



LE LIBÉRAL

dentaire

Savoyard

web: www.sdlsavoie.org

e-mail: info@sdlsavoie.org

Sommaire

L'édito du président	1
Télétransmission: compte-rendu de réunion	2
Dernière minute: Le tiers-payant généralisé	3
La mobilisation des médecins a payé	4
Les 5 propositions de la FSDL	4
Entente préalable	5
CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux)	6
Les remboursements dentaires des mutuelles	6
Réunion CDO et CPAM	6
Bulletin d'adhésion	7

L'édito du président

La fin de l'année 2002 et le début de l'année prochaine vont changer beaucoup de choses sur le plan conventionnel. En effet, la loi du 6 mars 2002 nous oblige à signer une nouvelle convention car TOUTES les conventions des professions de santé vont se terminer à la fin de l'année. Dans le cadre du socle interprofessionnel, une nouvelle convention doit être signée avant le 31 décembre.

"VII. - Les conventions nationales prévues aux sections 1, 2 et 3 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale et à l'article L. 322-5-2 du même code et leurs avenants en vigueur à la date de publication de la présente loi, y compris les conventions dont la date d'échéance se situe en 2002 et qui font l'objet d'un renouvellement tacite sur le fondement des dispositions du code de la sécurité sociale antérieures à la présente loi, sont réputés conformes aux dispositions de la présente loi jusqu'au 31 décembre 2002. A défaut de conclusion ou d'approbation d'un avenant les mettant en conformité avec les dispositions de la présente loi avant cette date, ces conventions et ces avenants sont réputés dénoncés à effet du 31 décembre 2002."

Depuis de nombreuses années, nous assistons à la dégradation de nos conditions d'exercice, notamment par le blocage des tarifs. Au-delà des syndicats dentaires, les sociétés scientifiques s'en émeuvent, conscientes que les données actuelles sont de plus en plus difficiles, voir impossibles, à mettre en oeuvre dans nos cabinets. **A une époque où s'impose la notion d'évolution qualitative de nos actes, nous ne pouvons plus nous contenter d'une hypothétique réévaluation symbolique des lettres-clés.**

Vu que c'est l'état qui fixe le budget de la santé et que les caisses n'ont pas les moyens de rembourser les actes à leur juste valeur, il est grand temps d'accepter (et appliquer) l'idée que **le tarif d'un soin peut être différent de sa valeur de remboursement**. Ceci est déjà le cas avec les visites des médecins: s'il n'y a pas nécessité médicale pour faire déplacer le médecin au domicile du patient, la visite sera payée 30i mais remboursé 20i . Le problème actuel est que cette décision semble être laissée à l'appréciation du médecin et celui-ci risque de subir des "pressions" de la part des patients, mais il y a déjà cette distinction entre honoraires et remboursement pour un acte courant. Cette distinction existe déjà pour la prothèse, mais le fait que cela soit accepté pour un soin "courant" nous laisse optimiste.

C'est plus que le moment pour que les syndicats se mettent ensemble pour obliger les caisses et l'état à signer une convention qui:

- Permette **la juste rémunération des soins**, même si les caisses ne remboursent qu'une partie des honoraires. Il faut refuser de signer s'il y a des soins "à perte".
- **Ramène les honoraires des soins français au niveau de la moyenne des pays européens**. Nous sommes un pays développé, il n'y a aucune raison pour que les soins soient honorés plus bas que dans les pays en voie de développement.
- Permette la libéralisation des tarifs si les caisses ne sont pas capables de réévaluer les tarifs des soins en rapport avec le coût de la vie et les frais des cabinets dentaires.

Les honoraires sous évalués servis par une nomenclature obsolète mettent gravement en péril l'équilibre financier de nos cabinets et plus encore la santé bucco-dentaire de nos concitoyens. Nous ne pourrons y parvenir qu'au travers d'une mobilisation de l'ensemble des praticiens. Votre soutien concrétisé par une adhésion syndicale est notre principale force face aux instances de tutelles. N'offrons pas l'image d'une profession résignée; **faites entendre votre voix en remplissant et envoyant le bulletin d'adhésion à la fin de ce Libéral Savoyard**.

Télétransmission: Compte-rendu de réunion

Suite à l'action commune CNSD 73 et SDLS contre la télétransmission, vous étiez plus de 100 (il y a encore des réponses qui arrivent...) chirurgien-dentiste savoyard à avoir signé notre pétition. Nous vous en remercions. Grâce à votre soutien massif et l'action commune des 2 syndicats, le forcing de la télétransmission en Savoie s'est arrêtée. C'est encore une fois la preuve que l'union fait la force.

Voici le compte-rendu de la réunion commune CNSD 73 et le SDLS avec la directrice de la CPAM 73 le jeudi 23 mai. Le rendez-vous était demandé par Mme Guillaud (directrice de la caisse) suite à notre action ainsi que notre lettre commune contre la télétransmission.

La CNSD avait préparé 2 textes, un sur la non-revalorisation des lettres clés et l'autre sur le coût de l'informatisation pour la télétransmission. La directrice nous a indiqué qu'elle allait les transmettre à la CNAM... Le second texte demandait 1300 Frs/mois pour couvrir les frais de télétransmission.

- La directrice accepte que nous ayons des problèmes avec la nomenclature (et que c'est même notre problème principal) mais cela ne peut que se régler au niveau national.
- Elle comprend que nous ne voulons pas la télétransmission tant que le problème de la nomenclature ne sera pas réglé (ou en cours de règlement)
- Elle ne trouve pas normal que certains professions ont des aides pour la télétransmission mais pas nous mais cela non plus ne peut se régler qu'au niveau national.
- Cela l'ennuie que nous refusons la télétransmission quand les CD d'un département voisins se sont mis "massivement". (Pas de référence au département ni au % des CD télétransmetteurs) (A ma question "Dites-nous ce que nous les CD avons à gagner avec la télétransmission?", la directrice dit "Vu que vous refusez tout ce qui arrive des caisses, demandez à vos confrères du département voisin".)

Selon Mme Guillaud:

- La télétransmission n'est aucunement synonyme de tiers payant et la caisse insiste systématiquement sur le fait que la carte Sésam Vitale n'est pas une carte de paiement. (Mais ma question "Si les patients et même les professions de santé pensent que c'est une carte de "paiement/tiers payant" et vu que ce

sont la CNAM et CPAM qui donnent les infos sur la Sésam Vitale, est-ce qu'il n'y a pas un problème de communication?" reste sans réponse)

- De toute façon, un jour ou un autre tout le monde va passer au Sésam Vital et la télétransmission.
- L'objectif de la CNAM est 80% des feuilles de soins en FSE fin 2003 (toutes professions confondues). Ils savent qu'ils ne vont JAMAIS obtenir 100% de FSE.
- La carte Sésam Vitale 2 est aux oubliettes (et va rester pour un certain temps) car personne n'est d'accord sur ce qu'il faut mettre comme info médicale et qui pourra lire et modifier les données. (Et que la Vitale 1 n'est pas encore en marche plein pot).
- La caisse de Savoie a arrêté le démarchage des CD. "Vu votre position et vu que nous avons d'autres professions de santé qu'on doit contacter etc..." (A vérifier que c'est le cas sur le terrain. Si on continue à vous "proposer" avec insistance un rendez-vous pour la télétransmission, contactez rapidement les syndicats.)
- **Un objectif PRIORITAIRE du conseil d'administration de la CPAM 73 est d'augmenter le tiers payant car la Savoie est en fin de peloton par rapport aux autres caisses.**
- La directrice est toute à fait prête à signer une convention du "tiers payant au premier franc" avec les CD. Ils "ont signé une convention avec les radiologues et ça marche très bien" dixit...

Durant notre entretien, la directrice a fait le mélange entre télétransmission et tiers payant 2 fois en 90 minutes; vu l'objectif prioritaire de la caisse au sujet du tiers payant, je me demande si ce n'est pas un lapsus révélateur! Selon elle, le point positif de la télétransmission est "Vous serez payé plus vite." (Sous-entendu les chèques en attente ou le tiers payant??? Elle continue en insistant que la caisse garantit le paiement en 5 jours en cas de télétransmission...)

Contrairement à ce que la directrice indique (*la télétransmission n'est pas synonyme de tiers payant*) et **vu que l'augmentation du tiers payant est un objectif prioritaire, je pense que la télétransmission en un premier pas (de géant!) dans la direction du tiers payant.** Le second (et dernier pas) sera beaucoup plus facile à franchir une fois que tout le monde sera à la télétransmission: la CNAM et les caisses feront pression sur les professions de santé et des actions dans les médias. Même si les caisses disent qu'elles n'ont pas le moyen d'honorer les praticiens correctement, bizarrement, il y a toujours des sous pour faire des actions médiatiques et des plaquettes sur papier glacé... Lisez la "Dernière minute" ci-dessous et vous constaterez encore une fois que **télétransmission = tiers payant !**

Je vous rappelle que **la CNSD 73 et le SDLS sont CONTRE la télétransmission.** Nous refusons d'augmenter encore plus les charges et responsabilités de nos cabinets pour, en plus, faire le travail de la caisse. Attention, si vous passez à la télétransmission maintenant, vous ne pourrez pas bénéficier des aides nous allons obtenir pour vous.

Dernière minute: Bientôt plus d'avance de frais chez le médecin

Le tiers-payant généralisé à partir du premier août

Après les fonctionnaires et les bénéficiaires de la CMU (Couverture maladie universelle), c'est bientôt au tour de l'ensemble des assurés sociaux de ne plus avoir à avancer aucune somme au sortir de la consultation chez un professionnel de santé. Le directeur de la CGSS (Caisse générale de Sécurité sociale) de la Réunion, Olivier de Cadeville, a annoncé, hier, qu'avec l'accord de la Drass (Direction régionale des affaires sanitaires et sociales) et de la Cnam (Caisse nationale d'assurance maladie), le tiers payant généralisé serait applicable sur l'île à partir du 1er août, chez les médecins généralistes et spécialistes.

Mais pas tous. Seuls 400 sur les 1 000 que compte l'île ayant choisi de se mettre à la télétransmission des feuilles de soins pour l'instant. La vitesse supérieure de remboursement que leur promet le tiers-payant généralisé -6 jours au lieu de 42 au moins aujourd'hui- devrait bien sûr les inciter à s'équiper incessamment. C'est du moins ce que prévoient les responsables de la CGSS.

Ainsi, à partir du 1er août, l'usager qui se rendra chez un médecin équipé pour la télétransmission et d'accord pour pratiquer le tiers-payant généralisé, et si cet usager cotise auprès d'une des mutuelles complémentaires signataires d'un accord avec les professionnels de santé, il pourra venir chez son médecin les mains dans les poches et repartir sans avoir déboursé un centime.

Probable hausse du nombre d'actes

Sans couverture complémentaire, l'assuré social ne réglera que le ticket modérateur, soit 30% du coût total de l'acte. Seules la carte vitale et l'attestation éventuelle de la mutuelle seront nécessaires sur place.

"Le dispositif technique du tiers-payant généralisé rentre tout à fait dans le cadre de l'architecture nationale, précise Philip Ferdinand, responsable du projet Sesam Vital. Le plus difficile a surtout été de trouver un protocole d'accord unique pour tous les partenaires."

Fort heureusement, "nos relations se sont nettement améliorées avec les professionnels de la santé, ces derniers temps", a affirmé, hier, Axel Zettor, faisant allusion à la hausse d'honoraires accordée fin juin aux généralistes, sur le plan national. Les biologistes et auxiliaires médicaux réunionnais devraient être les prochains à proposer le tiers-payant, dans le courant du deuxième semestre 2002. "Cette initiative constitue une première en France et une avancée sociale importante", souligne le directeur de la CGSS. Une avancée dont l'effet pervers pourrait être une augmentation du nombre des actes médicaux, et donc une hausse du coût pour la collectivité.

"La hausse du nombre d'actes est l'une de nos préoccupations", a admis, hier, Olivier de Cadeville. Le directeur de la caisse a rappelé que la mise en place de la CMU avait en effet occasionné une augmentation du nombre de feuilles de soins pendant la première année, mais que celui-ci était revenu à la normale ensuite. L'avenir dira si la courbe prendra la même allure avec le tiers-payant généralisé.

La mobilisation des médecins a payé

Leur C est passé à 20 Euros. Ils ont su se mobiliser et surtout le faire au bon moment.

Notre profession a été trop craintive et surtout trop tardive. Il fallait faire valoir nos exigences avant les élections. Le gouvernement a maintenant beaucoup d'autres préoccupations et va prétexter un manque de moyens financiers car ce qu'il a débloqué pour les médecins il va falloir le financer et cela sera à n'en pas douter pris sur le financement global des dépenses de soins.

C'est ce que notre syndicat s'est déjà entendu répondre lors de la dernière réunion à la CNAM.

Pour obtenir une revalorisation décente maintenant que les élections ont mis en place une majorité pour 5 ans, **il va falloir une mobilisation sans précédent de la profession et cela ne sera possible que dans l'UNITE SYNDICALE.**

Les 5 propositions de la FSDL pour une convention efficace

Des honoraires correspondant aux réalités socio-économiques !

Les caisses remboursent à leur juste coût les actes qu'elles privilégient, en fonction de leur enveloppe budgétaire et de leur politique de santé.

La levée de l'opposabilité de tous les actes.

La modification par décret du tarif d'autorité, au niveau du remboursement conventionnel .

Le gel du régime ASV de notre retraite (en faillite programmée pour 2008) avec :

- L'arrêt des cotisations pour ne pas générer de nouveaux droits,
- Le financement par les Caisses des droits acquis comme elles s'y sont engagées en échange de la dévaluation de nos lettres-clés depuis 20 ans.

Si ces 5 propositions sont enfin négociées, la profession peut s'engager dans un processus de rééquilibrage des honoraires de prothèse.

LA FSDL REFUSE

1. **De cautionner une convention** qui ne tiendrait compte que des possibilités budgétaires des caisses.
2. **Le rationnement et la baisse des la qualité des soins** provoqués par des honoraires sous-évalués par une maîtrise comptable.
3. **L'encadrement de tous nos actes.**
4. **Un accord sans procédure de revalorisation annuelle de nos lettres-clés.**
5. **Le regroupement des régimes ASV** des 4 professions concernées (chirurgiens-dentistes, médecins, auxiliaires médicaux, sage-femmes) comme proposé dans l'accord-cadre.

Pour les infos, textes, affiches salle d'attente etc, visitez les sites web de la F.S.D.L. www.fsd.fr et du S.D.L.S. www.sdlsavoie.org

Entente préalable

- La loi du 12 avril 2000 simplifie les relations entre les citoyens et les administrations.
- Le décret du 20 juin 2001 prévoit un délai dérogatoire unique de 15 jours pour les actes ou prestations soumis à la formalité de l'entente préalable, en application des dispositions générales et particulières de la NGAP.
- Le décret instaure **un régime d'acceptation implicite dans tous les cas pour la NGAP, et fixe un délai unique de 15 jours.**
- **La date à prendre en compte pour le point de départ du délai de 15 jours est la date de réception de la demande par le service du contrôle médical, la caisse ou la mutuelle.**
- En cas de pièces manquantes, le délai de 15 jours, au terme duquel, à défaut de décision expresse, la demande est réputée acceptée, ne court qu'à compter de la réception des pièces acquises. La convocation de l'assuré n'interrompt pas le délai.
- **A défaut, de réponse dans le délai de 15 jours, l'accord est réputé acquis.**
- Il est à noter que ces dispositions concernent toutes les professions médicales, et pas spécifiquement les dentistes.
- D'où la polémique qui oppose la CNAMTS et l'ORDRE NATIONAL.

Position de la CNAMTS:

La procédure d'entente préalable doit être engagée pour les seuls actes inscrits à la NGAP et respectant les conditions médico-administratives d'attribution.

Position du CONSEIL DE L'ORDRE:

C'est aux Caisses Primaires d'Assurance Maladie que revient la mission de procéder au remboursement des soins. Ce remboursement peut notamment intervenir dans le cadre de la procédure de l'entente préalable, procédure fondée sur un accord préalable après examen de la situation particulière du patient au bénéfice de qui l'entente préalable est demandée.

Les pouvoirs publics ont mis en place une nomenclature générale des actes professionnels, qui a pour but d'établir des conditions favorables à la recherche d'un accord entre les parties concernant l'acte, préalablement à toute opération de soins ou d'ordonnance de produits médicaux.

Récupération des indus:

La Cour de Cassation a limité les possibilités d'action des Caisses en décidant que la récupération d'indus sur le fondement de l'article L133-4 du CSS n'était pas possible lorsque la Caisse avait donné un accord tacite.

Selon la Cour, **l'absence de réponse de la Caisse dans le délai qui lui est imparti vaut approbation tacite de la cotation proposée et la Caisse ne peut pas la remettre en cause ultérieurement. La Caisse ne peut pas récupérer l'indu si elle constate à l'occasion d'un contrôle à posteriori, que la cotation du praticien traitant est erronée.**

Attention! Il existe une exception: Le silence gardé au-delà du délai de 15 jours ne vaut pas approbation lorsque la demande d'entente préalable mentionne une cotation supérieure au maximum prévu la nomenclature.

Imprimés:

De nouvelles feuilles de demande d'entente préalable vont vous parvenir.

CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux)

Le CCAM est sur le site www.cnamts.fr/san/ccam/somcccam.htm et sur le site de notre syndicat www.sdlsavoie.org Nous vous engageons à le parcourir, vous y trouverez les référentiels d'actes d'odontologie, (future nomenclature?).

Vous y constaterez un nombre très important d'actes qui ne figurent pas à notre nomenclature actuelle, des actes hors nomenclature:

- Photographies, tests salivaires, moulage, analyse occlusale, application de vernis, de topique, irrigations sous-gingivales, coiffage pulpaire de temporisation, apexogénèse, desobstructions endodontiques, etc...

Elle fait environ une quarantaine de pages où vous pourrez voir la difficulté de codifier une radiographie, la différence entre couronne provisoire et transitoire, l'absence de différences entre la pose d'un amalgame ou d'un composite...

BONNE LECTURE...

Les remboursements dentaires des mutuelles ont bondi

D'après la dernière étude des groupements mutualistes de 1991 à 1999 la part des mutuelles est passée de 6,1% à 7,3% dans le remboursement des dépenses de santé. Les prestations dentaires ont bondi de 14,5% à 17% du montant pris en charge. Cette augmentation est due au fait que pour les mutuelles le dentaire est un produit d'appel: la concurrence aidant elles se servent des prestations dentaires pour attirer des adhésions. Ceci est bénéfique pour la profession car cela permet de compenser un peu le désengagement toujours plus grand de la sécurité sociale. Mais attention n'oublions pas que la profession a mieux supporté le carcan de la sécurité sociale que les autres professions de santé car elle en était moins dépendante.

Les assurances complémentaires qui voient leurs remboursements dentaires augmentées considérablement vont devenir de plus en plus exigeantes vis à vis des professionnels. Elles vont chercher à les encadrer de plus en plus avec les protocoles. Elles réclament même une défiscalisation des cotisations ce qui d'un côté sera bénéfique aux assurés mais de l'autre va rendre leurs adhérents encore plus dépendants et moins libres de leurs choix.

Il faut donc redoubler de vigilance et ne pas tomber dans le discours trop souvent entendu par nos patients : ne vous inquiétez pas tout est remboursé et en retour ne pratiquer que ce qui est remboursable.

La plus grande indépendance possible malgré la lourde tendance actuelle doit être préservée aussi bien pour le professionnel que pour le patient. C'est une action de tous les jours que le professionnel doit développer pour garder sa liberté d'exercice.

P.S. : Nous reviendrons prochainement sur les différents procédés à développer pour y parvenir.

Réunion CDO et CPAM

Nous avons appris qu'à la demande du service médical une réunion s'est déroulée entre les chirurgiens dentistes conseils et le conseil de l'ordre au sujet des plaintes de patients auprès de la Sécurité Sociale. D'après nos informations ces plaintes qui semblent relativement peu nombreuses sont traitées de façon à favoriser le plus possible les conciliations aussi bien du côté du service médical que du côté ordinal.

Cette attitude nous semble effectivement à privilégier pour éviter une éventuelle dérive procédurière à l'américaine et nous nous félicitons de cet état d'esprit.

Bulletin d'adhésion au Syndicat Dentaire Libéral des Savoies

Complétez le bulletin d'adhésion et envoyez-le avec votre règlement à l'adresse suivante:

S.D.L.S.
B.P. 822
73008 Chambéry Cedex

- ✓ L'adhésion au S.D.L.S. vous permet de bénéficier de la **protection juridique et fiscale** souscrite par notre syndicat national (F.S.D.L.) pour mieux défendre ses adhérents. Elle comprend la prise en charge des frais de procédure (civile, pénale, prud'hommes), ainsi que la prise en charge des frais du professionnel qui vous assisterait en cas de conflit avec l'administration fiscale.
- ✓ Elle vous permet de bénéficier de toutes les assurances que le syndicat a négociées pour vous auprès de:

Office des Professions Libérales

177, cours de la Libération
38000 Grenoble
Tél: 04 76 96 50 50
Fax: 04 76 49 00 29

- ✓ En étant adhérent, vous pouvez aussi bénéficier de 20% de réduction pour toute commande en faisant partie de notre groupement d'achat.
- ✓ Le montant de la cotisation syndicale inclus l'abonnement au Libéral Dentaire ainsi qu'aux autres publications de la F.S.D.L. et du S.D.L.S.

Vous recevrez par retour du courrier un reçu pour votre comptabilité (la cotisation à un syndicat est déductible fiscalement).

IMPORTANT: La protection juridique et fiscale de la cotisation 2001 expire au 31 mars. Pour que votre couverture ne s'interrompe pas, nous devons recevoir votre cotisation le plus tôt possible.

La défense de vos intérêts dans le cas d'un litige avec la sécurité sociale est comprise dans l'adhésion.

Il est impératif de déclarer tout litige à l'OPL avant la saisie d'un avocat, même si vous optez pour le libre choix de celui-ci, sinon, vous risquez de ne pas être couvert en protection juridique.

ATTENTION: L'assurance responsabilité civile professionnelle n'est pas comprise avec votre cotisation syndicale! En tant qu'adhérent, vous bénéficiez de tarifs préférentiels aux près d'OPL pour votre assurance RCP.

Cotisations 2002 (à l'ordre du S.D.L.S)

Cotisation annuelle: 310 i	Cotisation couple: 500 i
1ère année d'exercice: 160 i	Etudiant: 40 i

Nom, Prénom: _____

Adresse: _____

Téléphone: _____

Télécopie: _____

Adresse e-mail: _____