et continuité des soins ;
- utilisation optimisée des ressources disponibles.

1°) Champ d'application

Le dispositif du médecin référent est applicable aux ressortissants relevant de l'assurance « Longue Maladie ».

Tout ressortissant admis au bénéfice des prestations de cette assurance est tenu de choisir, dans les deux mois suivant son admission un médecin coordinateur dénommé "médecin référent", dans les conditions définies au § 2 suivant.

2°) Modalités pratiques de désignation du médecin référent – Conditions de tiers payant

Le médecin référent est librement choisi par le patient parmi les médecins exerçant en secteur libéral conventionné ou en secteur public.

Dans le cas où un patient n'aurait pu obtenir l'accord d'un médecin pour assurer les fonctions de médecin référent, le Service contrôle Médical désigne un médecin généraliste exerçant à titre libéral conventionné, en accord avec ce dernier médecin.

Le changement de médecin référent est signifié au Service contrôle médical de la Caisse par le nouveau médecin référent.

Le patient consultant son médecin référent ou un spécialiste dans le cadre du parcours de soins-bénéficiaire du tiers payant pour les actes et prescription en rapport avec l'affection de longue durée exonérante dans la limite du panier de soins lorsque celui existe.

Le bénéfice du tiers payant est admis sur présentation des feuilles de soins transmises à la C.P.S. au plus tard dans les six (6) mois suivant la réalisation des soins. La CPS s'engage à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour payer les dossiers validés dans un délai de 30 jours calendaires en cas de feuilles de soins papier et de 15 jours ouvrés en cas de télétransmission, à compter de la date de réception des feuilles de soins. Toutes les consultations et/ou visites réalisées en dehors du cadre de la longue maladie sont à la charge du patient, qui doit en faire l'avance puis se faire rembourser par la Caisse sur la base des taux de prise en charge prévus par la réglementation en vigueur.

En dehors de l'urgence et en cas d'impossibilité d'accéder à son médecin référent ou spécialiste correspondant, le patient consulte son remplaçant ou le cas échéant son associé.

En cas d'urgence, le patient conserve le bénéfice du tiers payant pour les soins en rapport avec l'affection de longue durée exonérante lorsqu'il consulte un autre médecin.

Lorsque le patient consulte un autre médecin, choisi en dehors des conditions prévues ci-dessus, il perd le bénéfice du tiers payant, il devra faire l'avance des frais et il sera remboursé sur la base du taux de prise en charge de droit commun prévu par la réglementation en vigueur.

Le patient sera dûment informé de cette restriction des droits d'accès au bénéfice du tiers payant par le médecin traitant lors de la remise du carnet Longue Maladie.

Toutefois, les actes en rapport avec l'affection de longue maladie dispensés par un tiers sont réglés en tiers payant au taux prévu par la réglementation en vigueur lorsqu'ils sont effectués sur prescription du médecin référent ou du spécialiste correspondant, à l'exception des consultations médicales prises en charge au taux de droit commun prévu par la réglementation en vigueur.

Ledit médecin référent indique en ce cas sur l'ordonnance s'il s'agit d'un acte prévu dans le protocole annuel ou panier de soins ou s'il s'agit d'un acte exceptionnel.

Il est entendu que seules les prescriptions en rapport avec la Longue Maladie donnent droit au bénéfice du tiers payant.

Paragraphe 3 : Demande de prise en charge – Protocole annuel de soins

Dès le diagnostic d'une affection susceptible d'être reconnue au titre de la longue maladie, le médecin ayant posé le diagnostic, établit l'imprimé de demande de prise en charge comportant les renseignements administratifs et médicaux indispensables à l'examen de la demande et un protocole de prise en charge annuelle.

Sous réserve de l'ouverture administrative des droits, en cas d'accord, le Service Médical de la Caisse notifie dans un délai d'un (1) mois, au médecin référent la prise en charge au titre de la Longue Maladie, accompagné de son carnet de soins.

A défaut d'accord pour la prise en charge en assurance « Longue Maladie » et de réception par le Service Médical de la Caisse du protocole annuel, le patient ne pourra bénéficier ni de la prise en charge, ni du tiers payant.

Le protocole annuel de soins doit comporter les indications prévues dans l'imprimé agréé par la C.P.S. et notamment :

- ◆ les informations sur la maladie concernée :
 - diagnostic et nom de l'affection à prendre en charge ;
 - date de début de la maladie ;
 - éléments cliniques et examens complémentaires ayant permis d'apprécier les conditions de prise en charge au titre de l'assurance « Longue Maladie » ;
 - date d'apparition des dites conditions ;
 - date de début des soins en cas de forme évolutive ou invalidante d'une affection grave ;

- ◆ le programme annuel de prise en charge thérapeutique et de surveillance :
 - traitements actuels et nature des investigations éventuellement en cours ;
 - traitements et surveillance envisagés ;
 - références médicales opposables éventuelles ;
 - nature et rythme des investigations et des consultations – protocole de soins ;
 - reclassement professionnel éventuel à envisager ;
 - durée prévisible de l'arrêt de travail éventuel.

Le protocole de soins approuvé par le contrôle médical a valeur de contrat de soins entre les médecins intervenants, le patient, et la Caisse. Le médecin applique ce protocole de soins dans le respect des références de bonnes pratiques.

Ce protocole de soins et la notification de prise en charge sont annexés au carnet médical du patient afin d'être présentés à tout médecin lui dispensant des soins.

Lorsque l'évolution de l'état de santé du malade justifie une révision du protocole et une sortie du panier de soins (exemple : apparition d'une nouvelle pathologie ; modification nécessaire de la nature et/ou de la fréquence des actes, prescriptions ou investigations), le médecin référent informe le contrôle médical par le e-CPS ou par courrier. Le contrôle médical est tenu de répondre à cette demande de révision dans un délai de 15 jours, et en cas de refus, de façon motivée médicalement.

En cas de changement de médecin référent, le protocole de soins initial se poursuit. A la demande du patient, le médecin précédent est tenu de transmettre au nouveau médecin référent l'intégralité du dossier de suivi médical du patient.

En cas de différend d'ordre technique entre le médecin référent et le médecin conseil, ce dernier entre en contact avec le médecin référent avant d'émettre son avis afin d'aboutir si possible à un accord dans la concertation.

En cas de persistance du désaccord, il est procédé à une expertise dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur.

Paragraphe 4 : Carnet médical – ordonnance bizona –

Le médecin référent et l'ensemble des médecins appelés à donner des soins au patient visent le carnet médical et, dans le respect de la déontologie, y portent les observations nécessaires pour le suivi médical du patient.

Le carnet médical constitue le moyen d'échange des informations. Il doit contenir tous les comptes rendus de consultation, ainsi que les résultats d'imagerie et de biologie afin d'en limiter les prescriptions répétées et inutiles.

En cas de changement de médecin référent, le médecin précédent est tenu de transmettre au nouveau médecin référent les éléments du dossier médical du patient, à la demande du patient. Le protocole de soins est une pièce constitutive obligatoire du dossier médical.

Dans le même esprit, afin de limiter les prescriptions médicamenteuses répétées et abusives, les dernières ordonnances doivent rester dans le carnet médical du patient avec les indications de délivrance établies par le pharmacien.

Il est admis qu'aucune prescription ne peut être faite sans avoir au préalable consulté le carnet médical du patient.

La prise en charge par la C.P.S. des actes et prestations dispensés ou prescrits, liés à la longue maladie est subordonnée à la présentation du carnet par le malade et la rédaction du rapport de consultation par le médecin.

A défaut, le bénéfice du tiers payant sera automatiquement caduc.

Nul ne peut exiger la communication du carnet médical, à l'exception des médecins appelés à donner des soins liés à la longue maladie au patient et, dans l'exercice de leur mission, des médecins-conseils de la Caisse. Tous les professionnels de santé, publics ou privés, peuvent néanmoins se voir présenter le carnet médical de leur patient, dans l'intérêt de la santé de ce dernier et avec son accord.

Dans le cas où un patient serait atteint d'une longue maladie exonérante en application de la réglementation en vigueur, le praticien utilise obligatoirement l'ordonnance bizona lorsqu'il établit une prescription en rapport avec la longue maladie.

De même, il utilise obligatoirement l'ordonnance bizona lorsqu'il établit, au cours d'une même séance, une prescription en rapport avec la longue maladie et une prescription relative à une affection intercurrente.

Le médecin ne porte dans la partie supérieure de cette ordonnance que les prescriptions d'actes, d'examens ou de médicaments en rapport avec la longue maladie, à savoir ceux prévus par le protocole, mais également ceux qui découleraient de ses complications et de ses comorbidités.

Le médecin référent s'engage à privilégier la prescription en médicaments génériques disponibles en relation avec ces pathologies. A cet effet, il s'associe également à la campagne d'information et de sensibilisation des patients concernant le médicament générique et le droit de substitution pour le médicament le moins onéreux.

Paragraphe 5 : Elaboration et exploitation de la synthèse médicale annuelle

A la demande du Service contrôle médical de la Caisse, le médecin référent réalise dans un délai de trente (30) jours à compter de la réception de la demande, une consultation permettant de faire le bilan de la prise en charge du malade.

Cependant, afin de simplifier cette démarche et de limiter le nombre de documents médico-administratifs, il est admis que le contenu du carnet médical contient tous les éléments nécessaires à la synthèse médicale.

Il établit à l'issue de cette consultation, une fiche de synthèse qu'il adresse au Service contrôle médical de la C.P.S.

Cette fiche de synthèse est cotée 2 C.

Les données de cette fiche de synthèse peuvent être utilisées :

- par le Service contrôle Médical, dans le cadre de la réalisation, de l'évaluation, et éventuellement de la révision du protocole annuel de soins ;
- pour l'exploitation statistique des pathologies des personnes visées par ce dispositif.

Cette exploitation a pour objectif de connaître l'épidémiologie de ces maladies ainsi que leur coût économique et d'adapter les recommandations et références médicales concernant les prestations nécessaires à la bonne prise en charge des personnes atteintes.

Lorsque l'évolution de l'état de santé du malade ou de la thérapeutique justifie la révision du protocole de soins, le médecin référent propose un nouveau protocole qu'il joint à la fiche de synthèse.

Paragraphe 6 : Actions sur les prescriptions de kinésithérapie

Afin de garantir la qualité des soins dispensés aux ressortissants des organismes et permettre de mieux maîtriser les dépenses correspondantes, les parties signataires conviennent de fixer en annexe, pour certaines pathologies, le nombre maximum de séances de kinésithérapie.

Pour ce faire, le médecin s'engage à indiquer sur leurs prescriptions de kinésithérapie, le libellé clinique relatif aux numéros des protocoles de soins (RSR) listés en annexe.

Lorsque le médecin juge nécessaire la prolongation du traitement, la nouvelle prescription doit mentionner le nombre de séances déjà prescrites au malade et être accompagnée de la fiche synthétique du « bilan-diagnostic kinésithérapique » effectué par le masseur kinésithérapeute.

En cas d'absence de réponse dans le délai de dix jours, le contrôle médical peut toujours intervenir pour donner son avis à l'organisme quant à la prise en charge de la suite du traitement et à la poursuite des actes. Lorsque le contrôle médical émet un avis défavorable passé ce délai de dix jours, la prise en charge des séances effectuées avant la notification de la réponse est acceptée.

Le patient qui, sans motif légitime, ne répond pas à la convocation du contrôle médical après une demande d'accord préalable se voit opposer un refus de prise en charge.

En cas de différend entre le médecin prescripteur et le médecin conseil, ce dernier entre en contact avec le médecin prescripteur avant d'émettre son avis afin d'aboutir si possible à un accord dans la concertation.

Article 36 : Références de bonne pratique

Les recommandations et/ou références médicales nationales, notamment celles de la Haute Autorité de Santé, seront utilisées ou adaptées, et des recommandations médicales locales pourront être élaborées compte tenu de la situation sanitaire particulière de la Polynésie française. A cet effet, la collaboration de sociétés scientifiques, d'experts, d'universitaires et de praticiens publics ou privés sera recherchée afin d'établir des règles qui aient à la fois une base scientifique et un caractère de faisabilité reconnu par les médecins "de terrain".

Le ou les syndicats s'engagent à élaborer et proposer des recommandations de pratiques médicales. Le groupe médical de travail est chargée d'adopter et de diffuser en concertation avec l'ARASS ces recommandations.

Les parties signataires s'engagent à mettre en œuvre et appliquer les recommandations, règles de bon usage des soins et référentiels de bonne pratique listés par le groupe de travail.

Le groupe médical de travail évalue chaque année l'impact des recommandations et références médicales retenues.

Cette évaluation comporte notamment :

- le bilan de la maîtrise médicalisée ;
 - l'analyse des écarts éventuels par rapport aux objectifs qualitatifs et financiers ;
- la définition des actions correctrices à entreprendre dans le cadre conventionnel.

Article 37 : Objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses médicales

Paragraphe 1 : Fixation

Les objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses médicales visant l'activité des médecins généralistes libéraux conventionnés d'une part et des médecins spécialistes libéraux conventionnés d'autre part sont fixés chaque année par annexe à la convention avant le 31 octobre.

Ces objectifs s'inscrivent dans la démarche de l'ensemble des professions de santé visant à améliorer les pratiques professionnelles et la qualité des soins. Dans le respect de cette cohérence, ils permettent d'assurer une juste rémunération des actes médicaux ainsi que la nécessaire optimisation des pratiques médicales et la maîtrise de l'évolution des volumes au regard des recommandations et références de bonne pratique.

Ils ne sont pas opposables. Des règles générales de bonnes pratiques médicales font l'objet d'un référentiel annexé à la présente convention.

Pour la fixation de l'objectif prévisionnel, les parties signataires retiennent pour base de discussion les dépenses constatées l'année précédente, corrigées des dépassements anormaux sur des critères de bonnes pratiques médicales.

La fixation des objectifs prévisionnels peut alors s'effectuer en appliquant à cette base corrigée un taux directeur décidé d'accord parties.

Ce taux inclut les évolutions naturelles liées notamment à la patientèle, aux nouveaux conventionnements et aux évolutions tarifaires.

En cas de modification substantielle des paramètres composant le taux directeur ou encore des dépenses de l'exercice en cours qui s'écarteraient ainsi des prévisions, des propositions de révision éventuelle des objectifs font l'objet d'une étude en commission conventionnelle paritaire avant le 30 avril.

Les objectifs cibles, réputés refléter les dépenses de l'exercice à venir, sont ensuite corrigés de l'impact des actions liées à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé sur lequel s'engagent les parties signataires.

Paragraphe 2 : Suivi

Le constat du niveau de réalisation de l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses médicales de l'année est effectué au cours du premier trimestre de l'année suivante, impérativement avant le 31 mars.

Un suivi de l'objectif est assuré annuellement par le groupe de travail qui analyse l'évolution des dépenses au regard de cet objectif en prenant en compte, quand ces données sont disponibles :

- des priorités de santé publique,
- d'éléments épidémiologiques et démographiques,
- des actions de prévention programmées,
- de l'offre de soins.

La Caisse s'engage à fournir :

- à chaque médecin, un relevé semestriel de ses honoraires et de ses prescriptions comparant son activité à celle de ses confrères ;
- aux partenaires conventionnels, un relevé trimestriel agrégé des honoraires et prescriptions pris en compte dans l'objectif prévisionnel.

Les partenaires conventionnels conviennent d'évaluer le dispositif et les pratiques professionnelles, en particulier :

- la mise en œuvre des références de bonne pratique ;
- les objectifs convenus dans le cadre des actions thématiques concertées ;
- le bon usage des protocoles de soins ;
- certaines filières de soins.

Le contrôle médical est chargé de réaliser cette évaluation et en restitue les résultats avant le premier avril de l'année suivante.

A cet effet, le contrôle médical utilise notamment, les résultats :

- des recueils de données systématiques adaptés pour produire une information simple et utilisable,
- de ses enquêtes ponctuelles ciblées sur les pratiques collectives,
- des enquêtes individuelles utilisant les références de bonne pratique.

Les parties signataires réaffirment le principe que toute sur-cotation fera l'objet du remboursement de l'indu et plus généralement toute constatation d'un indu fera l'objet d'une répétition.

Par ailleurs, il est convenu d'accord partie que la Caisse pourra saisir chaque fois qu'il sera nécessaire la commission conventionnelle paritaire pour une analyse précise d'activité suivant la même procédure prévue à l'article 19 paragraphe 2 - B de la présente convention.

Article 38 : Dossier de suivi médical

Le dossier de suivi médical (papier ou informatisé) contribue à une prise en charge globale de la santé du patient relevant du dispositif prévu par le présent titre de la convention. Il favorise la continuité et la coordination des soins et apporte ainsi une contribution essentielle à l'amélioration permanente de la qualité des soins.

Le dossier médical est la propriété du patient. Il est couvert par le secret médical. Le patient a accès aux informations médicales contenues dans son dossier directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de son choix qui les porte à sa connaissance dans le respect de la déontologie.

Le dossier médical constitue un instrument indispensable de santé publique. Il permet de réaliser la synthèse médicale, diagnostique et thérapeutique, ainsi qu'un véritable suivi médical du patient afin d'éviter, entre autres, les risques d'interactions médicamenteuses ou de redondance. Il permet également d'adopter une démarche préventive et prospective en vue de la délivrance de soins médicalement utiles au meilleur coût.

Outre les éléments apportés par le médecin traitant et l'ensemble des intervenants ce dossier comprend de façon synthétique tous les comptes rendus des actes, les prescriptions ainsi que les conclusions ou résultats s'y rapportant et les interventions réalisées en secteur hospitalier privé ou public dans le respect des droits du patient.

Secrétariat général du gouvernement de la Polynésie française
Source : lexpol.cloud.pf

Les médecins et les établissements de santé publics et privés, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, communiquent à cet effet au médecin traitant, dans le respect de la déontologie, une copie ou une synthèse des informations médicales utiles.

Les parties signataires considèrent le dossier médical unique informatisé, dit dossier médical partagé, comme l'instrument de base d'une maîtrise médicalisée favorisant la qualité des soins.

Les médecins s'engagent à alimenter ce dossier dès qu'il sera mis en place.

Le résultat de l'analyse des données est communiqué par la CPS aux médecins fournisseurs des données.

Article 39 : Développement de la complémentarité entre le secteur ambulatoire public et libéral

Les réseaux de soins formalisent la coordination des soins pour une activité ou une zone géographique donnée. Ils visent ainsi à favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité et l'interdisciplinarité de la prise en charge en ce qui concerne tant les soins que l'éducation à la santé et la prévention.

Les signataires s'entendent pour que cette complémentarité se fasse dans le cadre de réseaux de santé et s'engagent à en favoriser la constitution et à soutenir le fonctionnement notamment dans les domaines suivants :

- prise en charge des urgences,
- prise en charge de la périnatalité (femmes enceintes et nouveaux nés),
- prise en charge des patients atteints de maladies chroniques (asthme, diabète, insuffisance rénale chronique, RAA, soins palliatifs...),
- continuité des soins (en cas d'absence prolongée / remplacement).

Article 40 : Promotion des complémentarités et des coopérations hospitalières

Les parties s'engagent à mettre en place ou à renforcer entre les structures privées (et publiques) :

- la participation des spécialistes du secteur privé aux missions avancées dans les archipels éloignés, sur la base du volontariat ;
- la participation du secteur privé à la prise en charge des urgences dans le cadre d'un réseau ;
- de renseigner le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) pour le médecin exerçant dans les établissements de santé privés et/ou publics.

Papeete, le 23 septembre 2022.

Fait en cinq (4) exemplaires originaux.

Pour le syndicat des médecins libéraux
de la Polynésie française (SMLPF) :
Dr Didier BONDOUX.

Pour le syndicat des anciens chefs
de clinique exerçant leur art
en Polynésie française :
Dr Charles BELLI.

Pour le syndicat des médecins généralistes
de la Polynésie française :
Dr Eric MORIN.

Le directeur de la Caisse de prévoyance sociale
de la Polynésie française :
M. Vincent FABRE.

Annexe I : Tarifs d'honoraires

Les tarifs d'honoraires, rémunération et frais accessoires pour les soins dispensés par les médecins généralistes ou spécialistes libéraux conventionnés, aux assurés et à leurs ayants-droits, des Régimes de protection sociale gérés par la Caisse de prévoyance de Polynésie française sont fixés ainsi qu'il suit :

CODES	INTITULE	TARIFS (XPF)
C / CS	Consultation généraliste / spécialiste qualifié en MG.....	3 800 XPF
CS	Consultation spécialiste.....	4 600 XPF
CCP	Première consultation de contraception pour les mineures de moins de 18 ans.....	3 800 XPF
CMI	Certificat Médical Initial d'accident du travail.....	1 000 XPF
CNPSY	Consultation neuropsychiatre.....	6 840 XPF
V	Visite généraliste / spécialiste qualifié en MG.....	7 200 XPF
VS	Visite spécialiste.....	6 840 XPF
VNP	Visite neuropsychiatre.....	6 000 XPF
APC	Avis ponctuel de consultant pour une consultation au cabinet du médecin spécialiste.....	6 840 XPF
APV	Avis ponctuel de consultant pour une visite au domicile du malade Par un médecin spécialiste	6 840 XPF
APY	Avis ponctuel de consultant pour une consultation au cabinet d'un psychiatre, neuropsychiatre ou d'un neurologue	6 840 XPF
AVY	Avis ponctuel de consultant pour une visite au domicile du malade par un psychiatre, neuropsychiatre ou par un neurologue.....	6 840 XPF
K	Actes de chirurgie et de spécialités pratiqués par le médecin	437 XPF
SCM**	Soins conservateurs pratiqués par Stomatologue / chirurgien Maxillo facial).....	470 XPF
ORT	Traitements d'orthopédie dento-faciale pratiqués par le médecin.....	470 XPF
Z**	Acte de radiologie (chirurgien maxillo-facial/stomatologue).....	285 XPF
MD *	Majoration dimanche et jours fériés.....	3 000 XPF
MN	Majoration de nuit.....	4 000 XPF
MNP****	Majoration nuit profonde.....	5 000 XPF

MU	Majoration d'urgence pour le médecin exerçant la médecine générale.....	3 600 XPF
MA	Majoration de sujétion particulière pour l'ensemble des actes liés à chaque accouchement réalisé la nuit, le dimanche et les jours fériés.....	13 260 XPF
IK	Indemnité kilométrique.....avec un plafond journalier de 100 km, soit 37 500 km par an.....	100 XPF
IFD	Indemnité forfaitaire de déplacement (facturable hors Visite)....	500 XPF
CMD***	Certificat Médical de Décès.....	8 000 XPF
MSH****	Majoration pour la consultation de suivi de sortie d'hospitalisation de court séjour des patients à forte comorbidité.....	600 XPF
MEG****	Majoration pour le prise en charge des enfants de 0 à 6 ans pour le médecin généraliste.....	600 XPF
MSO****	Majoration de suivi et de coordination de la prise en charge des enfants de 3 à 12 ans en risque avéré d'obésité par le médecin traitant.....	600 XPF

CODES	Libellé des modificateurs ayant une valeur monétaire (pour actes CPAM)	TARIFS (XPF)
F(*)	Acte réalisé en urgence un dimanche ou un jour férié.....	3 000 XPF
U	Acte réalisé en urgence , la nuit entre 19 h et 06 h.....	4 000 XPF
M	Majoration pour soins d'urgence faits au cabinet du médecin généraliste ou du pédiatre, après examen en urgence d'un patient.....	5 408 XPF
A	Réalisation d'une anesthésie générale ou locorégionale chez un patient de moins de 4 ans ou de plus de 80 ans.....	4 563 XPF

(*) La majoration MD ou F est applicable pour le médecin de garde inscrit sur le tableau de l'ordre des Médecins et à compter du samedi midi

(**) Codification et tarification applicable jusqu'à l'entrée en vigueur de la CPAM dentaire

Le renouvellement d'ordonnance ne donnant pas lieu à un examen du patient n'est pas facturable à la CPS de même que le déplacement non médicalement justifié et restent à la charge du patient (HN).

(***) Acte en tiers payant à 100% ne pouvant se cumuler avec une Consultation ou une Visite

(****) Majoration cotable dès leur inscription à la NPAP dans le respect de leurs modalités réglementaires d'application

Annexe II : Tarif des actes de la CPAM

La tarification des actes techniques est calculée sur la base des tarifs d'autorité affectée d'un coefficient unique construit sur une architecture à deux niveaux : un coefficient de base fixé à 1,4 ajusté d'un delta technique de 0,29 qui, pour compter de l'entrée en vigueur de la codification, est fixé à : 1,69.

Soit la formule :

Tarif de l'acte = tarif d'autorité x 1,69

*Arrondi au franc le plus proche ou au franc supérieur lorsque la première décimale est égale à 5.

Et en cas de modificateur dont la valeur est en pourcentage, la formule est :

Tarif de l'acte = tarif d'autorité x coefficient unique x le modificateur de l'acte

*Arrondi au franc le plus proche ou au franc supérieur lorsque la première décimale est égale à 5.

Compte tenu de l'effort de tarification consenti par les régimes, et dans la perspective d'une convention prochaine avec les représentations professionnelles, dans le strict respect la qualité des soins et des bonnes pratiques, le praticien s'engage à contribuer à une économie de 3 à 10 % des prescriptions par la mise en œuvre, des mesures suivantes :

- Lutter contre la surconsommation de certains médicaments en responsabilisant les patients pour notamment diminuer les prescriptions d'antiagrégants plaquettaires, d'antiasthmatiques, de statines, d'anticoagulants oraux, d'antibiotiques, d'IEC et antidiabétiques.
- Prévenir l'iatrogénie chez les personnes de plus de 65 ans en respectant scrupuleusement les règles de l'AMM tout particulièrement pour les statines.
- à prescrire en DCI / biosimilaire et Privilégier la prescription de médicaments SMR A et B et inscrire de préférence les médicaments SMR C en bas de la bizonne, en cas de Longue Maladie.
- Limiter la prescription des soins infirmiers à domicile, aux patients dont l'état physique le justifie vraiment.
- Prescrire les soins kiné en LM et non LM, en référence aux recommandations définies en annexe VI de la convention.

Annexe III - « Objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses médicales »

Les objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses pour 2022 sont fixés, en date de paiement et hors Régime de la Sécurité Sociale, comme suit :

◆ Objectifs se rapportant aux honoraires :

- 1 709 MF (un milliard sept cent neuf millions de francs CFP) pour les généralistes,
- 3 593 MF (trois milliards cinq cent quatre-vingt-treize millions de francs CFP) pour les spécialistes ;

◆ Objectifs se rapportant aux prescriptions :

- 6 689 MF (six milliards six cent quatre-vingt-neuf millions de francs CFP) pour les généralistes,
- 2 718 MF (deux milliards sept cent dix-huit millions de francs CFP) pour les spécialistes.

Annexe IV - « Dotation relative aux actions de formation agréées par les instances paritaires »

La dotation relative aux actions de formation agréées par les instances paritaires est fixée pour l'exercice 2022, à la somme de :

- CINQ MILLIONS DE FRANCS CFP (5 000 000 F CFP).

Annexe V - « Protocoles de soins RSR »

En application des dispositions du paragraphe 7 de l'article 35 de la présente convention, le médecin établit sa prescription de rééducation, selon la nature de l'affection à prendre en charge, en suivant les recommandations telles qu'indiqués dans le tableau suivant :

Code	Rééducation soumise à référentiel Arrêté n° 447 CM du 27 mars 2019 modifié relatif à la NPAP	Traitement habituel
RSR 1	Lombalgie commune	de 1 à 15 séances pour une série d'actes
RSR 3	Cervicalgie commune	de 1 à 15 séances pour une série d'actes
RSR 5 **	Arthroplastie de Genou par PTG**	de 1 à 25 séances
RSR 6 **	Reconstruction du ligament croisé antérieur du genou**	de 1 à 40 séances
RSR 7 **	Ménisectomie isolée par arthroscopie**	de 1 à 15 séances
RSR 8 **	Entorse externe récente de cheville**	de 1 à 10 séances
RSR 9 **	Arthroplastie de hanche par PTH**	de 1 à 15 séances
RSR 17**	Réinsertion de la coiffe des rotateurs**	de 1 à 50 séances
<i>Ces 50 séances couvrent la rééducation postopératoire initiale correspondant à la phase de cicatrisation et visant à maintenir une mobilité passive (environ 6 semaines) et la rééducation postopératoire secondaire visant à restaurer la mobilité active et la force musculaire (environ 3 mois).</i>		
RSR 21**	Rééducation après libération du nerf médian au canal carpien*	
RSR 22**	Rééducation après fracture de l'extrémité distale des deux os de l'avant-bras**	de 1 à 25 séances
RSR 23**	Rééducation après fracture avec ou sans luxation, opérée ou non, du coude chez l'adulte**	de 1 à 30 séances
RSR 24**	Rééducation après fracture non opérée de l'extrémité proximale de l'humérus**	de 1 à 30 séances
RSR 25	Rééducation dans le cadre d'un traumatisme récent du rachis cervical sans lésion neurologique	de 1 à 10 séances
RSR 26**	Rééducation dans le cadre d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs non opérée**	de 1 à 25 séances
Code	Référentiel conventionnel	Traitement indicatif
RSR 2	Lombalgie complexe	de 1 à 15 séances pour une série d'actes
RSR 4	Cervicalgie complexe	de 1 à 15 séances pour une série d'actes
RSR 10	Paraplégie, tétraplégie, myopathie, IMC	de 1 à 104 séances
RSR 11**	Hémiplégie**	5 séances par semaine pdt 18 mois suivi de 3 séances par semaine pdt 6 mois
RSR 12	Maintien autonomie chez personne âgée non grabataire - posture, équilibre et coordination	3 séances par semaine
	Maintien autonomie chez personne âgée non grabataire - déambulation	2 séances par semaine
RSR 13	Affection respiratoire de désencombrement	6 séances - 5 séries par an
RSR 14	Affection respiratoire sévère obstructive ou restrictive - DDB	20 séances - 3 séries par an
RSR 15	Réadaptation respiratoire kinésithérapique pour les patients atteints de handicap respiratoire chronique et prise en charge individuelle	de 1 à 20 séances
RSR 16	Réadaptation respiratoire kinésithérapique pour les patients atteints de handicap respiratoire chronique en prise en charge de groupe de 2 à 4 personnes avec rééducation respiratoire en individuel	de 1 à 20 séances
RSR 18**	Capsulite rétractile**	de 1 à 30 séances
RSR 19	Scolioses idiopathiques	de 1 à 30 séances
RSR 20	Périarthrite Rhumatoïde / Spondylarthrite ankylosante	de 1 à 60 séances

*Situation médicale ne nécessitant qu'à titre exceptionnel d'engager une rééducation

**Code "D" pour Droit et "G" pour gauche à inscrire systématiquement lors de la prescription