



Les régimes d'assurance dentaire et les nouveaux dentistes

Burton Conrod, DDS

© J Can Dent Assoc 1999; 65:155-8, 170

Les nouveaux diplômés qui s'apprêtent à exercer la médecine dentaire au Canada devraient connaître les trois facteurs qui ont largement contribué à l'amélioration de la santé bucco-dentaire des Canadiens au cours des 25 dernières années; je veux parler de l'utilisation du fluorure systémique et topique, de l'accès aux soins dentaires préventifs et des régimes d'assurance dentaire.

Les dentistes apprennent les bienfaits du fluorure et des soins dentaires préventifs durant leurs études. Or, leurs connaissances sur les régimes d'assurance dentaire s'acquièrent au fil des ans, durant l'exercice de leur profession. La façon dont ils traitent les questions liées à ces régimes peut influencer sur la prestation des soins, la manière dont les patients perçoivent les traitements et plans de traitement et, par ricochet, l'ensemble de la profession. L'ADC a outillé les dentistes canadiens dans leur gestion des régimes d'assurance dentaire. Le formulaire normalisé de demande d'indemnisation de soins dentaires, le Guide du système de codification standard et du répertoire des services (GSCS&RS) et le CDAnet, système de traitement des demandes d'indemnité électronique, permettent d'uniformiser la plupart des transactions de tiers suivant des protocoles définis par la profession. D'où l'importance, pour les nouveaux dentistes, d'obtenir toute l'information disponible sur

ces régimes, auprès de l'ADC et de leur association dentaire provinciale, pour démarrer du bon pied.

Les régimes d'assurance dentaire ont fait leur apparition dans les années 60 puis se sont répandus dans les années 70, à une époque où le contrôle des prix et des salaires dictait les prestations non imposables, plutôt que les hausses salariales, comme moyen de motiver et d'indemniser les employés. La couverture de ces régimes a récemment été élargie, lorsque le gouvernement fédéral a décidé d'autoriser les petites entreprises non constituées en société à offrir des prestations dentaires non imposables à leurs employés. Au fil des ans, s'est créé un partenariat entre le gouvernement, les entreprises, les employés, les compagnies d'assurance et la médecine dentaire, qui donna lieu à un système de soins bucco-dentaires très efficace, financé par le secteur privé.

Les régimes d'assurance dentaire offrent de nombreux avantages. D'après de récentes statistiques, les personnes couvertes par de tels régimes sont plus susceptibles de consulter le dentiste. En fait, 83 p. 100 des personnes qui y souscrivent le font au moins une fois par année, comparativement à seulement 60 p.100 de la population sans couverture. Ces régimes favorisent en outre l'accès aux soins préventifs réguliers, comme en témoignent les chiffres suivants : plus de 50 p. 100 des personnes qui béné-

ficient de tels régimes ont encore toutes leurs dents naturelles, contre seulement 40 p. 100 des personnes non couvertes. L'élargissement de la protection a également eu pour effet de réduire sensiblement les maladies dentaires, grâce aux soins préventifs réguliers, aujourd'hui préférés aux restaurations dentaires. Pour les employeurs, cela signifie que leurs employés sont en meilleure santé, un avantage appréciable compte tenu du temps de travail considérable perdu pour les traitements dentaires d'urgence. Pour le gouvernement, cela se traduirait par une baisse des coûts à l'endroit des services dentaires d'urgence. Enfin, pour le dentiste, cela implique un accroissement soutenu de la demande de services dentaires.

Cependant, il est très important que toutes les personnes concernées aient des attentes raisonnables face aux régimes d'assurance dentaire. Les dentistes et les patients devraient s'entendre sur un point — *les régimes d'assurance dentaire existent uniquement pour aider les patients à payer pour les soins dentaires et à préserver leur santé bucco-dentaire, grâce à des soins préventifs réguliers.*

Conception des régimes d'assurance dentaire

L'ADC a préparé un document intitulé *Dix principes directeurs que devraient connaître chaque dentiste avant de s'entretenir avec ses patients au sujet de la gestion des*

Journal

Mars
1999
Vol. 65
N° 3

155

soins dentaires, dans lequel on explique comment les dentistes devraient aborder les régimes d'assurance dentaire. Un des principes les plus importants que doivent comprendre les nouveaux dentistes est celui du droit des patients de choisir leur dentiste. Les régimes qui obligent le patient à choisir parmi une liste de dentistes désignés violent ce principe. Ceci résulte souvent en une incompatibilité entre le patient et le dentiste proposé par le régime et en la création d'un malaise chez le patient qui sera donc moins enclin à obtenir les soins requis. La confiance est indispensable à l'établissement d'une bonne relation entre le dentiste et le patient qui, participant activement à la planification du traitement, est plus susceptible de suivre le traitement et les recommandations du dentiste à la maison.

Il est un autre principe important, selon lequel le plan de traitement doit se baser sur la santé bucco-dentaire du patient et non sur la couverture de son régime. On ne peut s'attendre à ce que cette dernière englobe la totalité des services requis; le patient devrait avoir à assumer une partie des coûts. Les dentistes doivent aussi prendre des mesures pour s'assurer que le public demeure conscient du rôle prépondérant qu'ils jouent dans la planification et la prestation des soins dentaires. Les plans de traitement sont élaborés après l'établissement du diagnostic de la santé bucco-dentaire du patient et en consultation avec ce dernier, non avec l'administrateur du régime. Seul le dentiste possède la formation, les connaissances et les compétences nécessaires pour poser un diagnostic complet et conseiller le patient sur les traitements et les soins indiqués.

D'après les principes directeurs de l'ADC, la gestion des soins consiste en un système de régimes d'assurance souscrits auprès d'une tierce partie, dans lesquels on retrouve au moins une des deux conditions inacceptables suivantes : le régime enlève au patient le droit de choisir son dentiste — les régimes par capitation, des réseaux de dentistes accrédités (RDA) et des organismes de maintien des soins intégrés de la santé entrent dans cette catégorie; et le contrôle s'effectue non plus au niveau des coûts mais au niveau du traitement, empiétant sur la relation entre le dentiste et le patient. En effet, contrôler les coûts

revient à contrôler les traitements lorsque, par exemple, un dentiste est encouragé à administrer des antibiotiques topiques à tous ses patients ou à installer une prothèse amovible alors qu'une prothèse fixe est clairement indiquée.

La bonne nouvelle est que, pour être efficaces, les régimes de gestion des soins doivent être signés par les dentistes; or, jusqu'à maintenant, les dentistes canadiens se sont montrés peu intéressés à y participer. Avant de signer tout régime à tiers payant, lisez toute l'information disponible sur le régime proposé et consultez les Services de soutien - Gestion du cabinet de l'ADC, votre avocat et votre comptable. Chaque fois qu'un dentiste accepte de participer à un régime d'assurance dentaire qui supprime le droit du patient de choisir son dentiste, ou encore le droit du dentiste de poser un diagnostic et de recommander un plan de traitement, c'est l'avenir de la profession qui est menacé. C'est également votre avenir professionnel qui est en jeu si vous souscrivez à des régimes qui vous obligent à traiter les patients d'une manière contraire à l'éthique, que ce soit en les obligeant à n'obtenir des soins qu'à votre cabinet, en leur recommandant des soins incomplets ou en leur accordant un rabais discriminatoire. Sachez que tout programme de rabais menace votre sécurité financière. À titre d'exemple, si les frais généraux de votre cabinet sont de 60 p. 100 et que vous réduisez vos honoraires de 15 p. 100, votre revenu net sera alors amputé d'environ 37 p. 100! Les régimes par capitation sont aussi insatisfaisants, puisqu'il est impossible d'estimer ce qu'il en coûte d'offrir des soins de qualité, d'assurer une marge bénéficiaire à l'administrateur du régime et de consentir des rabais, sans que cela se fasse au détriment du patient ou du dentiste.

Bien que les honoraires pour les soins dentaires préventifs ont augmenté à un rythme inférieur à l'inflation au cours des dix dernières années, les coûts des régimes d'assurance dentaire se sont accrus plus rapidement, car davantage de personnes ont maintenant plus fréquemment accès à des soins dentaires préventifs réguliers. La mise en place de mesures acceptables de contrôle des coûts est la solution que doit privilégier la profession pour résoudre le problème de hausse des coûts pour

l'employeur; ces mesures peuvent inclure la promotion de la prévention, le paiement d'une quote-part par le patient, l'établissement de maximums annuels et de clauses d'incessibilité des prestations, ainsi que la vérification des réclamations et le suivi des pratiques dentaires douteuses. Encourager les patients à obtenir des soins préventifs et à prendre part activement à leur plan de traitement, et limiter le coût global plutôt que la fréquence des services individuels, voilà la solution. Enfin, pour être efficaces, ces mesures doivent se fonder sur un partenariat entre les administrateurs du régime et les organismes de réglementation dentaires, lesquels doivent être consultés et saisis des preuves lorsqu'un traitement ou un plan de traitement semble douteux.

Exploitation d'un régime d'assurance dentaire

Vous devriez fixer vos honoraires en vous basant sur les barèmes provinciaux ou sur les enquêtes menées dans votre province sur les honoraires en cours; vous pouvez ensuite les rajuster en fonction des frais généraux propres à votre cabinet et de vos attentes salariales. Les administrateurs des régimes proposent des barèmes de prestations qui indiquent les sommes qui seront versées pour différents soins dentaires; ils ne déterminent pas les honoraires du dentiste, ni ne proposent de guides à cet effet. La plupart des régimes utilisent un barème de prestations basé sur les guides provinciaux. Les dentistes doivent exiger les mêmes honoraires de tous leurs patients, pour un même service dispensé dans les mêmes conditions, que le patient souscrive ou non à une assurance. Si vous offrez des rabais aux souscripteurs d'un régime particulier, vous devriez consentir le même rabais aux autres patients.

Le paiement d'une quote-part vise à amener le patient à assumer la responsabilité de sa santé bucco-dentaire et à freiner la hausse des coûts, en faisant en sorte que le régime ne couvre qu'un pourcentage des honoraires du dentiste. Il est contraire à l'éthique de ne pas exiger le paiement de la quote-part. Le formulaire de demande d'indemnisation de soins dentaires que vous signez indique le montant total offert pour le service dispensé. Le régime exige que le patient acquitte une partie de ces frais, même si vous

offrez un rabais. À titre d'exemple, si vos honoraires habituels pour une intervention sont de 100 \$ et qu'une quote-part de 20 p. 100 est exigée, le patient vous paie 100 \$ et reçoit 80 \$ en guise de remboursement. Si vous offrez un rabais de 20 p. 100 sur vos honoraires, le montant de 80 \$ devrait alors être indiqué sur la demande d'indemnité et le patient recevra un remboursement équivalant à 80 p. 100 de 80 \$, soit 64 \$.

Le fait d'autoriser la cession des prestations dentaires peut sembler une solution intéressante pour un dentiste débutant, mais une telle pratique peut nuire à la relation entre le dentiste et le patient et favoriser une mentalité de droit à des prestations dentaires. En effet, les patients :

1. ne sont pas informés du coût ou de la valeur des soins dentaires;
2. estiment que le dentiste est compréhensible envers l'assureur;
3. ne sont pas motivés à suivre les recommandations du dentiste à la maison, car les soins sont «gratuits»;
4. hésitent à accepter des traitements qui ne sont pas couverts.

La cession signifie également que les honoraires et la fréquence des traitements sont déterminés par un tiers, ce qui crée le problème de comptes débiteurs élevés et d'un

grand nombre de petits comptes à percevoir.

Un patient qui insiste pour que vous acceptiez la cession de prestations ne viendra à votre cabinet que si le traitement est entièrement gratuit et vous acceptez le risque financier de tout traitement non couvert. Les patients qui paient le dentiste directement sont mieux en mesure de comprendre leur plan de traitement et de prendre en main leur santé bucco-dentaire. Parmi les solutions de rechange aux cessions, mentionnons les paiements par chèque postdaté et carte de crédit. Les régimes remboursent les patients beaucoup plus rapidement que les dentistes. À titre d'exemple, si les demandes sont traitées par le biais du CDAnet, les patients reçoivent leur remboursement dans les trois à cinq jours. Le CDAnet est un moyen pratique de transmettre les demandes par voie électronique; il rationalise les pratiques administratives pour le dentiste, le patient et l'administrateur du régime et accélère le remboursement. Les nouveaux dentistes doivent savoir que c'est là un bon moyen de promouvoir la non-cession dans leur cabinet.

Pour que le patient accepte de suivre les recommandations du dentiste à la maison et d'obtenir régulièrement des soins préventifs, il doit

comprendre la nécessité de tout traitement qui lui est proposé. Or en veillant à ce que le patient soit informé de ses obligations financières, le dentiste s'assure que le patient posera les bonnes questions au sujet des traitements recommandés. Aider le patient à soumettre un formulaire de prédétermination favorise le dialogue. Ces formulaires ne se veulent pas un moyen de comparer les différents régimes pour savoir quels traitements sont couverts. Le formulaire du plan de traitement type de l'ADC est utilisé pour déterminer l'admissibilité du patient à l'assurance, et non pour laisser le tiers porter un jugement clinique.

Un grand nombre de régimes prévoit une clause de prestations de remplacement. Il s'agit d'une disposition qui permet à un tiers d'attacher la prestation aux honoraires exigés pour une autre intervention, moins coûteuse que celle recommandée par le dentiste. Supposons, par exemple, que les prothèses partielles fixes figurent dans la liste des traitements couverts par le régime, mais que ce dernier comporte une clause de prestations de remplacement. Le dentiste-conseil à l'emploi de l'administrateur du régime peut décider qu'une prothèse partielle amovible est acceptable au plan professionnel et donc que le remboursement sera

Tableau 1

Avantages et inconvénients des divers types de régimes d'assurance dentaire

Caractéristique du régime	Régime d'indemnisation	SAS/Régime à prix coûtant majoré	Régime de remboursement direct	Régime de gestion des soins
Laisse la liberté de choix	+	+	+	
Supprime la liberté de choix				-
Pourcentage des primes alloué aux soins dentaires	75-	95+	97+	65-
Employeur assume la totalité des risques		-		
Le souscripteur assume tous les risques	+			
Encourage la cession des prestations				-
Inaccessibilité des prestations	+	+		
Encourage la non-cession des prestations			+	
Réduction de la cotisation de l'employeur à court terme				+
Primes plus élevées que celles des autres régimes	-			
Mesures acceptables de limitation des coûts	+	+	+	
Aucun système permettant de suivre l'utilisation			-	
L'employeur doit former du personnel pour administrer le régime			-	
Limitations de la fréquence et du type de traitements	-			-
L'admissibilité peut dépendre d'une évaluation des risques				-

établi uniquement en fonction du coût de la prothèse amovible et non du coût total de la prothèse fixe. Il s'agit habituellement de questions très subjectives, qui peuvent amener le patient à croire que le dentiste lui a recommandé un traitement inutile. Il serait donc préférable que le régime couvre également les ponts fixes, moyennant une quote-part plus élevée de la part du patient, et que le choix du traitement soit laissé entièrement au patient et au dentiste.

Types de régimes d'assurance dentaire

Il existe quatre types fondamentaux de régimes d'assurance dentaire qui peuvent être offerts aux souscripteurs, sur une base volontaire ou obligatoire, ou comme régimes modulaires. Le **tableau I** présente certains des avantages et des inconvénients associés aux divers types de régimes. Les régimes d'assurance dentaire d'indemnisation sont des régimes assurés, en vertu desquels un tiers garantit les coûts des soins dentaires moyennant le versement d'une prime d'assurance. Très peu de ces « anciens » régimes sont encore en vigueur, du fait que l'assureur doit assumer la totalité des

risques. Les régimes de services administratifs seulement (SAS) ou les régimes à prix coûtant majoré sont financés directement par l'employeur, qui paie les traitements dentaires et confie habituellement l'administration des réclamations à un tiers. Certains de ces régimes fonctionnent comme un compte de dépenses dentaires; ils comportent très peu de restrictions en termes de traitements, et leurs frais d'administration sont faibles. Les régimes de remboursement direct sont eux aussi financés par l'employeur et conviennent tout particulièrement aux petites entreprises, leur administration pouvant facilement se faire à l'interne. En vertu de ces régimes, les patients acquittent eux-mêmes les coûts des soins dentaires, puis présentent un reçu à leur employeur pour fin de remboursement. Enfin, les régimes de gestion des soins peuvent couvrir moins de soins préventifs que d'autres régimes et exigent habituellement que le patient choisisse un dentiste « accrédité ». Un rabais est habituellement consenti sur les honoraires du dentiste, et la cession des prestations est encouragée, voire exigée. Les limites prescrites en matière de traitement peuvent

faire en sorte que seul le traitement le moins coûteux soit recommandé.

Les régimes modulaires permettent à l'employé de choisir différents avantages à partir d'un menu, selon un système de points. Chaque employé dispose d'un certain nombre de points qu'il peut allouer à l'assurance-vie, aux prestations d'assurance-maladie ou d'invalidité. Ces régimes permettent habituellement à l'employé de choisir son dentiste, interdisent la cession et prévoient des mesures de limitation des coûts acceptables. Le problème qui se pose avec ce type de régime est que l'employé doit décider s'il prend une assurance dentaire, en cherchant à prévoir ses besoins futurs. De plus, avec une telle formule, les personnes peu intéressées à préserver leur santé bucco-dentaire ne choisiront pas les régimes d'assurance dentaire. Par conséquent, chaque fois qu'un nouveau menu de prestations sera présenté, à quelques années d'intervalle, il y aura toujours un groupe d'employés qui, en adhérant, entraîneront une augmentation du coût du régime car, pendant plusieurs années, ces

Suite à la page 170

Ellman "Corporate" Ad
K
Common
New - film
Key-lines FPO - delete before printing