



Contexte

La convention signée le 08 janvier 2009 prenait fin le 21 janvier 2012 minuit en l'absence d'avenant de reconduction.

Dès le 03 mars 2011, les régimes territoriaux de protection sociale ont souhaité négocier une nouvelle convention avec les médecins libéraux, afin d'intégrer les orientations de la réforme de la Protection Sociale Généralisée (PSG) et les évolutions réglementaires (médecins référents, paniers et parcours de soins, mission de santé publique, nouvelle codification des actes, loi sur les produits de santé).

Ce nouveau partenariat modernisé devait contribuer à accroître l'efficacité du système de soins, à défendre l'égalité d'accès à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire pour tous les assurés résidant en Polynésie française.

Cette période n'a malheureusement pas permis au Syndicat des médecins libéraux de la Polynésie française et aux représentants des régimes de protection sociale de parvenir à l'adoption d'une nouvelle convention collective. Le syndicat des médecins libéraux apparaît comme vouloir accepter le moins d'obligations possible tout en posant comme préalable la négociation de l'annexe tarifaire leur permettant de maintenir leur niveau de revenus.

Quelles sont les conséquences pratiques pour les assurés ?

- Conformément à l'article 22 de la délibération n° 95-109 AT du 03 août 1995, modifiée, une convention type proposée par les régimes et validée par le conseil des ministres est proposée à chaque médecin libéral conventionné au 21 janvier 2012. Il s'agit d'un dispositif transitoire dans l'attente d'un accord sur une convention collective.
- Le médecin dispose d'un mois, s'il le souhaite, pour y adhérer. Les assurés conservent, durant cette période le bénéfice des acquis de la convention dénoncée dans les mêmes conditions de prise en charge des consultations et actes médicaux et aux mêmes tarifs qu'en 2011. A savoir :
 - ✓ maintien des tarifs actuels des consultations et des actes des médecins aux mêmes taux de remboursements,
 - ✓ maintien du tiers payant pour les patients en longue maladie,
 - ✓ maintien du tiers payant pour certains actes onéreux et actes d'urgence.

Pourquoi une convention ?

Les **objectifs** de cette convention sont de donner un cadre au **dialogue** entre l'assurance maladie et les professions de santé pour notamment :

- **maîtriser** l'évolution des dépenses de santé ;
- **garantir** à tous les assurés sociaux l'accès à des soins de qualité ;
- **garantir** à tous les assurés sociaux, pour la plupart des actes et prescriptions, un taux de remboursement important ;
- **respecter** le libre choix que chaque assuré puisse s'adresser à un professionnel conventionné ;
- **maintenir** l'exercice libéral de la médecine et des professions paramédicales ;

En mettant en place des moyens « obligatoires » :

- la dispense d'avance des frais par les assurés sociaux ;
- la fixation d'objectifs prévisionnels ;
- les Relevés Individuels Activité Professionnelle et le cas échéant d'un seuil annuel d'activité ;
- les instances paritaires chargées de l'application et du suivi des conventions ;
- la détermination en cas de non respect de la convention des sanctions allant de l'avertissement au déconventionnement et de sanctions financières ;
- la négociation et l'attribution de financement des actions de formation continue aux praticiens ;
- la négociation de tarifs des honoraires et des frais accessoires/annexes dus aux praticiens.

Que prévoit la nouvelle convention ? Quels sont les enjeux ?

La mise en place du « médecin référent généraliste »

A l'instar de ce qui se fait déjà pour la longue maladie, le patient choisi librement son médecin référent qui devient son interlocuteur privilégié, l'informe, participe à son éducation thérapeutique et veille à la mise en œuvre du parcours et du panier de soins en relation avec d'autres professionnels de santé (médecins spécialistes, médecins hospitaliers, etc.). De plus, il a vocation à coordonner les soins de son patient et s'assure que le suivi médical est optimal. Il est soit un médecin généraliste libéral conventionné soit un médecin généraliste du secteur public. Exception sera faite, pour les ophtalmologistes, en cas de baisse de l'acuité visuelle et le gynécologue dans le cadre d'un panier de soins « grossesse » dont l'accès direct reste possible.

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.

Le panier de soins

Pour les 10 longues maladies suivantes : *HTA, Diabète, RAA avec cardite, RAA sans cardite, Insuffisance respiratoire chronique, Epilepsie, Cancer prostate, artérite oblitérant, Insuffisance coronaire, asthme*, il sera prévu réglementairement le nombre de consultations et la nature des prescriptions, sur la base des données scientifique et des recommandations de bonnes pratiques médicales, pris en charge par l'assurance maladie en tiers payant.

Au-delà du panier de soins, l'assuré fera l'avance des fonds.

Lorsque 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 adresse au contrôle médical un courrier d'explications.

Parcours de soins

Ce nouveau dispositif réglementaire, qui s'applique à l'ensemble des assurés, vise à une meilleure coordination des soins. Ainsi, pour un patient donné, son « médecin généraliste référent » est le point d'entrée unique dans le système de soins.

A défaut, si le patient choisit de ne pas passer par ce dispositif, son niveau de remboursement est moindre puisque calculé sur la base des tarifs d'autorité et sans le bénéfice du tiers payant

Participation à des missions de santé publique

Dans le cadre de besoins de santé identifiés par les autorités sanitaires et après avis favorable de la CPS, le médecin conventionné pourra effectuer des vacations dans les dispensaires, des programmes de vaccination et de dépistage, l'éducation/promotion à la santé et la prévention, de manière contractuelle sur la base d'une rémunération spécifique complémentaire.

Quels sont les impacts pour les assurés?

AUCUN CHANGEMENT POUR:

- Les Hôpitaux publics (CHPF et Hôpitaux secondaires)
- Les dispensaires publics (Tahiti et îles)
- Les taux de prise en charge (restent à 70% en maladie et 95% consultation longue maladie et 100% pour les prescriptions en longue maladie),
- Les prescriptions de médicaments, les analyses de laboratoires, les soins paramédicaux continuent d'être pris en charge.

Cabinets médicaux libéraux :

Maintien des tarifs des médecins libéraux conventionnés durant la période transitoire.

Prise en charge et participation des assurés aux soins médicaux à compter de fin février 2012 :

a) Les Généralistes

- Signataire de la convention, aucun changement majeur sauf pour certains actes techniques à compter du 30 juin 2012.
- Non signataire de la convention :
Perte du 1/3 payant pour la longue maladie, les actes d'urgence,
Remboursement sur les tarifs d'autorité.

ACTE	Tarif d'autorité	Remboursement à l'assuré (70% ou 95%)		Reste à Charge au tarif actuel	
		Maladie	Longue Maladie	Maladie	Longue Maladie
Consultation = C	1 560 Fcfp	1 092 Fcfp	1 482 Fcfp	2 508 Fcfp	2 118 Fcfp
Visite = V	2 160 Fcfp	1 512 Fcfp	2 052 Fcfp	5 688 Fcfp	5 148 Fcfp

b) Spécialistes

Signataire de la Convention :

Jusqu'au 30/06/12 : Aucun changement,

Au-delà du 30/06/12 : Aucun changement pour les consultations,

Actes en CCAM avec coefficient de + 40% (1,4).

- Non signataire de la convention :
Perte du 1/3 payant pour la longue maladie, les actes d'urgence,
Remboursement sur les tarifs d'autorité.

ACTE	Tarif d'autorité	Remboursement à l'assuré De 70% ou 95%		Reste à charge au tarif actuel	
		<i>Maladie</i>	<i>Longue maladie</i>	<i>Maladie</i>	<i>Longue maladie</i>
Consultation = CS	2 160 Fcfp	1 512 Fcfp	2 052 Fcfp	3 138 Fcfp	2 598 Fcfp
Visite = VS	2836 Fcfp	1 985 Fcfp	2 694 Fcfp	5 215 Fcfp	4 634 Fcfp

Hospitalisation en clinique :

Le tiers payant est maintenu pour les actes effectués,
Les bases de tarifs sont celles des tarifs d'autorités (CCAM x 1).