



N° 135-2017

Document mis
en distribution

Le 12 OCT. 2017

ASSEMBLÉE DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE

Enregistré au secrétariat général de l'assemblée le 12 OCT. 2017

RAPPORT

**SUR LE PROJET DE LOI DU PAYS RELATIF AU MEDECIN TRAITANT, AU PARCOURS DE
SOINS COORDONNÉS ET AU PANIER DE SOINS**

*présenté au nom de la commission de la santé, de la solidarité,
du travail et de l'emploi*

par M^{me} Jeanine TATA et M. Jules IENFA,

*Représentants à l'assemblée de la Polynésie française,
Rapporteurs du projet de loi du pays.*

Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs les représentants,

Par lettre n° 6608/PR du 22 septembre 2017, le Président de la Polynésie française a transmis aux fins d'examen par l'assemblée de la Polynésie française, un projet de loi du pays relatif au médecin traitant, au parcours de soins coordonnés et au panier de soins.

Une orientation spécifique de la politique de santé 2016-2025 et du SOS 2016-2021

Par délibération n° 2016-11 APF du 16 février 2016, l'assemblée de la Polynésie française a approuvé les orientations stratégiques 2016-2025 de la politique de santé. Ce document a pour ambition de formaliser les fondements stratégiques qui constitueront le socle de cette politique, dans le cadre d'une vision partagée à dix ans. Il est considéré comme le cadre de référence de la politique de santé, sur la base duquel les schémas sectoriels sont bâtis, au premier rang desquels le Schéma d'organisation sanitaire (SOS) ainsi que la réforme de la PSG, en cours de construction.

La politique de santé repose sur trois principes d'action (*la politique de santé applique les obligations et les principes du Droit à la Santé ; les leviers de la politique de santé reposent sur l'efficience et la performance ; la nécessité de mener des réformes profondes devra être admise et partagée par tous*) qui sous-tendent l'ensemble des axes stratégiques qui sont présentés, ainsi que les objectifs politiques qu'ils posent.

Les quatre axes stratégiques sont les suivants :

- Moderniser et optimiser la gouvernance du système sanitaire et médico-social ;
- Améliorer le dispositif de protection sociale généralisée ;
- Centrer la politique sur la prévention et la promotion de la santé ;
- Garantir un système de santé de qualité.

Aussi, à l'axe 4.3 « *L'organisation du parcours des usagers permet une plus grande cohérence des interventions et au plus près du patient* », il est rappelé que la création d'une coordination des parcours de santé doit être soutenue et que les protocoles de prise en charge tout au long du parcours de soins doivent être formalisés et reposer sur un cadre harmonisé en termes de qualité et de sécurité, à un coût abordable. En effet, ces protocoles prennent en compte les articulations entre les différents niveaux de soins (*hôpitaux et centres de santé de proximité, secteur ambulatoire, hôpital de dernier recours, établissements médico-sociaux*).

Le SOS 2016-2021 a été approuvé par délibération n° 2016-12 APF du 16 février 2016. Ce nouveau SOS se présente sous la forme d'un document de priorisation d'axes, d'orientations et d'actions majeures. Il prend en compte le contexte financier contraint, tout en tenant compte de l'évolution de l'état de santé et des besoins nouveaux.

Pour rappel, les 6 axes majeurs du SOS sont les suivants :

- Restaurer l'autorité du Pays par la mise en place d'une Autorité de régulation¹ ;
- Améliorer la santé primaire dans les Archipels ;
- Adapter l'offre de santé à l'évolution des besoins ;
- Faire de la prévention du surpoids un choix majeur pour la santé des polynésiens ;
- Relever le défi du bien vieillir en partenariat avec le ministère en charge de la solidarité ;
- Soutenir l'ensemble des efforts par la constitution d'un espace numérique de santé polynésien.

Le SOS a défini deux orientations spécifiques à la coordination du parcours de soins :

- 2.1 « *Améliorer la couverture de santé primaire* » qui se décline en six actions spécifiques dont notamment celle relative au renforcement de la coordination médicale et le parcours de soin, garantissant ainsi la continuité de la réponse médicale (*action 2.1.4*).
- 3.5 « *Favoriser une approche par parcours de santé en s'appuyant sur le premier recours et l'articulation entre les secteurs public, privé et libéral* » qui se décline en cinq actions dont celle qui fait du médecin référent, le pivot du parcours de santé (*action 3.5.1*).

Le présent projet de loi du pays s'inscrit dans ce cadre.

¹ Arrêté n° 1206 CM du 26 juillet 2017 portant création d'un service dénommé Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS)

Présentation du projet de texte

Le présent projet de loi du pays comporte 29 articles répartis en 5 titres :

- Titre I : Médecin traitant (*articles LP 2 à LP 10*) ;
- Titre II : Parcours de soins coordonnés et panier de soins (*articles LP 11 à LP 19*) ;
- Titre III : Prise en charge des actes, prescriptions et prestations (*articles LP 20 à LP 26*) ;
- Titre IV : Dispositions diverses (*article LP 27*) ;
- Titre V : Dispositions transitoires et entrée en vigueur (*articles LP 28 et LP 29*).

L'article LP 1 précise l'objectif du projet de loi du pays qui est d'accroître l'efficacité et la continuité des soins dans le cadre d'une maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé. Ainsi la coordination entre les professionnels de santé sera favorisée et la qualité de la prise en charge des patients sera améliorée.

Le titre I décrit les modalités relatives au choix du médecin traitant. En incitant le patient à désigner son médecin traitant, le présent dispositif vise à renforcer la coordination des soins par un seul et même médecin et à limiter le nomadisme médical.

Le médecin traitant, choisi avec son accord par un patient, est donc un médecin généraliste ou spécialiste en médecine générale, exerçant dans le secteur libéral ou public. Il peut être conventionné ou non. Si le médecin traitant exerce avec un ou plusieurs médecins généralistes ou spécialistes en médecine générale au sein d'une même structure sanitaire de la direction de la santé ou d'un même cabinet médical, ces derniers peuvent être consultés au titre de médecin traitant. Il en est de même pour le médecin remplaçant.

Par ailleurs, en cas de cessation d'activité, de suspension ou d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice, le médecin perdra sa qualité de médecin traitant.

En cas de rupture de la relation de confiance ou en cas de changement de résidence, il est possible pour le patient de changer de médecin traitant. Toutefois, le nombre de changements autorisés sera fixé par arrêté pris en conseil des ministres.

Le projet de loi du pays définit également les missions du médecin traitant parmi lesquelles figurent celles de déterminer avec son patient les actions à mettre en œuvre pour promouvoir sa bonne santé ou d'organiser, en tant que de besoin, un parcours de soins coordonnés. Le présent projet de texte place ainsi le médecin traitant comme le pivot de la prise en charge des malades et du système de soins, chargé d'assurer la coordination et la continuité des soins, ainsi que l'information et la responsabilisation du malade.

Le titre II comprend 2 chapitres : le premier relatif au parcours de soins coordonnés et le second au panier de soins.

Le parcours de soins coordonnés comprend l'ensemble des actes, prescriptions et prestations réalisés par le médecin traitant ainsi que l'ensemble des actes, prescriptions et prestations réalisés par les professionnels de santé et les prestataires de produits et prestations remboursables, vers lesquels l'assuré a été orienté par le médecin traitant. Ce parcours commence dès la première consultation du médecin traitant.

Ainsi le médecin traitant, outre les soins qu'il procure au patient, peut orienter ce dernier le cas échéant, vers le médecin spécialiste ou le professionnel de santé le plus approprié au regard de sa pathologie.

Lorsque le patient requiert une prise en charge médicale spécialisée en lien avec la pathologie ayant justifié son admission à l'assurance longue maladie, le médecin traitant peut l'orienter, dans le cadre du parcours de soins coordonnés, vers un professionnel spécialiste, qui remplira les missions du médecin référent.

En outre, des échanges écrits ou télétransmis et des partages de données de santé du patient entre les professionnels de santé impliqués, peuvent avoir lieu dans le cadre d'un parcours de soins coordonnés avec le consentement du patient. Ces données sont conservées dans le dossier médical du patient qui sera mis à jour par le médecin traitant.

Chaque panier de soins, établi sur la base des recommandations de l'autorité sanitaire de la Polynésie française compte tenu des données scientifiques et techniques disponibles, encadre pour un besoin médical donné, le nombre et la nature des actes, prescriptions et prestations pris en charge par les régimes de protection sociale. Ces paniers de soins sont fixés par arrêté pris en conseil des ministres.

Quatre paniers de soins opposables pour le traitement du RAA, de l'hypertension artérielle, du diabète et de l'asthme ont été élaborés par la Caisse de prévoyance sociale il y a plusieurs années. Une commission spécifique chargée de poursuivre ce travail a été mise en place.

Le titre III concerne les conditions de prise en charge par les régimes de protection sociale des actes, prescriptions et prestations réalisés dans le cadre du parcours de soins coordonnés.

Les actes, prescriptions et prestations réalisés hors parcours de soins coordonnés et hors panier de soins, lorsqu'il existe, peuvent donner lieu à une prise en charge avec majoration du ticket modérateur. Cette majoration sera déterminée par arrêté pris en conseil des ministres. Le présent dispositif préserve donc le droit au remboursement de ces actes, prescriptions ou prestations mais en module le taux.

Cependant, aucune majoration ne sera appliquée dans le cadre d'une prise en charge d'une situation d'urgence ou à l'occasion d'un déplacement dont les circonstances empêchent le recours au médecin traitant habituel ou encore lorsque l'état de santé du patient le justifie.

Le titre IV soustrait les accidents du travail et les maladies professionnelles de l'application du présent dispositif.

Il importe de noter que le projet de loi du pays soumis initialement au Conseil économique, social et culturel, prévoyait d'appliquer un abattement sur les indemnités journalières attribuées dans le cadre des arrêts de travail.

Toutefois, l'instauration d'un tel abattement lorsque l'arrêt de travail est prescrit par un praticien autre que le médecin traitant, serait non seulement financièrement préjudiciable à de nombreux employeurs² – dont le Pays – mais aussi l'application de la pénalité au titre des indemnités journalières serait difficile à mettre en œuvre pour ce qui concerne les ressortissants du régime des non salariés, dans la mesure où le patient serait son propre employeur.

Le titre V précise les conditions d'entrée en vigueur du projet de loi du pays. Aussi, le présent dispositif entrera en vigueur six mois après la promulgation de la loi du pays et ne s'appliquera qu'aux prescriptions effectuées après cette entrée en vigueur.

Cette entrée en vigueur différée permettra à la population de bien comprendre les enjeux du nouveau dispositif qu'il est prévu de mettre en place mais aussi de préparer les patients et les praticiens à la bonne application des parcours et paniers de soins.

Travaux en commission

L'examen de ce dossier par la commission de la santé, de la solidarité, du travail et de l'emploi, dans sa réunion du lundi 9 octobre 2017, a donné lieu à une présentation des missions et du fonctionnement de l'Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS) ainsi qu'à une présentation détaillée du dispositif proposé par le présent projet de loi du pays (*genèse, objectifs, missions du médecin traitant, principes, finalité et contenu du parcours de soins coordonnés, définition des paniers de soins, description de l'impact du dispositif sur le remboursement des patients, etc.*).

Cet examen a aussi été l'occasion d'indiquer aux membres de la commission que le présent dispositif reposait sur les concepts suivants :

- Affirmer la position centrale du médecin généraliste dans notre système de santé (*centralisation des informations par le médecin traitant dans le dossier médical partagé*) ;
- Renforcer la coordination des soins autour du médecin généraliste pour améliorer la cohérence et le suivi des interventions préventives et curatives autour du patient ;
- Améliorer l'efficacité des prises en charge (*efficacité, qualité et continuité des soins / maîtrise des dépenses de santé*).

² En effet, ils sont tenus de rémunérer leurs salariés durant le délai de carence en vertu notamment d'une convention collective.

Cette réunion a permis également à la commission d'être informée de l'élaboration en cours avec la CPS de certaines modalités d'application (*formulaire de déclaration sur le choix du médecin traitant, l'inscription des mentions « parcours de soins coordonnés » ou « panier de soins » sur les feuilles de soins ou leurs facturations, sur leurs prescriptions ou sur leurs demandes d'entente préalable, détermination des paniers de soins, etc.*).

Ont également été abordés les points suivants :

- L'évaluation des économies réalisables (*ou attendues*) grâce à l'application de ces nouvelles mesures, étant précisé que cette évaluation reste difficile à cerner pour le moment ;
- La communication sur la mise en œuvre du présent dispositif qui sera déployée par la CPS et l'ARASS à destination des professionnels et des patients ;
- La situation des patients des îles dépourvus de médecins sachant qu'il leur sera possible de choisir leur médecin traitant parmi les médecins généralistes ou spécialistes en médecine générale exerçant, sur une île différente de la leur, au sein d'une structure sanitaire de la direction de la santé ou en secteur libéral ;
- L'application des dispositions du projet de loi du pays aux ressortissants de la Sécurité sociale métropolitaine par le biais des accords de coordination entre la CPS et la Sécurité sociale.

À l'issue des débats, le projet de loi du pays relatif au médecin traitant, au parcours de soins coordonnés et au panier de soins a recueilli un vote favorable des membres de la commission.

En conséquence, la commission de la santé, de la solidarité, du travail et de l'emploi propose à l'assemblée de la Polynésie française d'adopter le projet de loi du pays ci-joint.

LES RAPPORTEURS

Jeanine TATA

Jules IENFA



ASSEMBLÉE DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE

LOI ORGANIQUE N° 2004-192 DU 27 FÉVRIER 2004

SESSION BUDGÉTAIRE

LOI DU PAYS

(NOR : DPS1721429LP LP)

relatif au médecin traitant, au parcours de soins coordonnés et au panier de soins

L'assemblée de la Polynésie française a adopté le projet de loi du pays dont la teneur suit :

Travaux préparatoires :

- Arrêté n° 1696 CM du 22 septembre 2017 soumettant un projet de loi du pays à l'assemblée de la Polynésie française ;
 - Examen par la commission de la santé, de la solidarité, du travail et de l'emploi le 9 octobre 2017 ;
 - Rapport n° 135-2017 du 12 octobre 2017 de M^{me} Jeanine TATA et M. Jules IENFA, rapporteurs du projet de loi du pays ;
 - Adoption en date du 9 novembre 2017 ;
-

Article LP 1.- La présente loi du pays a pour objectif une plus grande cohérence et un meilleur suivi des interventions préventives et curatives destinées à un patient, en plaçant le médecin traitant comme coordinateur de l'organisation et de l'optimisation du parcours de soins du patient et en instaurant un panier de soins opposable. Le but est d'accroître l'efficacité et la continuité des soins dans le cadre d'une maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé et dans le respect de l'indépendance professionnelle des professionnels de santé.

TITRE I - MÉDECIN TRAITANT

CHAPITRE I - DISPOSITION GÉNÉRALE ET CHAMP D'APPLICATION

Article LP 2.- Le médecin traitant est le médecin généraliste ou spécialiste en médecine générale choisi avec son accord, par un patient.

Article LP 3.- Le médecin traitant exerce son art dans le secteur libéral ou dans le secteur public et doit être inscrit au tableau de l'ordre des médecins de la Polynésie française.

Article LP 4.- Lorsqu'un médecin traitant exerce avec un ou plusieurs médecins généralistes ou spécialistes en médecine générale, au sein d'un même cabinet médical, ces derniers peuvent être consultés au titre de médecin traitant.

Dans le cas où le médecin traitant choisi exerce au sein d'une structure sanitaire de la direction de la santé, tout autre médecin généraliste ou spécialiste en médecine générale de la structure peut être consulté au titre de médecin traitant.

Pour les mineurs de moins de seize ans, le médecin traitant peut être un médecin spécialisé en pédiatrie.

CHAPITRE II - CONDITIONS ET MODALITÉS DE CHOIX DU MÉDECIN TRAITANT

Article LP 5.- Tout assuré de l'un des régimes de protection sociale polynésiens âgé de seize ans ou plus, ou mineur émancipé, choisit librement son médecin traitant en accord avec celui-ci.

L'assuré notifie ce choix à l'organisme de gestion des régimes de protection sociale, dans des conditions fixées par arrêté pris en conseil des ministres.

Pour un ayant droit mineur de moins de seize ans, le médecin traitant est considéré être celui de l'ouvrant-droit de l'un des régimes obligatoires de protection sociale, sauf déclaration contraire.

Le médecin traitant peut s'assurer auprès de l'organisme de gestion des régimes de protection sociale de sa qualité de médecin traitant pour un patient donné.

Article LP 6.- L'assuré a la possibilité de changer de médecin traitant en cas de rupture de la relation de confiance.

L'assuré a également la possibilité de changer de médecin traitant lorsqu'un changement de résidence lui en interdit un accès facile.

Le nombre de changements autorisés par année civile est fixé par arrêté pris en conseil des ministres.

Article LP 7.- En cas d'absence du médecin traitant, le médecin remplaçant remplit le rôle de médecin traitant auprès des patients du médecin remplacé, sauf en cas de déclaration contraire du patient ou du médecin remplaçant.

Tout remplacement doit être signalé par le médecin remplacé ou le médecin remplaçant à l'organisme de gestion des régimes de protection sociale avant le début du remplacement.

Article LP 8.- Lorsque le médecin traitant cesse son activité, tout médecin généraliste ou médecin spécialiste en médecine générale reprenant sa patientèle est réputé médecin traitant des assurés qui avaient comme médecin traitant le médecin cédant sa patientèle.

En cas de déclaration contraire du patient ou du médecin reprenant, le patient est tenu de désigner un nouveau médecin traitant et de notifier ce choix à l'organisme de gestion des régimes de protection sociale.

Ce changement n'est pas décompté dans le nombre de changements annuels prévus à l'article LP 6.

Article LP 9.- En cas de suspension ou d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice, le médecin perd sa qualité de médecin traitant, durant la période de suspension ou d'interdiction d'exercice à compter de la date d'application de la décision.

En cas de radiation du tableau de l'ordre, le médecin perd sa qualité de médecin traitant, à compter de la date d'application de la décision.

En cas d'exclusion temporaire de fonctions ou de révocation de la fonction publique par le Président de la Polynésie française, le médecin perd sa qualité de médecin traitant, à compter de la date d'application de la décision.

Lorsqu'une situation décrite aux alinéas 1, 2 ou 3 du présent article se réalise, le médecin traitant doit prendre toutes mesures pour en informer ses patients.

Les assurés concernés désignent un nouveau médecin traitant à l'organisme de gestion des régimes de protection sociale dans les conditions prévues à l'article LP 5.

Les changements énoncés au présent article ne sont pas décomptés dans le nombre de changements annuels prévus à l'article LP 6.

Lorsqu'un patient change de médecin traitant suite au déconventionnement de ce dernier, ce changement n'est pas décompté dans le nombre de changements annuels prévus à l'article LP 6.

CHAPITRE III - MISSIONS DU MÉDECIN TRAITANT

Article LP 10.- Dans le cadre de ses missions de médecin généraliste ou spécialiste en médecine générale, 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 par la présente loi du pays ;
- 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.

TITRE II - PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS ET PANIER DE SOINS

CHAPITRE I - LE PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

Article LP 11.- Le parcours de soins coordonnés permet une prise en charge globale, préventive et curative, continue et coordonnée, centrée sur le patient, au plus proche de son lieu de vie.

Cette organisation du parcours de soins coordonnés a pour objectif de rationaliser le recours aux soins, et permettre un accès, pour tous, à des soins de qualité, au meilleur coût.

Le parcours de soins coordonnés commence dès la consultation du médecin traitant qui identifie un besoin médical et organise un parcours de soins coordonnés avec le consentement libre et éclairé du patient.

Le médecin traitant oriente le patient vers un professionnel dont il estime l'intervention nécessaire au moyen d'une ordonnance indiquant « médecin traitant ».

Lorsque le patient requiert une prise en charge médicale spécialisée en lien avec la pathologie ayant justifié son admission à l'assurance longue maladie, le médecin traitant peut l'orienter vers un professionnel spécialiste, qui remplira les missions du médecin référent telles que prévues par la délibération n° 98-162 APF relative aux mesures destinées à prévenir l'augmentation des dépenses de santé.

Article LP 12.- Le parcours de soins coordonnés comprend l'ensemble des actes, prescriptions et prestations réalisés par le médecin traitant ainsi que l'ensemble des actes, prescriptions et prestations réalisés par les professionnels de santé et les prestataires de produits et prestations remboursables, vers lesquels l'assuré a été orienté par le médecin traitant.

Article LP 13.- Dans le cadre du parcours de soins coordonnés les professionnels de santé et les prestataires de produits et prestations remboursables, vers lesquels le médecin traitant a orienté son patient, indiquent sur leurs feuilles de soins ou leurs facturations, sur leurs prescriptions et, le cas échéant, sur leurs demandes d'entente préalable que la prise en charge s'effectue dans le cadre d'un « parcours de soins coordonnés ».

Les professionnels de santé doivent dans la mesure du possible répondre aux sollicitations du médecin traitant et contribuer, dans le cadre de leur compétence, à la préconisation de soins. Ils doivent également tenir le médecin informé, dans un délai raisonnable, des résultats des examens complémentaires, des comptes rendus opératoires et d'hospitalisation et des prescriptions, sauf refus explicite du patient.

Article LP 14.- Le parcours de soins coordonnés fait l'objet d'échanges écrits ou télétransmis et de partage de données de santé du patient entre les professionnels de santé impliqués dans le cadre d'un parcours de soins coordonnés.

Ces échanges sont réalisés avec le consentement du patient recueilli par tous moyens. Ces échanges sont soumis au respect de la vie privée et au respect du secret des informations médicales, conformément aux dispositions de l'article L 1110-4 du code de la santé publique tel qu'applicable en Polynésie française et dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Article LP 15.- Les données énoncées à l'article LP 14 doivent être contenues dans le dossier médical du patient, ainsi que toutes données médicales mises à la disposition du médecin traitant.

Ce dossier médical est mis à jour par le médecin traitant avec le consentement du patient recueilli par tous moyens.

Il peut être sur support papier ou électronique en fonction des moyens disponibles, à défaut de télé-service dédié.

Article LP 16.- Le médecin remplaçant, durant la période de remplacement, est autorisé à avoir accès au dossier médical du patient qui le consulte, sauf refus explicite de ce dernier.

Les médecins exerçant dans une formation sanitaire, les médecins exerçant au sein d'un même cabinet médical ou le médecin reprenneur de la patientèle, peuvent consulter ce dossier dans les conditions du premier alinéa.

En cas de changement de médecin traitant, le dossier médical est transmis par le médecin traitant, au nouveau médecin traitant par tous moyens, y compris électronique, dans des conditions permettant de garantir le respect de la vie privée et le secret médical du patient.

Article LP 17.- Le patient doit accepter le partage d'informations entre les professionnels de santé liés par un parcours de soins coordonnés afin de bénéficier de la prise en charge prévue à l'article LP 20.

CHAPITRE II - LE PANIER DE SOINS

Article LP 18.- Un panier de soins définit, pour un besoin médical donné, le nombre et la nature des actes, prescriptions et prestations pris en charge par les régimes de protection sociale polynésiens.

Les paniers de soins sont établis sur la base des recommandations de l'autorité sanitaire de la Polynésie française compte tenu des données scientifiques et techniques disponibles, dans l'objectif de mettre en œuvre les stratégies de soins, de prescription et de prise en charge les plus efficaces dans le cadre d'une maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé.

Les paniers de soins sont applicables aux actes, prescriptions et prestations de tous les professionnels de santé et de tous les prestataires de produits et prestations remboursables du parcours de soins coordonnés.

Les paniers de soins sont fixés par arrêté pris en conseil des ministres et sont opposables dans le cadre de la prise en charge par les régimes d'assurance maladie obligatoire.

Le médecin traitant s'assure que le patient connaît et comprend les dispositions relatives à la prise en charge par les régimes de protection sociale polynésiens des actes, prescriptions et prestations liés au panier de soins.

Lorsque l'assuré est traité dans le cadre d'un panier de soins, les professionnels de santé et les prestataires de produits et prestations remboursables l'indiquent sur la feuille de soins ou leurs facturations, sur leurs prescriptions et, le cas échéant, sur leurs demandes d'entente préalable.

Article LP 19.- À défaut de panier de soins, le professionnel de santé veille à la maîtrise médicale du coût du traitement dans la prescription du parcours de soins coordonnés.

TITRE III - PRISE EN CHARGE DES ACTES, PRESCRIPTIONS ET PRESTATIONS

Article LP 20.- L'ensemble des actes, prescriptions et prestations dispensés dans le cadre du parcours de soins coordonnés est pris en charge par les différents régimes de protection sociale polynésiens, le cas échéant dans la limite du panier de soins lorsqu'il existe.

Article LP 21.- En dehors du parcours de soins coordonnés, le ticket modérateur défini est majoré d'un nombre de points fixé par arrêté pris en conseil des ministres après avis des instances décisionnelles des différents régimes de protection sociale polynésiens.

Par dérogation, donnent lieu à une prise en charge sans majoration du ticket modérateur, les actes, prescriptions et prestations fixés par arrêté pris en conseil des ministres.

Article LP 22.- Lorsqu'un panier de soins est fixé par arrêté pris en conseil des ministres, les actes, prescriptions et prestations dispensés en sus de ceux prévus par ce panier de soins sont pris en charge dans les conditions définies à l'article LP 21.

Un taux de prise en charge spécifique peut être affecté à chaque panier de soins.

Article LP 23.- Sont inclus dans le parcours de soins coordonnés sans consultation préalable du médecin traitant et ne donnent pas lieu à une majoration du ticket modérateur, les actes, prescriptions et prestations lorsqu'ils sont réalisés par les professionnels de santé suivant :

- un nouveau médecin généraliste ou spécialisé en médecine générale disposant d'une nouvelle convention pendant sa première année d'installation ;
- un médecin spécialisé en ophtalmologie ;
- un médecin spécialisé en pédiatrie pour les mineurs de moins de seize ans ;
- un médecin spécialisé en gynécologie médicale et gynécologie obstétrique ;
- une sage-femme ;
- un chirurgien-dentiste ;
- un médecin dans un service d'addictologie.

Les dispositions relatives à la prise en charge des paniers de soins leur sont applicables.

Article LP 24.- Donnent lieu à une prise en charge sans majoration du ticket modérateur les actes, prescriptions et prestations lorsqu'ils sont réalisés pour la prise en charge d'une situation d'urgence ou à l'occasion d'un déplacement dont les circonstances empêchent le recours au médecin traitant habituel.

Article LP 25.- Les actes, prescriptions et prestations prescrits dans le parcours de soins coordonnés ne faisant pas partie du panier de soins existant peuvent être pris en charge sans majoration du ticket modérateur lorsque l'état de santé du patient le justifie, sous réserve de l'avis favorable d'un praticien conseil de l'organisme de gestion des régimes de protection sociale.

Le médecin traitant effectue une demande d'entente préalable motivée auprès d'un praticien conseil de l'organisme de gestion des régimes de protection sociale.

Article LP 26.- Lorsqu'un assuré s'oppose à la transmission des informations, tel que prévu à l'article LP 14, dans le cadre du parcours de soins coordonnés à son médecin traitant, la prise en charge par les différents régimes de protection sociale polynésiens est celle définie à l'article LP 21.

TITRE IV - DISPOSITIONS DIVERSES

Article LP 27.- La présente loi du pays ne s'applique pas aux accidents du travail et aux maladies professionnelles.

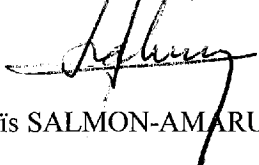
TITRE V - DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET ENTRÉE EN VIGUEUR

Article LP 28.- La présente loi du pays entre en vigueur six mois après sa promulgation.

Article LP 29.- La présente loi du pays s'applique uniquement aux prescriptions effectuées après son entrée en vigueur.

Délibéré en séance publique, à Papeete, le 9 novembre 2017

La secrétaire,



Loïs SALMON-AMARU

La présidente de séance,



Vaiata PERRY-FRIEDMAN