

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 inter dentaire, ...) ;
 - 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^{er} 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^{er} décembre 2015 pour entrer en vigueur le 1^{er} 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 ^e 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
PBN 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)
PBN supplément	2.326
Augmenter la limite d'âge de l'examen buccal annuel jusqu'au 67 ^e 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
Reparation 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 un 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 ^e 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, la 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 4 bis, § 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^e 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 praticiens 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^e 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^{er} 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^{er} 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, I) 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^{ter} 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 122 octiesbis, §4, 1^o 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 corrections, 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'économies 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^{er} 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 1er 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^{er} janvier 2016.

14. CONDITIONS D'APPLICATION DE L'ACCORD

14.1. Les taux d'honoraires fixés conformément aux termes du présent accord sont appliqués aux consultations et aux prestations techniques effectuées dans les conditions suivantes :

- a) lorsque le praticien de l'art dentaire effectue la totalité de son activité aux conditions de l'accord.
- b) lorsque le praticien de l'art dentaire indique au moins 32 heures réparties sur 4 jours au minimum comme activité aux conditions de l'accord, en mentionnant le(s) lieu(x) de cette activité.
- c) lorsque le praticien de l'art dentaire indique les 3/4 de son activité globale comme activité aux conditions de l'accord, avec un minimum de 8 heures, en mentionnant les heures et le(s) lieu(x) de son activité globale.

14.2. Le praticien de l'art dentaire peut lors de son activité aux conditions de l'accord dépasser les taux d'honoraires uniquement dans les situations suivantes :

- en cas d'exigences particulières du bénéficiaires, telles que le lieu ou l'heure du traitement sans qu'il y ait pour cela une nécessité dentaire ou médicale absolue ;
- en cas où les prestations du point 6 sont portées en compte, sans pour autant dépasser les tarifs maximaux à respecter repris dans ce même point. Pour les soins conservateurs, les tarifs maximaux seront publiés sur le site web de l'INAMI, après approbation de la Commission nationale dento-mutualiste

14.3. La Commission nationale dento-mutualiste est compétente pour concilier les contestations qui peuvent surgir à propos de l'interprétation ou de l'exécution de l'accord; elle peut prendre l'avis du Conseil technique dentaire lorsque la contestation porte sur l'interprétation de la nomenclature des prestations de santé.

14.4. La Commission nationale prend acte de la décision des organisations représentatives du Corps dentaire de recommander aux praticiens de l'art dentaire concernés le respect, à partir de la date de l'approbation de l'accord par la Ministre, des honoraires prévus par l'accord avant même la mise en vigueur de ce dernier.

15. FORMALITES

15.1. Les praticiens de l'art dentaire qui refusent d'adhérer aux termes du présent accord notifient leur refus, dans les trente jours qui suivent la publication de cet accord au Moniteur belge, par lettre recommandée à la poste, adressée à la Commission nationale dento-mutualiste, dont le siège est établi au Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, avenue de Tervuren 211, à 1150 Bruxelles.

Cette lettre comportera les mentions suivantes :

Je soussigné,

Nom et prénoms :

Adresse complète :

.....

.....

Numéro d'identification I.N.A.M.I. :

déclare refuser d'adhérer aux termes de l'accord national dento-mutualiste, conclu le 23 décembre 2014

Date :

Signature :

15.2. Les praticiens de l'art dentaire, autres que ceux qui ont notifié, conformément aux dispositions prévues sous 15.1., leur refus d'adhésion aux termes de l'accord conclu le 23 décembre 2014 à la Commission nationale dento-mutualiste, sont réputés d'office avoir adhéré à cet accord pour leur activité professionnelle complète, sauf s'ils ont, dans les trente jours qui suivent la publication de cet accord au Moniteur belge, communiqué les conditions de temps et de lieu dans lesquelles, conformément aux clauses dudit accord, ils appliqueront les montants d'honoraires qui y sont fixés;

Cette communication doit se faire par lettre recommandée à la poste adressée à la Commission nationale dento-mutualiste, et ce, à l'adresse mentionnée sous 15.1.

Cette lettre comportera les mentions suivantes :

Je soussigné,

Nom et prénoms :

Adresse complète :

Numéro d'identification I.N.A.M.I. :

déclare limiter mon activité professionnelle exercée conformément aux clauses de l'accord national dento-mutualiste, conclu le 23 décembre 2014, dans les conditions de temps et de lieu suivantes :

- a) Activité professionnelle représentant au moins 32 heures par semaine aux conditions de l'Accord :

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

- b) Activité professionnelle représentant moins de 32 heures aux conditions de l'Accord et comportant au moins les trois-quarts de l'activité professionnelle complète, avec un minimum de 8 heures aux conditions de l'Accord :

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

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,

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 efficacité 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. A 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 patient², 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,),

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.

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 spécialisé 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, 5^e 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.