

## VERFASSUNGSGERICHTSHOF

[2015/200041]

**Bekanntmachung vorgeschrieben durch Artikel 74 des Sondergesetzes vom 6. Januar 1989**

Mit einer Klageschrift, die dem Gerichtshof mit am 3. Dezember 2014 bei der Post aufgegebenem Einschreibebrief zugesandt wurde und am 4. Dezember 2014 in der Kanzlei eingegangen ist, erhoben Klage auf teilweise Nichtigerklärung von Artikel 38 Nr. 1 (Aufhebung von Artikel 171 des Gesetzes vom 25. April 2007) des Gesetzes vom 10. April 2014 zur Abänderung gewisser Bestimmungen des Gerichtsgesetzbuches im Hinblick auf die Einführung einer neuen Besoldungslaufbahn für das Gerichtspersonal und eines auf Mandaten beruhenden Systems für die Chefgreffiers und Chefsekretäre (veröffentlicht im *Belgischen Staatsblatt* vom 10. Juni 2014): Valérie Bonaventure, Alain Brouillard, Marie Maillard, Stefan De Wilde, Dominiek Huys und Hans Giraldo.

Diese Rechtssache wurde unter der Nummer 6109 ins Geschäftsverzeichnis des Gerichtshofes eingetragen.

Der Kanzler,  
P.-Y. Dutilleux

## SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

[C – 2014/22593]

**Accord National Dento-Mutualiste**

En vertu des articles 26, 50 et 51 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, la Commission nationale dento-mutualiste (CNDM), réunie sous la présidence de M. H. DE RIDDER, a conclu le 23 décembre 2014 l'accord suivant valable pour les années 2015 et 2016.

**1. INTRODUCTION.**

a) La CNDM fait référence, en annexe, à la note d'orientation relative aux soins dentaires dans l'assurance maladie, qu'elle a élaborée, et qui sert de cadre à la politique future en matière de santé buccale et pour les accords qu'elle conclut.

b) Sur base de la littérature nationale et internationale, d'une analyse de performance de la santé buccale Belge, des résultats de l'enregistrement des données santé bucco-dentaire, des données de l'échantillon permanent et de la banque de données AIM, la CNDM définira, durant cet accord, des indicateurs mesurables, leur valeur la plus récente et des benchmarks, qui permettent de suivre l'évolution et de définir des objectifs d'amélioration pour lesquels la CNDM peut contribuer en ce qui concerne :

- Des affections ou problèmes buccaux évitables (p. ex. caries, trauma, troubles fonctionnels, douleur, pertes de dents, affections parodontales, érosion) ;
- Le comportement de santé (p. ex. fumer, alcool, nourriture cariogène ou potentiellement érosive, hygiène interdentaire, ...) ;
- L'accès effectif aux soins bucco dentaires ;
- Sécurité tarifaire ;
- La réduction de l'inégalité sociale ;
- L'offre de soins ;
- La qualité de soins.

c) La CNDM veut prendre plusieurs mesures spécifiques afin de supprimer le risque de fraude chez quelques praticiens de l'art dentaire. Ces initiatives ne perturberont pas l'accès actuel aux soins dentaires, elles éviteront des dépenses impropres, ce qui libèrera des moyens qui seront utilisés pour l'amélioration de la politique santé buccale.

**2. MARGE DISPONIBLE.**

2.1. La CNDM constate que l'objectif budgétaire partiel 2015 est identique à l'estimation technique pour l'année 2015 exprimée en prix 2014. L'objectif 2015 ne prévoit pas de marge pour des initiatives. Dans le cadre des mesures anti-fraude du point 8, un montant applicable pour 2015 et 2016 de 2,65 millions d'euro est prévu (sur base annuelle ; en 2015, 1.984 milliers d'euro).

2.2. Au plus tard, respectivement, les 15/7/2015 et 15/7/2016, la CNDM déterminera, sur la base des estimations techniques revues 2015 et 2016, si des moyens sont disponibles dans l'objectif budgétaire partiel.

**3. HONORAIRES.**

La nomenclature des prestations dentaires à laquelle se réfère le présent accord est celle qui est en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2015, à savoir l'article 4, 5 et 6 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Les honoraires 2015 sont maintenus au niveau du 31 décembre 2014. Le montant de l'honoraire forfaitaire d'accréditation pour l'année 2015 est de 2.759,66 euros.

Dans le cadre des limites légales, l'indexation des honoraires sera négociée avant le 1<sup>er</sup> décembre 2015 pour entrer en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016. Le montant de référence pour l'honoraire d'accréditation 2016 est de 2.834,75 euro.

**4. NOMENCLATURE 2015.**

Les propositions de nomenclature suivantes sont insérées en cours d'année 2015 selon le schéma suivant :

	Date d'entrée en vigueur	000 EUR (coût 2015)
Augmenter la limite d'âge de l'examen buccal annuel jusqu'au 66 <sup>e</sup> anniversaire (603.000 euro sur base annuelle)	1/10/2015	151
Thérapie d'urgence initiale pour le traitement du canal radiculaire (6,5 mio euro sur base annuelle)	1/10/2015	1.639
PBP supplément (2,3 mio euro sur base annuelle)	1/12/2015	194
	Total	1.984

## 5. TRAJET DE SOINS BUCCAUX.

La CNDM élaborera dans le courant de l'année 2015 les modalités pour instaurer en 2016 un trajet de soins buccaux, de manière progressive ou non, soutenu par un dossier dentaire, qui évoluera vers un dossier dentaire informatisé.

Dans le cadre de ce trajet de soins buccaux, il est prévu une différenciation du remboursement, d'une part via l'instauration d'un meilleur remboursement des prestations prioritaires chez les personnes qui suivent le trajet de soins buccaux et, d'autre part, via un remboursement diminué pour les prestations qui pourraient être évitées si le trajet était suivi.

En fonction des marges budgétaires disponibles, des moyens seront prévus pour l'instauration et le renforcement de l'utilisation du dossier dentaire, ainsi que pour le financement du coût de la télématique sur la base de l'utilisation effective des fonctionnalités du dossier informatisé considérées comme essentielles par la CNDM, comme le contrôle de l'assurabilité, l'utilisation du schéma de médication, de partage de données historiques et la e-healthbox.

La différenciation des tickets modérateurs ira de pair avec l'instauration de montants de tickets modérateurs fixes, où le niveau est fixé en fonction de la nature des soins dentaires et de leur caractère préventif. Ces montants fixes évolueront sur la base d'un mécanisme de « cliquet ». Cette opération doit être neutre sur le plan budgétaire.

Globalement, à partir du 1/1/2016, par la différenciation des tickets modérateurs chez les bénéficiaires sans régime préférentiel de plus de 18 ans, le remboursement est diminué de, en moyenne, 15% (sauf pour les consultations, prévention et orthodontie) en cas de non suivi du trajet de soins. De ce fait, un montant de maximum 20.247 milliers d'euro est libéré. Ce montant sera utilisé en 2016 pour les propositions de nomenclature reprises en point 6.

La CNDM décide ultérieurement avant le 30/6/2015 de l'extension de la différenciation aux bénéficiaires avec régime préférentiel de plus de 18 ans, par laquelle le remboursement en cas de non suivi du trajet de soins, sera réduit avec un maximum de 5 %, avec date d'entrée en vigueur le 1/12/2016.

## 6. NOMENCLATURE 2016.

Au moyen des montants libérés dans le cadre de la différenciation des tickets modérateurs et des mesures anti-fraude (au total 22.897 milliers d'euro), les propositions de nomenclature suivantes, seront exécutées ou continuées (si déjà démarrées en 2015, comme repris en point 4) à partir du 1/1/2016 :

	000 EUR (coût 2015)
<u>PBP supplément</u>	2.326
Augmenter la limite d'âge de l'examen buccal annuel jusqu'au 67 <sup>e</sup> anniversaire	1.182
Thérapie d'urgence initiale pour le traitement du canal radiculaire	6.557
Revalorisation du financement des prestations « traitements sur prothèses »	11.378
Total	21.443

Néanmoins, pour les traitements sur les prothèses amovibles, les tarifs indicatifs suivants peuvent déjà être appliqués après consentement éclairé du patient, repris dans le dossier dentaire, à partir du 1.1.2015 :

Type de prestation	Numéros de code		Honoraires (base de remboursement – euro)	Montant maximal imputable
Réparation de la prothèse	379013-379024, 309013-309024, 379035-379046, 309035-309046	L 61,5	58,73	117,46
Adjonction d'une dent sur une prothèse	379050-379061, 309050-309061, 379072-379083, 309072-309083	L 85	81,17	162,34
Adjonction d'une dent, par dent complémentaire	379094-379105, 309094-309105, 379116-379120, 309116-309120	L 24,5	23,40	46,80
Remplacement de la base	379131-379142, 309131-309142, 379153-379164, 309153-309164	L 376 – L 600 (30%)	107,72 – 171,90	171,90

A partir de l'entrée de vigueur de la revalorisation des prestations «traitements sur prothèses amovibles» cette mesure prendra fin.

La liste prioritaire des propositions de nomenclature, à réaliser en fonction de la marge disponible, est la suivante :

	000 EUR (sur base annuelle)
Sédation consciente par N2O (pro mémoire)	300 (sr)
Limite d'âge pour les extractions et la suture de plaie (+ 3 ans)	2.710
Détartrage sous-gingival + surfaçage radiculaire	3.877
Traitement orthodontique de première intention –supprimer la limite d'âge du 2 <sup>e</sup> forfait	497
Restauration de la dent lactéale, en cas d'agénésie de la dent définitive	22
Supprimer la limite d'âge supérieure de l'examen buccal annuel	4.955
Revaloriser les soins conservateurs chez les +18ans (avec 20%)	76.273
Prime télématique et dossier dentaire	5.000

## 7. FLEXIBILITE DANS L'ACCORD.

Conformément aux lignes de force 3 et 10 de la note d'orientation, un groupe de travail de la CNDM développera une réglementation avec des tarifs maximaux à respecter qui peuvent être appliqués, après consentement éclairé du patient, pour les prestations dans la rubrique « soins conservateurs », où par exemple des ancrages mécaniques spécifiques sont utilisés. Cette mesure entrera en vigueur à partir du 1/1/2016.

## 8. MESURES ANTI-FRAUDE.

Dans le cadre du présent Accord national, la CNDM fait de la prévention de la lutte contre la fraude au niveau des soins dentaires dans l'assurance maladie obligatoire une de ses priorités. Elle entend mettre un terme à plusieurs abus commis par certains praticiens de l'art dentaire, parfois avec le concours du patient, en prenant des mesures ciblées.

### 8.1. La CNDM veut mettre en exécution les mesures suivantes :

1. Réinstaurer un mécanisme de nomenclature avec des valeurs P visant à limiter les outliers dans l'art dentaire.
2. Supprimer la possibilité d'appliquer le régime du tiers payant pour les prestations dentaires réalisées chez les bénéficiaires se trouvant dans une situation financière individuelle occasionnelle de détresse (cf. article 6, alinéa 2, 5°, de l'AR du 10.10.1986). La CNDM estime que cette clause – qui sert parfois de tremplin vers la fraude – est devenue superflue étant entendu que d'autres dispositions offrent déjà une protection sociale suffisante (comme le régime tiers payant, l'intervention majorée, le maximum à facturer et statut de personne atteinte d'une affection chronique).
3. Contraindre sur le terrain l'application effective de la délivrance d'une quittance ou d'une note d'honoraires par le praticien de l'art dentaire au patient dans le cadre du régime du tiers payant (cf. article 4bis, § 2, de l'AR du 10.10.1986), et, en attendant la facturation électronique, en conservant dans le dossier du patient un double de cette note. Cette mesure doit permettre au patient d'être informé systématiquement des montants et des soins qui lui ont été facturés. Les organismes assureurs informeront leurs affiliés des soins portés en compte notamment via le tiers payant et assureront un suivi du profil de consommation de leurs affiliés.
4. Lecture obligatoire de l'eID dans le cadre de la facturation électronique via Mycarenet.

Ces mesures, desquelles les 3 premières entrèrent en vigueur le 1/7/2015 au plus tard (la mesure de délivrance de la quittance en cas de situations d'exception de l'article 6, 2<sup>e</sup> alinéa de l'AR 10.10.1986, entrera en vigueur à partir du 1/2/2015), permettront d'économiser un montant de 5,3 million EUR sur base annuelle.

8.2. La CNDM est d'avis que la non perception systématique du ticket modérateur en combinaison, ou pas, avec l'application du régime tiers payant, peut être une indication d'attestation impropre des prestations dentaires. La CNDM propose, comme norme, que chaque praticien de l'art dentaire doit au moins dans 70 % des prestations attestées par lui, porter en compte le ticket modérateur total au bénéficiaire. Les modalités pratiques pour l'application et la suivi de la norme, pour toutes les pratiques de l'art dentaire, seront développées par la CNDM au plus tard le 1 juillet 2015. Les modalités pratiques seront reprises dans un AR qui entrera en vigueur le 1 janvier 2016.

## 9. DIVERS

9.1. La CNDM prêtera sa collaboration pour concrétiser et exécuter la réglementation en matière de transparence des prestations de santé ainsi qu'au développement futur de la réglementation relative au tiers payant comme mesure permettant de parvenir à une meilleure portée des soins vis-à-vis des groupes cibles prioritaires. Dans ce cadre et sous les conditions connexes mentionnées à la ligne de force 8 de la note d'orientation, la facturation électronique via Mycarenet sera réalisée dans le courant de l'année 2016 pour les prestations dentaires. La CNDM n'appliquera pas la possibilité prévue à l'article 53, § 1/2, 5<sup>e</sup> alinéa de la loi SSI qui permet d'indiquer des prestations de santé ou des dispositifs pour lesquels le montant d'achat du dispositif doit, à la demande du bénéficiaire, figurer sur le document justificatif (réglementation transparence soins de santé)

9.2. La CNDM demande qu'une solution constructive soit trouvée, en collaboration avec le CIN, le SCA, le SECM et le SSS de l'INAMI, afin d'exonérer de la récupération de ces prestations indues, le praticien de l'art dentaire qui n'a commis aucune erreur, ni aucune faute.

Il convient que cette solution, y compris pour les litiges en cours, soit d'application le plus rapidement possible et au plus tard le 30.6.2015.

9.3. Selon l'accord du Gouvernement fédéral et la note de politique générale de la Ministre des Affaires sociales et de la santé publique, il est prévu qu'un cadastre des pratiques et des professions de santé sera élaboré entre autres en réunissant les données du SPF Santé publique et de l'INAMI et sera mis en ligne sous la forme de statistiques dynamiques.

La CNDM s'associe à ce projet et demande qu'en fonction des moyens ICT et RH, mis à disposition de ce projet, ce cadastre soit fonctionnel pour fin 2016.

9.4. La CNDM souhaite collaborer avec le SECM, en vue d'optimiser la réglementation axée sur l'application la plus adéquate de la nomenclature et de son maintien dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire ; les conclusions de ces travaux seront communiquées le 1<sup>er</sup> avril 2016 au plus tard.

9.5. La CNDM clarifiera au plus tard le 1/9/2015 le cadre réglementaire qui s'applique aux praticiens en formation, ceci en matière d'attestation et de respect des tarifs de l'Accord.

9.6. Dans le cadre du Livre blanc sur l'accès aux soins en Belgique, plus spécifiquement la ligne de force 4, la CNDM veut par l'intermédiaire d'un comité d'accompagnement faire un tour d'horizon de la problématique de l'accès aux soins dentaires pour certains groupes défavorisés en prenant connaissance des initiatives pour ces groupes et en élaborant une politique sur base de ceci.

### 9.7. Le Conseil technique dentaire est chargé d'examiner les projets suivants :

- Autoriser le détartrage à l'occasion d'une séance d'examen buccal annuel, en premier lieu à partir du 1<sup>er</sup> avril 2015 via une règle interprétative pour ensuite l'insérer sous forme de règle d'application dans la nomenclature ;
- Examiner le transfert du numéro de code 317052-317063 de l'article 14, l) à l'article 5 de la nomenclature et en déterminer l'impact budgétaire ;
- Faire un tour d'horizon des soins dentaires sous anesthésie générale, à partir d'un pseudocode.

9.8. Pour les années 2015 et 2016, les jours de pont suivants ont été fixés en exécution de l'article 6, 2<sup>ter</sup> de la nomenclature des prestations de santé : le 2 janvier 2015, le 15 mai 2015, le 20 juillet 2015, le 6 mai 2016, le 22 juillet 2016 et le 31 octobre 2016.

9.9. La CNDM insiste sur la publication rapide au *Moniteur belge* de la modification de l'article 122octiesbis, § 4, 1° de l'arrêté royal du 3/7/1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, afin d'introduire 2 conditions d'accréditation (participation au service de garde et la réglementation AFCN), et ceci, au plus tard le 1/5/2015.

## 10. RÉÉVALUATION DE LA NOMENCLATURE.

Un groupe de travail de la CNDM est chargé de réévaluer la nomenclature, mission dans le cadre de laquelle, conformément à la ligne de force 2 de la note d'orientation, il comparera l'ensemble actuel des prestations et des honoraires en fonction des nouvelles évolutions dans le mode de traitement et le matériel, et leur coût réel. Cette réévaluation doit entraîner une tarification équilibrée et correcte et peut aller de pair avec une adaptation des limites d'âge existantes ou des libellés de prestations.

Le groupe de travail fera rapport de ses travaux à la CNDM en septembre 2015.

## 11. MESURES DE CORRECTION.

L'objectif budgétaire pour les prestations de l'article 5 de la nomenclature des prestations de santé est fixé sur base des dispositions légales et réglementaires en vigueur en la matière. L'objectif budgétaire partiel pour 2015 s'élève à 875.434 milliers d'euros.

Dans le cadre de l'audit permanent relatif au secteur de l'art dentaire, sera exécutée une évaluation de l'évolution des dépenses par des « outliers » en regard de l'évolution des dépenses générées par tous les autres praticiens de l'art dentaire pour les prestations de l'article 5 de la nomenclature des prestations de santé.

Conformément à l'article 51, § 2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, aussitôt qu'il est constaté que l'objectif budgétaire annuel partiel est dépassé ou risque d'être dépassé, les parties appliquent des mécanismes de correction en fonction de la cause et comme il est constaté sur base de l'audit permanent en ce comprises les modalités prévues au deuxième alinéa. Des augmentations de dépenses suite aux élargissements du système du tiers-payant et du dépassement du contingent tel que prévu dans l'AR du 19/8/2011, ne pourront pas conduire à des mesures de correction et seront reprises dans les estimations techniques qui forment la base de l'objectif budgétaire partiel pour l'année suivante.

En cas d'insuffisance des mécanismes de correction susvisés ou en cas de non application de ces mécanismes ou si les mesures d'économie structurelles de la CNDM, mentionnées aux articles 40 ou 18 de la loi susvisée, ne sont pas prises en temps utile ou sont insuffisantes, il est appliqué le premier jour du deuxième mois qui suit la date de l'entrée en vigueur des mécanismes de correction visés ou des mesures d'économies, une réduction automatique et immédiatement applicable des honoraires ou autres montants ou des tarifs de remboursements, et ce, par lettre-circulaire aux dispensateurs de soins et aux organismes assureurs. L'application de la diminution ou de la réduction automatique prévue aux deuxième et troisième alinéas ne peut être invoquée ni par une des parties ayant conclu la convention, ni par le dispensateur individuel qui y adhère pour dénoncer cette convention ou cette adhésion.

Aucune modification de l'arrêté royal établissant la nomenclature des prestations de santé, en dehors de celles qui sont visées aux points 4 et 6 de cet Accord et des mesures de correction visées sous les alinéas 3 et 4, n'est opposable au praticien de l'art dentaire jusqu'à la fin de l'année au cours de laquelle il a accepté les termes de l'accord.

En l'absence de manifestation contraire de la volonté du praticien de l'art dentaire dans les trente jours qui suivent la publication d'une telle modification, celle-ci est toutefois considérée comme incluse dans les termes du présent accord.

## 12. AVANTAGES SOCIAUX.

La Commission formule l'avis que ces avantages devraient être indexés annuellement conformément à l'évolution de l'indice santé constatée le 30 juin de l'année précédente. La Commission recommande que les montants soient publiés au plus tard le 1<sup>er</sup> décembre de chaque année.

Afin d'augmenter l'attractivité de l'Accord national, la CNDM insiste sur l'évaluation de la réglementation des avantages sociaux pour les prestataires de soins par laquelle elle veut évoluer, pour les praticiens de l'art dentaire, vers des avantages sociaux qui sont en concordance avec la participation réelle à la convention du prestataire de soins.

## 13. DUREE DE L'ACCORD.

Cet accord est conclu pour une période de deux ans soit du 1<sup>er</sup> janvier 2015 au 31 décembre 2016.

Il peut cependant être dénoncé, par lettre motivée recommandée à la poste, adressée au Président de la Commission nationale dento-mutualiste :

1. par une des parties :

a) dans les trente jours suivant la publication au *Moniteur belge*, de mesures de correction ou de mesures d'économies structurelles qui ne résultent pas de l'application du point 11 et qui ne sont pas approuvées par les représentants des dentistes conformément aux règles qui sont fixées à l'article 50, § 8 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

b) dans les trente jours de la non-exécution d'un des points de l'accord, autres que ceux repris sous le point 13.1.a) où une date d'exécution est prévue.

c) si, la CNDM constate qu'un nombre plus élevé de numéros INAMI est attribué consécutivement à l'autorisation de stage que ce qui est prévu en application de l'AR du 19 août 2011 (planification).

d) Si, au cours de la durée de l'accord dento-mutualiste et sans accord préalable de la CNDM, une obligation d'appliquer le système du tiers payant est introduite dans le chef du praticien de l'art dentaire.

Cette dénonciation peut être générale ou limitée à certaines prestations ou groupes de prestations concernés par les mesures de correction. En cas de dénonciation partielle, la lettre recommandée contiendra aussi les références précises des prestations ou des groupes de prestations qui sont visés. Cette dénonciation sort ses effets à la date d'entrée en vigueur desdites mesures de correction.

Une partie est valablement représentée lorsqu'elle réunit au moins six des membres qui la représentent.

2. Par un praticien de l'art dentaire :

a) dans les trente jours suivant la publication au *Moniteur belge* de mesures de correction telles que visées au point 1. a) ci-dessus.

Cette dénonciation peut être générale ou être limitée à certaines prestations ou à certains groupes de prestations. En cas de dénonciation partielle, la lettre recommandée contiendra aussi les références précises des prestations ou des groupes de prestations qui sont visés.

Cette dénonciation porte ses effets à la date d'entrée en vigueur des mesures de correction en question.

b) avant le 15 décembre 2015 pour l'année suivante.

En cas de dénonciation limitée de l'accord dans le courant de l'année 2015, la dénonciation est considérée comme concernant l'ensemble de l'accord à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2016.



L'activité exercée en dehors des conditions de l'accord national dento-mutualiste est la suivante :

Lieu	Jours	Heures
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Date :

Signature :

15.3. Tous changements ultérieurs des conditions de temps et de lieu dans lesquelles, conformément aux clauses de l'accord, les praticiens de l'art dentaire visés sous 15.2 appliqueront les montants d'honoraires qui y sont fixés, peuvent être appliqués soit après un préavis de trente jours soit, sans préavis, après affichage de ces changements dans leur cabinet de consultation.

Ces changements doivent être communiqués par les praticiens intéressés au secrétariat de la Commission nationale dento-mutualiste, soit, sans délai, dès leur application lorsqu'ils sont appliqués après affichage et sans préavis, soit trente jours avant leur application, la date de leur communication constituant le début du délai de préavis visé au premier alinéa.

15.4. Les praticiens de l'art dentaire n'ayant pas notifié, dans les délais fixés par la loi, leur refus d'adhérer à l'accord afficheront dans leur salle d'attente et, en ce qui concerne les institutions, soit dans la salle d'attente, soit dans le local de réception, soit dans le local d'inscription, un document qui indique qu'ils ont adhéré à l'accord ainsi que les jours et heures de consultation auxquels ils appliquent les tarifs de cet accord et ceux auxquels ils ne les appliquent pas.

Conclu à Bruxelles, le 23 décembre 2014

Les représentants des organisations professionnelles des praticiens de l'art dentaire,  
Chambres syndicales dentaires,  
Société de médecine dentaire,  
Verbond der Vlaamse tandartsen,  
Vlaamse Beroepsvereniging Tandartsen,

Les représentants des organismes assureurs,

#### Annexe à l'accord national dento-mutualiste 2015-2016

##### Note d'orientation : les soins dentaires dans l'assurance maladie

Dans le document « 50 ans d'assurance soins de santé belge ; repères du passé, balises pour le futur », la première balise mentionnée est le passage d'une assurance frais médicaux à un levier pour une bonne santé. Un nombre de principes mis en avant sont tout à fait pertinents pour les soins dentaires : importance de la prévention ; universalité ; égalités sociales ; responsabilité ; transparence ; qualité ; large couverture. Un modèle de concertation qui dépasse de simples accords tarifaires est également évoqué, et qui doit s'inscrire dans des objectifs pour la santé et dans une efficience des coûts

Les partenaires de la Commission nationale soutiennent ces objectifs et remettent en mémoire que la Commission nationale a déjà travaillé dans cette optique sur un certain nombre de ces points. Grâce au dévouement des dentistes, cela a conduit à des résultats importants, par exemple dans l'utilisation croissante des soins préventifs.

##### A. Constatations et problèmes :

1. Selon les comptes de santé de 2011 (source : SPF Affaires sociales), 1 382 millions d'euros sont consacrés aux soins dentaires, 791 millions étant financés par les fonds publics et 120 millions par les tickets modérateurs. Ces chiffres sont plutôt une sous-évaluation. Ainsi p. ex. les soins dentaires dans les hôpitaux ne sont pas repris dans ces chiffres. Une part importante (43 %) des dépenses pour soins dentaires est financée par les patients eux-mêmes ou des dépenses couvertes (dans une moindre mesure) par une assurance complémentaire. Globalement 24,8 % des dépenses de santé en 2012 ont été financées privativement, contre 12,4 % pour les prestations ambulatoires. Les produits pharmaceutiques sont les seuls à bénéficier d'un financement privé comparable (43 %). La quote-part du budget dentaire dans le total du budget santé de l'INAMI est en Belgique beaucoup plus basse que dans des autres pays développés et, en plus, chute encore d'avantage.

2. Il existe des différences importantes en matière de santé buccale suivant les variables socio-économiques de la population. Par exemple 11,3 % de la population en 2008 était totalement édentée (aucune dent naturelle présente), dont 30,1 % chez les personnes faiblement qualifiées et non qualifiées contre 4,2 % chez les personnes hautement qualifiées (source : Enquête de santé, ISP). Ceci va de pair avec la grande différence entre les possibilités et l'attention à la santé buccale, et les comportements sains, ce qui souligne la nécessité de renforcer l'encadrement dans l'acquisition de la littératie en santé (health literacy).

3. Actuellement dans les faits, l'accessibilité aux soins dentaires n'est pas égale pour toutes les catégories socio-économiques, en général pour les soins remboursables et en particulier pour les soins dentaires non couverts par l'assurance. L'enquête « Vos soins de santé, Votre avis compte ! » menée à la demande de l'INAMI montre par exemple que 29 % des personnes ayant le plus de problèmes de santé déclarent ne pas avoir d'argent pour les soins dentaires. Les résultats de l'enquête confirment ceux de diverses autres recherches sur les inégalités sociales. Cette situation explique aussi pourquoi malgré le succès récolté ces dernières années en matière de soins dentaires préventifs, un fossé subsiste entre les catégories sociales. C'est ce qui ressort p. ex. de l'évolution du nombre de bénéficiaires qui a fait usage des soins dentaires préventifs par années selon qu'ils bénéficiaient ou non du régime préférentiel. Le coût d'un traitement dentaire est parfois imprévisible (par exemple un traitement endodontique complexe). Cet élément est cité dans des enquêtes comme un frein pour faire appel aux soins dentaires.

4. La société ne reconnaît pas encore suffisamment l'importance de soins bucco-dentaires de qualité. Certaines catégories de population, comme les personnes âgées ou celles atteintes d'un handicap, de diabète ou de troubles cardiovasculaires sont plus vulnérables et ne reçoivent pas les soins nécessaires car aucun modèle de soins adapté n'est encore appliqué bien que la profession ait mis au point des modèles à cet effet, avec le soutien de la Commission nationale.

5. Sur la seule base du profil démographique actuel dans les dix à quinze ans à venir en Flandre, la force de travail disponible pourrait être réduite de moitié environ. En outre, un afflux beaucoup plus important que planifié est constaté du côté francophone. Troisièmement, contrairement à d'autres pays, aucune possibilité n'est encore laissée de faire appel à des auxiliaires à qui certains types de soins et certaines tâches pourraient être confiés. Cette situation inclut le risque d'une surabondance avec surconsommation et perte de qualité. La surabondance peut éventuellement compliquer l'introduction des auxiliaires et mener à un coût plus élevé. Il manque clairement pour le moment une politique systématique sur le plan des qualifications nécessaires et la planification d'offre.

6. En 2012, 34,5 % des prestations remboursées (soit 37,6 % des dépenses) ont été effectuées par des praticiens entièrement conventionnés, 35 % par des praticiens non conventionnés et 30 % par des praticiens partiellement conventionnés. Non seulement le taux de conventionnement reste traditionnellement (très) bas chez les spécialistes en orthodontie et en parodontologie mais, dans certaines régions, le déconventionnement augmente aussi systématiquement chez les dentistes généralistes. Le taux de conventionnement général baisse également jusque 60 %. La question se présente d'ailleurs de l'importance actuelle du système d'adhésion et de son comptage, pour lesquels p. ex. il n'est pas tenu compte des catégories professionnelles réellement actives professionnellement. Ces règles ont été fixées il y a 50 ans. Notre pays comptait alors 1850 dentistes pour 9 millions de Belges ; aujourd'hui ils sont 9000 pour 11 millions d'habitants.

7. Ces dernières années, les organisations professionnelles de praticiens de l'art dentaire ont consenti beaucoup d'efforts pour développer les soins dentaires en vue de promouvoir la santé. Citons par exemple les actions de sensibilisation, l'enregistrement des données et l'attention aux besoins de patients spécifiques. En même temps, il est frappant de constater qu'à ce jour, aucun moyen financier n'a été dégagé pour certains outils tels le dossier électronique du patient ou le soutien à la pratique alors que d'autres disciplines disposent déjà de tels instruments. À cet égard, la sixième réforme de l'État a transféré certaines compétences aux Communautés et Régions.

8. Un groupe très limité de dentistes exploite l'assurance soins de santé pour s'enrichir. À côté des commissions médicales provinciales, il n'existe pas d'organe de contrôle déontologique spécifique en Art dentaire et actuellement, on réagit trop peu et trop lentement.

#### **B. Lignes de force :**

Tous les partenaires sont d'avis que le système d'accords est un outil précieux qui doit subsister pour atteindre l'objectif des soins dentaires accessibles à tous et de qualité contribuant à réaliser la promotion des soins dentaires. Dans ce système, ils souhaitent apporter des solutions aux points noirs mentionnés ci-avant en concrétisant par les lignes de force suivantes qu'ils souhaitent mettre en pratique via les négociations sur les accords à court terme (quand c'est possible) et moyen terme, moyennant le respect de certaines conditions d'encadrement.

1. La Commission nationale définit complètement la suggestion dans le document INAMI "50 ans d'assurance soins de santé belge; repères du passé, balises pour le futur", plus précisément afin de déterminer les objectifs dans un contexte d'accords et de cadre budgétaire pluriannuels, sur une période suffisamment longue. Les objectifs et les moyens pour la conduite de la politique des soins buccaux doivent y être fixés. Le début d'une législature de cinq ans est une occasion idéale pour mettre ceci en pratique. Promouvoir la prévention et réduire les différences sociales en termes d'utilisation des soins dentaires font partie des priorités majeures. Ce dernier élément doit se réaliser en travaillant sur les dimensions suivantes: payabilité, disponibilité, accessibilité, adéquation et acceptabilité.(1) Dans ce même sens, des éléments des modèles de soins étrangers qui tiennent compte des aspects sociologiques et psycho-sociologiques des comportements préventifs chez les patients, peuvent être repris.

Concrètement, la Commission fixera des objectifs quantifiables, comme :

- a. Nombre de bénéficiaires qui ont recours à des soins dentaires préventifs au cours d'une année:
  - i. globalement;
  - ii. différence relative RP/RnP selon le groupe d'âge;
- b. évolution de l'indice CAOD ;
- c. évolution du score DPSI;
- d. évolution du nombre de personnes édentées;
- e. nombre de patients soignés aux tarifs conventionnels ;
- f. augmentation du nombre des dentistes conventionnés ;
- g. facturation électronique via le tiers payant ;
- h. évolution de l'offre de soins locale (dentistes et présence de x% d'auxiliaires dans des cabinets des dentistes) ;
- i. des techniques prioritaires qui doivent être reprises dans le nomenclature au plus tard le 31.12.2018.

2. Il existe un consensus pour affirmer que dans le paquet actuellement assuré aucune prestation qui est remboursée n'est pas considérée comme un soin de base. Au contraire même, l'existence d'un nombre de limites d'âge - fixées la plupart pour des raisons de restrictions budgétaires - manque dans la plupart des situations une légitimation sociale ou médicale. Dans ce paquet, une actualisation s'avère également nécessaire en fonction des nouveaux développements et évolutions en matière de méthode de traitement et de matériel. Une évolution vers des libellés plus normalisés des prestations en termes de types de traitement en fonction de la situation pathologique doit être envisagée. Les honoraires doivent en tout cas mieux tenir compte des frais réels de la prestation. Le Conseil technique dentaire peut être chargé d'élaborer des propositions pour une rémunération plus équilibrée de ces soins sur la base de calculs de coûts ou de données objectivés.

3. Dans le secteur des prothèses, l'assurance maladie intervient de manière (très) restrictive pour les implants, pas du tout pour les couronnes et les bridges et partiellement pour les prothèses squelettiques. Or on peut encore difficilement qualifier ces prestations de « soins de confort », elles doivent donc être mise à la portée de l'assurance obligatoire. En même temps les partenaires reconnaissent qu'après un consentement éclairé du patient(2) , après information claire sur la facture finale et les solutions alternatives possibles, une certaine flexibilité doit être de mise pour le choix des matériaux, qui peuvent être utilisés (matériaux d'obturation spécifiques, tenons, ... ), impliquant éventuellement un effort financier personnel pouvant être demandé aux bénéficiaires. Une piste de réflexion pourrait être l'instauration de tarifs indicatifs minimum et maximum ou d'une marge de sécurité, à l'instar de ce qui existe dans le secteur des dispositifs médicaux, pour lesquels des honoraires facturés peuvent être plus élevés que l'indemnisation

de base, dans une marge définie, quand on choisit des techniques ou matériaux spéciaux. Moyennant une réglementation transparente (par exemple en ce qui concerne les prix auxquels il est référé et en ce qui concerne l'autorisation éclairée du patient), l'accord pourrait offrir un tel espace aux dentistes conventionnés. La Commission Nationale peut charger un groupe de travail de réaliser une analyse préparatoire.

4. Il y a consensus sur le fait que le besoin en soin de parodontologie doit être évité le plus possible via des soins préventifs adéquats chez le dentiste généraliste. Le positionnement de la parodontologie spécialisée au sein de l'assurance de maladie n'est pas encore clair et il manque actuellement un cadre assurant une sécurité tarifaire aux bénéficiaires. Une première étape pourrait consister à inclure des accords tarifaires dans les conventions. Ce ne sont pas nécessairement de « tarifs spécifiques des prestations » mais, par exemple, de principes que le praticien de l'art dentaire s'engage à offrir la sécurité tarifaire nécessaire au patient.

5. Une approche spécifique est nécessaire pour déterminer la place de l'orthodontie dans l'assurance maladie. Un problème pratique se pose pour établir la distinction entre les traitements prioritaires d'un point de vue médical et les autres. La tentative de le faire à l'aide d'un indicateur relatif à la nécessité du traitement n'a pas donné le résultat escompté. Par ailleurs, se mettre d'accord sur ce qu'un traitement orthodontique peut coûter à l'assurance et au bénéficiaire ensemble contribuerait à rendre possible un certain degré de protection complémentaire.

6. Comme voie d'entrée vers le remboursement notamment de nouvelles prestations, le maximum à facturer peut être envisagé comme un instrument important, le cas échéant une partie du ticket modérateur est prise en charge par le règlement maximum à facturer. En effet, cela permet d'instaurer un remboursement qui accorde la priorité aux familles dont les frais médicaux augmentent. L'incidence budgétaire est donc inférieure à celle du remboursement aux taux en vigueur parce qu'il y a uniquement remboursement quand le plafond du ticket modérateur lié au revenu est dépassé. L'expérience du remboursement du matériel d'endoscopie et de viscérosynthèse a montré qu'une telle approche (en commençant par un taux de remboursement de 10 %) n'a pas empêché une hausse progressive de l'intervention de l'assurance. Le remboursement minimal est en effet actuellement de 55 %.

7. Des adaptations sont possibles en matière d'interventions personnelles aussi. Elles doivent être concrétisées au niveau macro dans un cadre budgétaire neutre pour le patient. La préférence doit être accordée à l'instauration (moyennant l'application d'un mécanisme de « cliquet » pour l'indexation) de tickets modérateurs nominaux fixes (cf. l'étude du KCE n° 180), où les tickets modérateurs pour les soins préventifs doivent être bas ou nuls. Il est plaidé en faveur d'un lien clair entre le montant de l'intervention personnelle et le « suivi correct d'un trajet de soins dentaires », où un avantage est accordé au patient qui suit le trajet, par exemple au moyen d'un « passeport pour la santé buccale » ou d'un dossier dentaire global. Un tel instrument peut se voir accorder une place importante dans ce modèle, comme stimulateur et afin de renforcer le lien entre le dentiste et le patient. Les mesures de responsabilisation doivent être introduites progressivement et moyennant des informations et une sensibilisation préalables suffisantes à l'égard du dentiste et du patient. Lors de l'élaboration de ce modèle des accords seront pris sur la perception effective du ticket modérateur, permettant d'éviter des abus graves.

8. La Commission nationale prêtera son concours à la réalisation des initiatives légales au sujet du tiers payant social obligatoire et de la transparence moyennant le respect de certaines conditions annexes : dégager les moyens budgétaires nécessaires pour compenser la hausse de consommation visée ; donner à temps l'accès à MyCareNet pour les dentistes via les logiciels dentaires et des solutions Internet simples ; veiller à ce que les obligations administratives soient proportionnelles aux objectifs visés pour le bénéficiaire ; des garanties en matière de paiement (obligation de paiement) ; accès aux données historiques des prestations remboursées ; une évaluation et compensation du surcoût administratif. Uniquement si les garanties susmentionnées sont remplies de façon réalisable dans la pratique quotidienne, où il est tenu compte d'une période transitoire pendant laquelle aucune sanction n'est appliquée, on peut démarrer la concrétisation du régime tiers payant obligatoire et des mesures de transparence. En ce qui concerne ce dernier règlement, il n'existe pour les prestations dentaires pas de nécessité de donner exécution à l'article 53, § 1/2, 5e alinéa de la loi SSI, il s'agit de la mention de la composition du coût au patient.

9. Il est important que les praticiens de l'art dentaire restent motivés, sans risques de burnout, et qu'ils consacrent un maximum de temps à leurs patients dans le fauteuil dentaire. Cela correspond aux références répétées dans l'accord de gouvernement fédéral 2014 à un allègement des charges administratives pour les prestataires de soins. La Commission nationale dento-mutualiste estime dès lors important de prévoir des mesures de soutien de la pratique.

10. La Commission nationale est d'avis que le système d'accords actuel doit évoluer vers un nouveau modèle avec d'un côté des tarifs fixes pour les soins de base et d'un autre côté un « package » avec des tarifs indicatifs (ligne de force 3). Des mesures de soutien au profit du praticien qui a adhéré à l'accord (comme les avantages sociaux) doivent être mis en concordance avec la mesure dans laquelle la sécurité tarifaire visée est effectivement réalisée.

11. En exécution de l'article 51, § 2 de loi SSI, la Commission Nationale souhaite tenir compte des effets enregistrés suite à la non-application de l'AR 19/8/2011 relatif à la planification de l'offre de l'art dentaire. Un dépassement de l'objectif budgétaire partiel dû à une augmentation plus importante des dépenses, qui peut être liée à une augmentation plus importante du nombre de prestataires dans un des rôles linguistiques que celui prévu dans l'AR du 19/8/2011, ne peut pas occasionner des mécanismes de correction à charge des prestataires.

12. Enfin la Commission nationale rappelle sa demande explicite aux pouvoirs politiques de créer une réglementation déontologique pour les praticiens de l'art dentaire et instaurer une politique de contrôle raisonnable mais très efficace permettant de réagir dès que des dysfonctionnements sont constatés.

---

#### Notes

(1) Améliorer l'accès aux soins de santé bucco-dentaire pour les personnes vulnérables vivant au Canada, 2014 – un rapport de l'Académie canadienne des sciences de la santé.

Rapport final Etude de Faisabilité Soins bucco dentaires pour les personnes à Besoins particuliers (PBP), 2014.

(2) Article 8 de la loi relative aux droits du patient du 22 août 2002.



## FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2014/22593]

## Nationaal Akkoord Tandheelkundigen-Ziekenfondsen

In toepassing van de artikelen 26, 50 en 51 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, heeft de Nationale commissie tandheelkundigen-ziekenfondsen (hierna NCTZ), die heeft vergaderd onder het voorzitterschap van de h. H. DE RIDDER, op 23 december 2014 het volgende akkoord gesloten, dat geldt voor de jaren 2015 en 2016.

## 1. INLEIDING.

a) De NCTZ verwijst in bijlage naar de oriëntatienota tandheelkundige zorg in de ziekteverzekering, die ze heeft uitgewerkt en als kader dient voor het toekomstig beleid inzake mondgezondheid en voor de akkoorden die zij afsluit.

b) De NCTZ zal op basis van de nationale en internationale literatuur, een performantieanalyse van de Belgische mondzorg, de resultaten van de dataregistratie mondgezondheid en de gegevens van de permanente steekproef en van de IMA databank, tijdens de looptijd van dit akkoord meetbare indicatoren, hun meest recente waarde en benchmarks identificeren die toelaten de evolutie te volgen en eventuele verbeterdoelstellingen te definiëren waar de NCTZ een bijdrage toe kan leveren met betrekking tot:

- Vermijdbare mondaandoeningen of -problemen (bvb. cariës, trauma, functionele stoornissen, pijn, tandenloosheid, parodontale aandoeningen, erosie,...)
- Gezondheidsgedrag (bvb. roken, alcohol, cariogene of potentieel erosieve voeding, interdentale hygiëne,...)
- Effectieve toegang tot mondzorg
- Tariefzekerheid
- Het verminderen van sociale ongelijkheid
- Het zorgaanbod
- De kwaliteit van de zorg

c) De NCTZ wil specifieke maatregelen nemen om het risico op fraude door sommige tandheelkundigen weg te nemen. Deze initiatieven zullen de huidige toegang tot de tandheelkundige zorg niet verstoren, wel zullen ze oneigenlijke uitgaven vermijden, waardoor middelen worden vrijgemaakt die zullen worden aangewend voor de verbetering van het mondzorgbeleid.

## 2. BESCHIKBARE MARGE.

2.1. De NCTZ stelt vast dat de partiële begrotingsdoelstelling 2015 dezelfde is als de technische raming voor het jaar 2015 uitgedrukt in prijzen 2014. De doelstelling 2015 voorziet in geen marge voor initiatieven. In het kader van de anti-fraude maatregelen van het punt 8 is een aanwendbaar bedrag voor 2015 en 2016 voorzien van 2,65 miljoen euro (op jaarbasis; in 2015, 1.984 dz. Euro).

2.2. De NCTZ zal ten laatste op 15/07/2015, respectievelijk 15/07/2016, vaststellen of er rekening houdend met de op basis van de herziene technische ramingen 2015, respectievelijk 2016, middelen beschikbaar zijn in de partiële begrotingsdoelstelling.

## 3. HONORARIA

De nomenclatuur van de tandheelkundige verstrekkingen waarop dit akkoord van toepassing is, is die van toepassing op 1 januari 2015 in artikel 4, 5 en 6 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De honoraria 2015 worden gehandhaafd op het niveau van 31 december 2014, het bedrag van het forfaitair accrediteringshonorarium voor het jaar 2015 is 2.759,66 euros.

In het raam van de wettelijke beperkingen zal vóór 1 december 2015 over de indexering van de honoraria worden onderhandeld opdat ze op 1 januari 2016 in werking treedt. De berekeningsbasis voor het accrediteringshonorarium 2016 is 2.834,75 euro.

## 4. NOMENCLATUUR 2015.

Volgende nomenclatuurvoorstellen worden in de loop van 2015 ingevoerd volgens bijgaand schema:

	Invoegetreiding	000 EUR (kostprijs 2015)
Optrekken bovenste leeftijdsgrens jaarlijks mondonderzoek tot 66e verjaardag (603.000 euro op jaarbasis)	1/10/2015	151
Initiële urgentietherapie voor wortelkanaalbehandeling (6,5 miljoen euro op jaarbasis)	1/10/2015	1.639
PBN Incentive (2,3 miljoen euro op jaarbasis)	1/12/2015	194
	Totaal	1.984

## 5. MONDZORGTRAJECT.

De NCTZ zal in 2015 de modaliteiten uitwerken om, al dan niet gefaseerd, in 2016 een mondzorgtraject in te voeren, ondersteund door een tandheelkundig dossier, dat evolueert naar een elektronisch tandheelkundig dossier.

Binnen dit mondzorgtraject wordt voorzien in gedifferentieerde terugbetaling, enerzijds door het invoeren van een verbeterde terugbetaling voor prioritaire verstrekkingen bij personen die het mondzorgtraject volgen en anderzijds door verminderde terugbetaling voor verstrekkingen die voorkomen konden worden indien het traject werd gevolgd.

Voor het invoeren en versterken van het gebruik van het tandheelkundig dossier worden in functie van de beschikbare budgettaire marges, middelen voorzien, evenals voor de financiering van de kosten van telematica op basis van het effectief gebruik van de functionaliteiten van het elektronisch dossier die door de NCTZ als essentieel worden vooropgesteld, zoals controle verzekerbaarheid, gebruik medicatieschema, delen van historiekgegevens en e-healthbox.

De differentiering van remgelden zal samengaan met het invoeren van vaste remgeldbedragen, waarbij de hoogte ervan wordt vastgelegd in functie van de aard van tandheelkundige zorg en het preventief karakter ervan. Die vaste bedragen evolueren volgens een cliquet mechanisme. Deze omzetting moet budgetneutraal gebeuren.

Globaal wordt vanaf 1/1/2016 bij de differentiering van de remgelden bij de niet voorkeuregerechtigden ouder dan 18 jaar, de terugbetaling met gemiddeld 15% verminderd (uitgezonderd raadplegingen, preventie en orthodontie) indien het zorgtraject niet werd gevolgd, waardoor een bedrag van maximaal 20.247 dz. euro vrijgemaakt wordt. Dit bedrag wordt in 2016 aangewend voor de nomenclatuurvoorstellen vermeld in punt 6.

De NCTZ beslist uiterlijk voor 30/6/2015 over de uitbreiding van de differentiering naar de voorkeurgerechtigden ouder dan 18 jaar, waarbij de terugbetaling maximum met 5 % wordt verminderd indien het zorgtraject niet werd gevolgd, met inwerkingtreding op 1/12/2016.

#### 6. NOMENCLATUUR 2016.

Door middel van de bedragen vrijgemaakt in het kader van de differentiering remgelden en de anti-fraude maatregelen (samen goed voor 22.897 dz. euro) worden volgende nomenclatuurvoorstellen, uitgevoerd of voortgezet (reeds gestart in 2015, zoals vermeld in punt 4) vanaf 1/1/2016:

	000 EUR (op jaarbasis)
PBN incentive	2.326
Optrekken bovenste leeftijdsgrens jaarlijks mondonderzoek tot 67e verjaardag	1.182
Initiële urgentietherapie voor de wortelkanaalbehandeling	6.557
Herwaardenen financiering prestaties «bewerkingen op uitneembare prothesen »	11.378
Totaal:	21.443

Voor de bewerkingen op uitneembare prothesen kunnen evenwel reeds vanaf 1/1/2015, mits geïnformeerde toestemming van de patiënt, opgenomen in het tandheelkundig dossier, volgende maximum bedragen worden aangerekend:

Type verstrekking	Codenummers		Honoraria (vergoedings- basis – euro)	Maximum aanrekenbaar bedrag (euro)
Herstellen prothese	379013-379024, 309013-309024, 379035-379046, 309035-309046	L 61,5	58,73	117,46
Bijplaatsen van een tand op een prothese	379050-379061, 309050-309061, 379072-379083, 309072-309083	L 85	81,17	162,34
Bijplaatsen van een tand, per bijkomende tand	379094-379105, 309094-309105, 379116-379120, 309116-309120	L 24,5	23,40	46,8
Vervangen van de basis	379131-379142, 309131-309142, 379153-379164, 309153-309164	L 376 – L 600 (30 %)	107,72 – 171,90	171,90

Vanaf de inwerkingtreding van de herwaardering van de prestaties «bewerkingen op uitneembare prothesen» neemt deze regeling een einde.

De prioritaire lijst van nomenclatuurvoorstellen, uit te voeren in functie van beschikbare marge, is de volgende:

	000 EUR (op jaarbasis)
Bewuste sedatie N2O (pro memorie)	300 (ov)
Voortzetting uitbreiding leeftijdsgrens extracties en wondhechting + 3 jaar	2.710
Aanpassing nomenclatuur subgingivale reiniging en invoeren rootplaning	3.877
Vroegtijdige orthodontische behandeling – schrappen leeftijdsgrens 2 <sup>e</sup> forfait	497
Opbouw melktand, in geval van agenesie van de definitieve tand	22
Afschaffen bovenste leeftijdsgrens van het jaarlijks mondonderzoek	4.955
Herwaardenen conserverende zorg bij +18 jarigen (met 20 %)	76.273
Tandheelkundig dossier en telematicapremie	5.000

#### 7. FLEXIBILITEIT BINNEN HET AKKOORD.

Conform de krachtlijnen 3 en 10 van de oriëntatienota, ontwikkelt een werkgroep van de NCTZ een regeling uit met te respecteren maximumtarieven die kunnen worden toegepast mits geïnformeerde toestemming van de patiënt, voor de prestaties uit de rubriek « conserverende verzorging », waar bijkomende mechanische verankeringen worden gebruikt. Deze regeling gaat in vanaf 1/1/2016.

#### 8. ANTI-FRAUDE MAATREGELEN.

De NCTZ maakt in het kader van dit Nationaal akkoord een hoofdpunt van het voorkomen en bestrijden van fraude rondom tandzorg in de verplichte ziekteverzekering. De bedoeling is om bepaalde misbruiken door sommige tandheelkundigen, soms in samenspraak met de patiënt, een halt toe te roepen, door welgerichte maatregelen te nemen.

##### 8.1. De NCTZ wil uitvoering geven aan:

1. het herinvoeren van een nomenclatuurmechanisme met P waarden ter beperking van de outliers in de tandheelkunde.

2. Het afschaffen van de mogelijkheid tot het toepassen van de derdebetalersregeling voor tandheelkundige verstrekkingen aan de rechthebbenden die zich in een occasionele individuele financiële noodsituatie bevinden (cfr. artikel 6, 2e lid 5<sup>o</sup> van het KB van 10.10.1986). De NCTZ meent dat deze clause, die soms als opstap wordt gebruikt voor fraude, overbodig is geworden vermits andere voorzieningen reeds voldoende sociale bescherming bieden (zoals de derdebetalersregeling, verhoogde tegemoetkoming, maximumfactuur en het statuut van chronische aandoening).

3. de effectieve toepassing van het afleveren van een kwijting of ereloonnota aan de patiënt door de tandheelkundige in het kader van de derdebetalersregeling (cfr. artikel 4bis, §2 van het KB van 10.10.1986) afdwingen op het terrein, en in afwachting van de elektronische facturatie, het bewaren van een dubbel van deze nota in het dossier van de patiënt. Deze maatregel moet toelaten dat de patiënt steeds in kennis wordt gesteld van de gefactureerde bedragen en zorg. De verzekeringsinstellingen zullen hun leden informeren van de via derdebetaler aangerekende zorg, en de consumptieprofielen van hun leden opvolgen.

#### 4. de verplichte lezing van de eID in het kader van de elektronische facturatie via Mycarenet.

Door deze maatregelen, waarvan de eerste 3 uiterlijk op 1/7/2015 in voege zullen treden (voor het afleveren van de kwijting in geval van de uitzonderingssituaties van artikel 6, 2e lid, van het KB 10.10.1986, zal de maatregel invoege treden vanaf 1/2/2015) kan een bedrag worden bespaard van 5,3 miljoen euro op jaarbasis.

8.2. De NCTZ meent dat het systematisch niet-innen van het persoonlijk aandeel al dan niet in combinatie met de toepassing van de derdebetalersregeling een indicatie kan zijn van oneigenlijk attesteren van tandheelkundige verstrekkingen. De NCTZ stelt als norm voor dat elke tandheelkundige in ten minste 70 % van de verstrekkingen door hem geattesteerd het volledige persoonlijk aandeel aan de rechthebbende aanrekent. De praktische modaliteiten voor de toepassing en opvolging van deze norm, voor alle tandheelkundigen, worden uitgewerkt door de NCTZ uiterlijk op 1 juli 2015. Deze praktische modaliteiten worden vastgelegd in een KB dat in werking treedt op 1 januari 2016.

#### 9. DIVERSEN.

9.1. De NCTZ zal zijn medewerking verlenen aan de concretisering en uitvoering van de transparantie-regelgeving van geneeskundige verstrekkingen en aan de verdere ontwikkeling van de regelgeving derdebetalers als een maatregel om een beter bereik inzake zorg te realiseren naar de prioritaire doelgroepen toe. In dit kader en onder de randvoorwaarden vermeld in krachtlijn 8 van de oriëntatienota, zal de elektronische facturatie via Mycarenet in de loop van 2016 worden doorgevoerd voor de tandheelkundige verstrekkingen. De NCTZ zal geen gebruik maken van de mogelijkheid voorzien in het artikel 53, §1/2, 5e lid van de GVV wet dat toelaat geneeskundige verstrekkingen of medische hulpmiddelen aan te duiden waarvoor het aankoopbedrag van het hulpmiddel op vraag van de rechthebbende op het bewijsstuk moet worden vermeld (regelgeving transparantie geneeskundige verzorging).

9.2. De NCTZ vraagt om in samenwerking met het NIC, en de DAC, DGEC en DGV van het RIZIV, een constructieve oplossing te vinden, teneinde de tandheelkundige, die geen vergissing noch een fout heeft begaan, te ontheffen van de terugbetaling van de niet verschuldigde verstrekking.

Een oplossing hiervoor, met inbegrip van de hangende betwistingen, dient zo snel mogelijk te worden gezocht en ten laatste voor 30.6.2015.

9.3. In het Federaal Regeerakkoord en de beleidsnota van de Minister van Sociale zaken en volksgezondheid, wordt voorzien in het uitwerken van een kadaster van de praktijken en de gezondheidsberoepen, dit o.a. door de gegevens van de FOD Volksgezondheid en het RIZIV samen te nemen onder de vorm van dynamische statistieken.

De NCTZ sluit zich aan bij dit project en vraagt om het kadaster operationeel te maken tegen eind 2016, dit in functie van de inzetbare middelen IT en HR.

9.4. De NCTZ wenst samen te werken met de DGEC, met het oog op het optimaliseren van de reglementering gericht op de meeste adequate toepassing van de nomenclatuur en handhaving ervan in het kader van de verplichte ziekteverzekering; de conclusies van deze werkzaamheden zullen ten laatste op 1/4/2016 worden meegedeeld.

9.5. De NCTZ zal tegen 1/9/2015, het reglementair kader uitklaren dat van toepassing is op de tandartsen in opleiding, dit inzake het attesteren en het respecteren van de tarieven in het Akkoord.

9.6. In het kader van het Witboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België, meer specifiek krachtlijn 4, wil de NCTZ in een begeleidingscomité de problematiek van toegankelijkheid tot tandheelkundige zorg voor sommige kansengroepen in kaart brengen door kennis te nemen van initiatieven voor die groepen en op basis hiervan een beleid uitwerken.

9.7. De Technisch tandheelkundige raad wordt gelast met het onderzoeken van volgende projecten:

- het toelaten van tandsteenverwijdering tijdens een zitting jaarlijks mondonderzoek, in eerste instantie vanaf 1/4/2015 via een interpretatieregule om ze vervolgens onder de vorm van een toepassingsregel op te nemen in de nomenclatuur;

- het overhevelen van het codenummer 317052-317063 van artikel 14) naar artikel 5 van de nomenclatuur te onderzoeken en de budgettaire gevolgen ervan vast te stellen;

- het in kaart brengen van tandverzorging onder algemene anesthesie, aan de hand van een pseudo code.

9.8. Voor de jaren 2015 en 2016 worden in uitvoering van artikel 6, § 2ter van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, de volgende dagen vastgelegd als brugdag: 2 januari 2015, 15 mei 2015, 20 juli 2015, 6 mei 2016, 22 juli 2016 en 31 oktober 2016.

9.9. De NCTZ dringt aan op de spoedige bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* van de wijziging van artikel 122octiesbis, § 4, 1<sup>o</sup> van het koninklijk besluit van 3/7/1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14/7/1994, tot invoering van 2 accrediteringsvoorwaarden (deelname wachtdienst en Fanc-regelgeving), en dit uiterlijk op 1/5/2015.

#### 10. HERIJKING NOMENCLATUUR.

Een werkgroep van de NCTZ wordt gelast met het herijken van de nomenclatuur, waarbij ze conform krachtlijn 2 van de oriëntatienota het huidige pakket van verstrekkingen en honoraria afweegt in functie van nieuwe evoluties in behandelwijze en materiaal, en hun werkelijke kostprijs. Deze herijking moet leiden tot een evenwichtige en correcte honorering en kan samengaan met het aanpassen van bestaande leeftijdsgrenzen of omschrijvingen van verstrekkingen.

In september 2015 rapporteert de werkgroep over haar werkzaamheden aan de NCTZ.

#### 11. CORRECTIEMAATREGELEN.

De begrotingsdoelstelling voor de verstrekkingen van artikel 5 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen wordt vastgesteld op grond van de wettelijke en verordening bepalingen die ter zaken gelden. De partiële begrotingsdoelstelling voor 2015 bedraagt 875.434 duizend euro.

In het kader van de permanente audit met betrekking tot de tandheelkundige sector zal een evaluatie worden uitgevoerd van de evolutie van de uitgaven door "outliers" ten opzichte van de evolutie van de uitgaven door alle andere tandheelkundigen voor de verstrekkingen van artikel 5 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

Overeenkomstig artikel 51, § 2 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, passen de partijen correctiemechanismen toe, zodra wordt vastgesteld dat de jaarlijkse partiële begrotingsdoelstelling overschreden wordt of dreigt overschreden te worden, naargelang de oorzaak en zoals vastgesteld op basis van de permanente audit met inbegrip van de modaliteiten die in het tweede lid zijn voorzien. Uitgavenverhogingen ten gevolge van uitbreidingen van de derdebetalersregeling en overschrijdingen van de quota zoals vastgesteld in het KB van 19/8/2011 zullen geen aanleiding geven tot correctiemaatregelen en zullen worden opgenomen in de technische ramingen die de basis vormen voor de partiële begrotingsdoelstelling voor het volgend jaar.

Ingeval de voormelde correctiemechanismen ontoereikend zijn of niet in werking worden gesteld, of indien de structurele besparingsmaatregelen, zoals bedoeld in artikel 40 of artikel 18 van de wet, niet tijdig worden genomen of indien ze ontoereikend zijn, wordt voorzien in een automatische en onmiddellijk toepasselijke vermindering van de honoraria of andere bedragen of van de vergoedingstarieven via omzendbrief aan de zorgverleners en de verzekeringsinstellingen op de eerste dag van de tweede maand die volgt op de datum van inwerkingtreding van de bedoelde correctiemechanismen of besparingsmaatregelen. De toepassing van de vermindering of van de automatische vermindering waarin is voorzien in de tweede en derde leden, kan noch door één van de partijen die de overeenkomst hebben gesloten, noch door de individuele zorgverlener die daartoe is toetreden, worden aangevoerd om die overeenkomst of die toetreding op te zeggen.

Geen enkele wijziging van het koninklijk besluit tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, buiten de in de punten 4 en 6 van dit akkoord vermelde maatregelen en de onder lid 3 en 4 bedoelde maatregelen, kan tegen de tandheelkundige worden aangevoerd tot het einde van het jaar tijdens hetwelk hij de bedingen van het akkoord heeft aanvaard. Bij ontstentenis van een andersluidende wilsuiving van de tandheelkundige binnen dertig dagen na de bekendmaking van een dergelijke wijziging, wordt deze evenwel geacht begrepen te zijn in de bedingen van dit akkoord.

## 12. SOCIALE VOORDELEN.

De NCTZ brengt het advies uit dat die voordelen jaarlijks zouden moeten worden geïndexeerd overeenkomstig de evolutie van het gezondheidsindexcijfer die op 30 juni van het vorige jaar is vastgesteld. De Commissie beveelt aan dat de bedragen uiterlijk op 1 december van elk jaar zouden worden bekendgemaakt.

De NCTZ dringt aan op de evaluatie van de regeling van sociale voordelen voor zorgverleners, waarbij ze voor de tandheekunde wenst te evolueren naar sociale voordelen die beter afgestemd zijn op de reële conventieparticipatie van de zorgverlener, dit teneinde de attractiviteit van het Nationaal akkoord te verhogen.

## 13. DUUR VAN HET AKKOORD.

Dit akkoord wordt gesloten voor een periode van twee jaar d.w.z. vanaf 1 januari 2015 tot en met 31 december 2016. Het akkoord mag evenwel worden opgezegd met een ter post aangetekende gemotiveerde brief die gericht is aan de Voorzitter van de Nationale Commissie tandheelkundigen ziekenfondsen.

### 1. door één van de partijen :

a) binnen dertig dagen na de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad*, van correctie maatregelen of structurele besparingsmaatregelen die niet voortvloeien uit de toepassing van punt 11 en niet zijn goedgekeurd door de vertegenwoordigers van de tandheelkundigen overeenkomstig de regels die zijn vastgesteld in artikel 50, § 8, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

b) binnen dertig dagen na de niet uitvoering van één van de punten van het akkoord waarin een uitvoeringsdatum is vastgesteld, andere dan die vermeld onder punt 13.1.a).

c) wanneer de NCTZ vaststelt dat een hoger aantal RIZIV nummers wordt toegekend ingevolge het toelaten tot de stage dan hetgeen in toepassing van het KB van 19 augustus 2011 (planning) is voorzien.

d) indien tijdens de looptijd van het akkoord tandartsen-ziekenfondsen zonder voorafgaand akkoord van de NCTZ een verplichting wordt ingevoegd in hoofde van de tandheelkundige inzake de toepassing van de regeling derdebetalende.

Die opzegging kan algemeen zijn of beperkt zijn tot bepaalde verstrekkingen of groepen van verstrekkingen, waarop de correctie maatregelen betrekking hebben. In geval van gedeeltelijke opzegging moet in de aangetekende brief ook duidelijk worden verwezen naar de bedoelde verstrekkingen of groepen van verstrekkingen. Die opzegging heeft uitwerking met ingang van de datum waarop de bedoelde correctie maatregelen in werking treden.

Een partij is deugdelijk vertegenwoordigd als ze op zijn minst zes van de leden die haar vertegenwoordigen, verenigt.

### 2. door een tandheelkundige :

a) binnen dertig dagen na de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* van correctie maatregelen zoals bedoeld onder punt 1. a) hiervoren.

Die opzegging kan algemeen zijn of beperkt zijn tot bepaalde verstrekkingen of groepen van verstrekkingen. In geval van gedeeltelijke opzegging moet in de aangetekende brief ook duidelijk worden verwezen naar de bedoelde verstrekkingen of groepen van verstrekkingen. Die opzegging heeft uitwerking met ingang van de datum waarop de bedoelde correctie maatregelen in werking treden.

b) vóór 15 december 2015 voor het volgende jaar.

In geval van beperkte opzegging van het akkoord in de loop van 2015 wordt de opzegging geacht betrekking te hebben op het hele akkoord vanaf 1 januari 2016.

## 14. VOORWAARDEN WAARONDER HET AKKOORD WORDT TOEGEPAST

14.1. De honorariumbedragen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, worden toegepast op de raadplegingen en op de technische verstrekkingen die onder de volgende voorwaarden worden verricht :

a) Wanneer de tandheelkundige zijn hele activiteit volgens de voorwaarden van dit akkoord verricht

b) wanneer de tandheelkundige minstens 32 uur gespreid over minstens 4 dagen opgeeft als zijn activiteit volgens de voorwaarden van het akkoord, met vermelding van de plaats(en) van deze activiteit.

c) wanneer de tandheelkundige 3/4 van zijn totale activiteit opgeeft als de activiteit volgens de voorwaarden van het akkoord, met een minimum van 8 uren, met vermelding van de uren en plaats(en) van de totale activiteit.

14.2. De tandheelkundige kan tijdens zijn activiteit volgens de voorwaarden van dit akkoord enkel in volgende situaties de honorariumbedragen overschrijden:

- Ingeval de rechthebbende bijzondere eisen stelt zoals de plaats of het tijdstip van de behandeling, zonder dat hiervoor een absolute tandheelkundige of medische noodzaak bestaat

- ingeval de verstrekkingen bedoeld in punt 7 worden aangerekend, zonder hierbij de in datzelfde punt vermelde te respecteren maximumtarieven te overschrijden. Voor de conserverende verzorging zullen maximumtarieven worden bekend gemaakt op de website van het RIZIV, na goedkeuring door de Nationale commissie tandheelkundigen

14.3. De Nationale commissie tandheelkundigen-ziekenfondsen is bevoegd om de geschillen bij te leggen die kunnen rijzen inzake de interpretatie of de uitvoering van de akkoorden; zij kan het advies van de Technische tandheelkundige raad inwinnen wanneer het geschil betrekking heeft op de interpretatie van de nomenclatuur.

14.4. De Nationale commissie neemt akte van de beslissing van de representatieve organisaties van de tandheelkundigen om de betrokken tandheelkundigen aan te bevelen de in het akkoord bedongen honoraria vanaf de datum van goedkeuring van het akkoord door de Minister in acht te nemen, nog vóór het akkoord in werking is getreden.

15. FORMALITEITEN.

15.1. De tandheekkundigen die weigeren toe te treden tot de termen van dit akkoord, geven kennis van hun weigering binnen dertig dagen na de bekendmaking van dit akkoord in het Belgisch Staatsblad, met een ter post aangetekende brief, gericht aan de Nationale commissie tandheekkundigen-ziekenfondsen, waarvan de zetel is gevestigd in de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel.

In die brief moet het volgende staan :

Ik, ondergetekende,

Naam en voornamen : .....

Volledig adres : .....

.....

.....

R.I.Z.I.V.-identificatienummer : .....

verklaar dat ik weiger toe te treden tot termen van het op 23 december 2014 gesloten

Nationaal akkoord tandheekkundigen-ziekenfondsen.

Datum :

Handtekening :

15.2. De andere tandheekkundigen dan degene die, overeenkomstig de bepalingen welke zijn vermeld onder 15.1., kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding tot de termen van het akkoord dat op 23 december 2014 in de Nationale commissie tandheekkundigen-ziekenfondsen is gesloten, worden ambtshalve geacht tot dit akkoord te zijn toetreden voor hun volledige beroepsactiviteit, behalve als zij, binnen dertig dagen na de bekendmaking van dit akkoord in het Belgisch Staatsblad, de voorwaarden inzake tijd en plaats hebben meegegeed waaronder zij, overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, de honorariumbedragen zullen toepassen die daarin zijn vastgesteld.

Die mededeling moet worden gedaan met een ter post aangetekende brief, gericht aan de

Nationale commissie tandheekkundigen-ziekenfondsen op het onder 15.1 vermelde adres.

In de brief moet het volgende staan :

Ik, ondergetekende,

Naam en voornaam : . .....

Volledig adres : .....

.....

.....

R.I.Z.I.V.-identificatienummer : .....

verklaar mijn beroepsactiviteit, uitgeoefend overeenkomstig de bedingen van het op 23 december 2014 gesloten nationaal akkoord tandheekkundigen-ziekenfondsen, te beperken onder de volgende voorwaarden inzake tijd en plaats :

a) Beroepsactiviteit die ten minste 32 uren onder akkoord per week omvat :

Plaats	Dagen	Uren
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

b) Beroepsactiviteit van minder dan 32 uren onder akkoord die ten minste drie vierde van de totale beroepsactiviteit omvat met een minimum van 8 uren onder akkoord :

Plaats	Dagen	Uren
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

De activiteit, uitgeoefend buiten de voorwaarden van het Nationaal akkoord tandheekkundigen-ziekenfondsen, is de volgende :

Plaats	Dagen	Uren
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Datum:

Handtekening:

15.3. Alle latere wijzigingen van de voorwaarden inzake tijd en plaats waaronder de onder 15.2 bedoelde tandheekkundigen, overeenkomstig de bedingen van het akkoord, de daarin vastgestelde honorariumbedragen zullen toepassen, mogen worden toegepast, ofwel na een opzegging van dertig dagen, ofwel, zonder opzegging, na aanplakking van die wijzigingen in hun spreekkamer.

Die wijzigingen moeten door de betrokken praktici worden meegedeeld aan het secretariaat van de Nationale commissie tandheelkundigen-ziekenfondsen, ofwel onverwijld, van bij de toepassing ervan, als ze worden toegepast na aanplakking en zonder opzegging, ofwel dertig dagen vóór de toepassing ervan, waarbij de datum van de mededeling ervan de aanvang van de in het eerste lid bedoelde opzeggingstermijn is.

15.4. De tandheelkundigen die binnen de bij de wet vastgestelde termijn geen kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding tot het akkoord, moeten in hun wachtkamer en, waar het gaat om de inrichtingen, ofwel in de wachtkamers, ofwel in het ontvangstlokaal, ofwel in het inschrijvingslokaal, een document aanplakken waarin is vermeld dat zij tot het akkoord zijn toegetreden en waarin ook de raadplegingsdagen en -uren zijn opgegeven waarop ze de tarieven van dit akkoord toepassen alsmede de raadplegingsdagen en -uren waarop ze die tarieven niet toepassen.

Gesloten in Brussel, 23 december 2014

De vertegenwoordigers van de beroepsverenigingen van de tandheelkundigen,  
Chambres syndicales dentaires,  
Société de médecine dentaire,  
Verbond der Vlaamse tandartsen,  
Vlaamse Beroepsvereniging Tandartsen,

De vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen,

---

#### Bijlage bij het Nationaal akkoord tandheelkundigen-ziekenfondsen 2015-2016

##### Oriëntatienota tandheelkundige zorg in de ziekteverzekering

In het document “50 jaar Belgische ziekteverzekering; mijlpalen van het verleden; bakens voor de toekomst” wordt als eerste baken de evolutie aangegeven van een verzekering van gezondheidskosten naar een hefboom voor goede gezondheid. Een aantal principes worden vooropgesteld die in de tandzorg zeer relevant zijn: belang van preventie; universaliteit; sociale gelijkheid; verantwoordelijkheid; transparantie; kwaliteit; brede dekking. Tevens wordt verwezen naar het overlegmodel dat verder moet gaan dan louter tariefafspraken, en zich mee dient in te schrijven in gezondheidsobjectieven en kosten efficiëntie.

De partners van de nationale commissie onderschrijven deze doelstellingen en brengen in herinnering dat de nationale commissie op een aantal van die punten reeds vanuit die optiek heeft gewerkt. Dit heeft, met dank aan de inzet van de tandheelkundigen, geleid tot belangrijke resultaten bijvoorbeeld inzake het toenemend gebruik van preventieve zorgen.

##### A. Vaststellingen en knelpunten:

1. Volgens de gezondheidsrekeningen 2011 (bron FOD SZ) wordt 1.382 miljoen euro besteed aan tandheelkundige zorg, waarvan 791 miljoen publiek gefinancierd en 120 miljoen door remgelden. Deze cijfers zijn eerder een onderschatting. Zo is bvb. de tandheelkundige zorg in de ziekenhuizen niet opgenomen in deze cijfers. Een belangrijk deel (43 %) van de tandheelkundige uitgaven betreffen dus private out of pocket uitgaven of (in mindere mate) via aanvullende verzekering gedekte uitgaven. Globaal werd in 2012 24,8 % van de gezondheidsuitgaven privaat gefinancierd, voor de ambulante verstrekkingen was dat 12,4 %. Enkel voor farmaceutische producten is er een vergelijkbare privaatfinanciering (43 %). Het aandeel van het tandheelkundig budget in het totaal RIZIV verzorgingsbudget ligt in België lager dan in de meeste andere ontwikkelde landen en is daarenboven verder dalende.

2. Er zijn belangrijke verschillen inzake mondgezondheid naargelang de socio-economische kenmerken van de bevolking. Zo was in 2008 11,3 % van de bevolking volledig edentaat (geen enkele natuurlijke tand meer), maar was dit 30,1 % voor laag en ongeschoolde versus 4,2 % voor hooggeschoolden (bron Gezondheidsenquête, WIV). Dit hangt samen met een groot verschil in mogelijkheden tot en aandacht voor mondgezondheid en gezond gedrag, wat wijst op de nood aan veel meer ondersteuning van het verwerven van gezondheidsvaardigheden (health literacy).

3. De toegang tot de tandheelkundige zorg is momenteel in de feiten niet gelijk over de socio-economische groepen, dit zowel voor terugbetaalbare zorg en in het bijzonder voor tandzorg buiten het verzekeringspakket. De enquête “Uw gezondheidszorg; Uw mening telt” in opdracht van het RIZIV toont bvb. aan dat 29 % van de groep mensen met de meeste gezondheidsproblemen verklaart het geld niet te hebben om de tanden te laten verzorgen. De enquêteresultaten bevestigen de bevindingen van diverse andere onderzoeken omtrent sociale ongelijkheid. Deze situatie verklaart ook dat ondanks het succes dat de voorbije jaren werd geboekt op vlak van preventieve tandzorg een kloof blijft bestaan tussen sociale groepen. Dat blijkt bvb. uit de evolutie van het aantal rechthebbenden dat per jaar gebruik heeft gemaakt van preventieve tandheelkundige zorg naargelang wel of niet voorkeurregeling. De kostprijs van een tandheelkundige behandeling is soms onvoorspelbaar (bijvoorbeeld een complexe endodontische behandeling). Dit wordt in enquêtes aangehaald als een rem om beroep te doen op tandheelkundige zorg.

4. Het belang van goede mondzorg wordt maatschappelijk nog onvoldoende erkend. Bepaalde bevolkingsgroepen – zoals ouderen of personen met een handicap, diabetes of cardiovasculaire aandoening – zijn meer kwetsbaar en worden onvoldoende verzorgd omdat nog geen aangepaste zorgmodellen werden geïmplementeerd, niettegenstaande de modellen hiervoor vanuit het beroep en met de steun van de Nationale Commissie werden ontwikkeld.

5. Louter op basis van het huidig demografisch profiel zal over tien à vijftien jaar in Vlaanderen de beschikbare man/vrouw kracht op ongeveer de helft zijn teruggevallen. Anderzijds wordt langs Franstalige zijde een veel hogere instroom vastgesteld dan gepland. Ten derde is er – in tegenstelling tot een aantal landen – nog geen ruimte gecreëerd om hulpkrachten in te schakelen, aan wie bepaalde zorgen of taken kunnen worden toevertrouwd. Deze situatie houdt het risico in van een overaanbod met overconsumptie en kwaliteitsverlies. Het overaanbod kan eventueel het invoeren van hulpkrachten bemoeilijken en tot een hogere kost leiden. Het ontbreekt momenteel bijgevolg duidelijk aan een consequent beleid op vlak van noodzakelijke kwalificaties en aanbodplanning.

6. In 2012 werden 34,5 % van de terugbetaalde verstrekkingen (37,6 % van de uitgaven) verricht door volledig toegetreden tandheelkundigen, 35 % door niet geconventioneerden en 30 % door gedeeltelijk toegetreden tandheelkundigen. Niet alleen blijft de gekende (zeer) lage conventioneringsgraad bij de specialisten in orthodontie en parodontologie voortduren, maar ook inzake algemene tandheelkunde neemt de deconventionering in een aantal regio's stelselmatig toe. Ook de algemene conventioneringsgraad zakt naar de 60 % toe. De vraag rijst trouwens naar de actuele relevantie van het toetredingssysteem en zijn telling, waarbij bvb. geen rekening wordt gehouden met de werkelijk beroepsactieve beroepsgroep. Deze regels werden 50 jaar geleden vastgesteld. Toen waren er zo'n 1850 tandartsen voor 9 miljoen Belgen, tegenover 9.000 vandaag voor 11 miljoen.

7. De tandheelkundige beroepsorganisaties hebben de voorbije jaren heel wat inspanningen geleverd op vlak van gezondheid bevorderende uitbouw van de tandzorg: getuige de acties inzake sensibilisering, dataregistratie en bijzondere patiëntennoden. Tegelijk valt op dat voor sommige instrumenten zoals het elektronisch patiëntendossier of de praktijkondersteuning, waarover andere disciplines wel beschikken, tot nog toe geen financiering werd vrijgemaakt. De zesde staatshervorming heeft in dat verband sommige bevoegdheden verschoven naar het gemeenschapsniveau.

8. Een zeer beperkte groep van tandheelkundigen maakt misbruik van de ziekteverzekering om zich te verrijken. Er bestaat geen specifiek deontologisch toezichtsorgaan in de tandheelkunde buiten de provinciale geneeskundige commissies en er wordt momenteel te weinig en te traag gereageerd.

#### B. Krachtlijnen:

Alle partners zijn van oordeel dat het akkoordensysteem een belangrijk instrument is en moet blijven om de doelstellingen van een universeel toegankelijke, kwalitatieve en gezondheid bevorderende mondzorg te realiseren. Zij wensen binnen dit systeem oplossingen aan te reiken voor de hiervoor vermelde knelpunten langs de volgende krachtlijnen die zij via akkoordonderhandelingen op korte (waar mogelijk) en middellange termijn in praktijk wensen te brengen, mits aan een aantal omkaderende voorwaarden wordt voldaan.

1. De Nationale Commissie omschrijft ten volle de suggestie in het RIZIV document "50 jaar ziekteverzekering : mijlpalen van het verleden, bakens voor de toekomst", meer bepaald om doelstellingen te bepalen in de context van meerjarenafspraken en een meerjarig budgettair kader, over een voldoende lange periode. De doelstellingen en de middelen voor het te voeren mondzorgbeleid moeten daarin worden vastgelegd. De start van een legislatuur van vijf jaar is een ideale gelegenheid om dit in praktijk om te zetten. Belangrijke prioriteiten zijn het bevorderen van preventie en het verminderen van de sociale verschillen in gebruik van tandheelkundige zorg. Dit laatste dient te gebeuren, door te werken op de volgende dimensies: betaalbaarheid, beschikbaarheid, toegankelijkheid, aanvaardbaarheid en aangepastheid. (1) In diezelfde lijn kunnen elementen uit buitenlandse zorgmodellen die inspelen op de sociologische en psycho-sociologische aspecten van het gedrag inzake preventie bij de patiënt, worden overgenomen.

Concreet zal de Commissie kwantificeerbare doelstellingen bepalen, zoals :

- a. aantal rechthebbenden dat beroep doet op preventieve tandheelkundige zorg in de loop van een jaar:
  - i. globaal;
  - ii. relatief verschil VKR / nVKR volgens leeftijdsgroep;
- b. evolutie DMFT score;
- c. evolutie DPSI score;
- d. evolutie aantal edentate personen;
- e. aantal patiënten verzorgd aan conventietarieven;
- f. toename van het aantal geconventioneerde tandartsen;
- g. elektronische facturatie via derdebetalder;
- h. evolutie van het lokale zorgaanbod (tandartsen en aanwezigheid van x % hulpkrachten in de tandartspraktijken);
- i. prioritaire technieken die uiterlijk tegen 31.12.2018 in de nomenclatuur opgenomen moeten zijn.

2. Er is consensus dat binnen het thans verzekerde pakket geen verstrekkingen worden vergoed, die niet als basiszorg kunnen worden beschouwd. In tegendeel zelfs, het bestaan van een aantal leeftijdsgrenzen – de meeste ervan tot stand gebracht omwille van budgettaire beperkingen - missen in de meeste situaties een medische of sociale rechtvaardiging. Binnen dit pakket is er ook nood aan actualisatie in functie van nieuwe ontwikkelingen en evoluties in behandelwijze en materiaal. Een evolutie naar meer gestandaardiseerde omschrijvingen van de verstrekkingen in termen van types behandelingen voor pathologiesituaties moet worden overwogen. De honoraria dienen in elk geval beter rekening te houden met de werkelijke kosten van de verstrekking. De Technisch Tandheelkundige Raad kan belast worden met het uitwerken van voorstellen van een meer evenwichtige honorering van deze zorg op basis van geobjectiveerde kostprijberekeningen of gegevens.

3. De ziekteverzekering komt in de prothetische zorg (zeer) restrictief tussen voor implantaten, niet voor kroon- en brugwerk en gedeeltelijk voor skeletale prothesen. Deze zorg kan bezwaarlijk nog beschouwd worden als "comfort" zorg en moet binnen het bereik van de verplichte verzekering worden gebracht. Tegelijk erkennen de partners dat na informed consent van de patiënt (2), dit is na duidelijke informatie over de eindfactuur en de mogelijke alternatieven, een zekere flexibiliteit moet kunnen bestaan in de keuze van materialen die kunnen worden aangewend (specifieke vulmaterialen, pinnen, ....), waarbij eventueel een persoonlijke financiële inspanning kan worden gevraagd van de rechthebbenden. Een denkpiste kan het invoeren zijn van minimum – en maximumrichttarieven of van een veiligheidsmarge naar het voorbeeld van de sector van de medische hulpmiddelen, waarbij het aangerekende honorarium hoger kan liggen dan de vergoedingsbasis, binnen een bepaalde marge, wanneer gekozen wordt voor speciale materialen of technieken. Mits een transparante regeling (bijvoorbeeld wat betreft de prijzen waaraan wordt gerefereerd en wat betreft de geïnformeerde toestemming van de patiënt), zou het akkoord zo'n ruimte kunnen bieden aan de toegetreden tandheelkundigen. De Nationale Commissie kan een werkgroep belasten met een voorbereidende analyse.

4. Er bestaat consensus dat de behoefte aan parodontologische zorg zoveel mogelijk vermeden moet worden door adequate preventieve zorg bij de algemene tandarts. De positionering van de gespecialiseerde parodontologie binnen de ziekteverzekering is nog niet duidelijk en er ontbreekt thans een kader van enige tariefzekerheid voor de rechthebbenden. Een eerste stap kan bestaan uit het opnemen van tariefafspraken in de akkoorden. Dit zijn niet noodzakelijk "specifieke verstrekkingstarieven" maar bvb. principes waartoe de tandheelkundige zich verbindt om aan de patiënt de nodige zekerheid te bieden.

5. De plaats van orthodontie in de ziekteverzekering behoeft een specifieke benadering. Een praktisch probleem is het onderscheid kunnen maken tussen medisch prioritaire behandelingen en andere. De poging om via een treatment need indicator te werken heeft niet het gewenste resultaat opgeleverd. Anderzijds zou een akkoord over wat een orthodontische behandeling aan verzekering en rechthebbende samen zou mogen kosten de weg openen om toch een zekere mate van bijkomende bescherming mogelijk te maken.

6. Als opstapsysteem voor terugbetaling van onder andere nieuwe verstrekkingen, kan de maximumfactuur worden overwogen als belangrijk instrument, desgevallend voor een deel van het persoonlijk aandeel door de regeling maximumfactuur ten laste wordt genomen. Op die manier kan immers een terugbetaling worden ingevoerd die voorrang geeft aan de gezinnen met oplopende gezondheidszorgkosten. De budgettaire kost ligt dan lager dan bij een terugbetaling aan de gangbare percentages omdat enkel wordt terugbetaald indien het inkomens specifiek remgeldplafond wordt overschreden. Uit ervaring met de terugbetaling van endoscopisch en viscerosynthesemateriaal is gebleken dat dergelijke benadering (waar gestart werd met een terugbetalingsniveau van 10 %) een geleidelijke verhoging van de verzekeringstegemoetkoming niet in de weg heeft gestaan. Immers thans is de minimale terugbetaling 55 %.

7. Ook op het vlak van de persoonlijke aandelen zijn aanpassingen mogelijk. Deze moeten op macrovlak in een voor de patiënt budgetneutraal kader doorgang vinden. Het invoeren van vast nominale remgelden (mits toepassing van een cliquet mechanisme voor indexering) verdient de voorkeur (cf. KCE studie nr. 180), waarbij de remgelden op preventieve zorg laag tot nihil moeten zijn. Er wordt gepleit voor een duidelijke band tussen de hoogte van het persoonlijk aandeel en 'het correct volgen van het tandheelkundig zorgtraject', waarbij een voordeel wordt gegeven aan de patiënt die het traject volgt, bijvoorbeeld door middel van 'Mondpaspoort' of een globaal tandheelkundig dossier. Een dergelijk instrument kan een belangrijke plaats krijgen in dit model, als stimulator en om de band tussen tandarts en patiënt te versterken. De responsabiliserende maatregelen dienen stapsgewijs te worden ingevoerd en mits voldoende voorafgaande informatie en sensibilisering naar tandarts en patiënt toe. Bij de uitwerking van dit model zullen er afspraken worden gemaakt over effectieve inning van remgeld, vermits op deze wijze zware misbruiken kunnen worden voorkomen.

8. De Nationale Commissie zal haar medewerking verlenen aan de uitvoering van wettelijke initiatieven inzake verplichte sociale derde betalende en transparantie mits een aantal randvoorwaarden worden vervuld: het ter beschikking stellen van de nodige budgettaire middelen om de beoogde toename in consumptie op te vangen; het tijdig ter beschikking stellen van de mycarenet toegang voor de tandheelkundigen via de dentale software en eenvoudige internetoplossingen; het bewaken van de proportionaliteit tussen de administratieve verplichtingen en de in hoofde van de rechthebbende beoogde doelstellingen; waarborgen inzake betaling (betalingsverbintenis); toegang tot historische gegevens van terugbetaalde verstrekkingen; een heldere reglementering en eenduidige toepassing; een evaluatie en compensatie van de administratieve meerkost. Enkel indien bovenvermelde waarborgen op een in de dagelijkse praktijkvoering haalbare wijze vervuld zijn, waarbij rekening wordt gehouden met een overgangsfase waarin de sancties niet worden toegepast, kan worden gestart met de uitvoering van de verplichte derdebetalersregeling en de transparantiemaatregelen. Inzake deze laatste regeling is er voor de tandheelkundige verstrekkingen geen noodzaak om uitvoering te geven aan het artikel 53, §1/2, 5e lid van de GVVU wet, dit is de melding aan de patiënt van de kostprijsamenstelling.

9. Het is belangrijk dat de tandartsen gemotiveerd blijven, zonder risico's op burn-out, waarbij ze maximaal tijd kunnen spenderen aan hun patiënt in de tandartsstoel. Dit stemt overeen met de herhaaldelijke verwijzingen in het federaal Regeerakkoord 2014 naar een verlichting van de administratieve lasten voor zorgverleners. De Nationale commissie tandheelkundigen-ziekenfondsen vindt het daarom belangrijk om in praktijk ondersteunende maatregelen te voorzien.

10. De Nationale commissie meent dat het huidige akkoordensysteem moet evolueren naar een nieuw model met enerzijds vaste tarieven voor de basiszorg en anderzijds een pakket waarvoor richttarieven gelden (zie krachtlijn 3). Ondersteunende maatregelen ten voordele van de tandarts die tot het akkoord toetreedt (zoals sociale voordelen) dienen te worden afgestemd op de mate waarin de beoogde tariefzekerheid feitelijk wordt gerealiseerd.

11. De Nationale commissie wenst bij de uitvoering van artikel 51, §2 van de GVVU Wet, rekening te houden met geregistreerde effecten ten gevolge van de niet toepassing van het KB 19/8/2011 - betreffende de planning van het aanbod van de tandheelkunde. Een overschrijding van de partiële begrotingsdoelstelling te wijten aan een sterkere toename van de uitgaven die in verband kan worden gebracht met een sterkere toename in aantal verstrekkers van de ene taalrol, dan voorzien in het KB van 19/8/2011, mag geen aanleiding geven tot correctiemechanismen ten laste van de verstrekkers.

12. Tenslotte herhaalt de Nationale Commissie haar nadrukkelijke vraag aan de politieke overheid om een deontologische regeling in te stellen voor tandheelkundigen, en om een redelijk maar zeer efficiënt controlebeleid, dat zeer kort op de bal speelt van zodra dysfuncties worden vastgesteld.

---

Nota's

(1) Améliorer l'accès aux soins de santé bucco-dentaire pour les personnes vulnérables vivant au Canada, 2014 – un rapport de l'Académie canadienne des sciences de la santé.

Haalbaarheidsstudie mondzorg voor personen met bijzonder noden (HBN), 2014.

(2) Artikel 8 van de Wet betreffende de rechten van de patiënt van 22 augustus 2002.