

Accord national dento-mutualiste 2022-2023

1. INTRODUCTION

Depuis de nombreuses années, l'INAMI contribue largement (avec d'autres partenaires fédéraux ou entités fédérées) à l'analyse de la performance de notre système de santé ("Performance du système de santé belge – Rapport 2019" (KCE Rapport 313B) et "Performance du système de santé belge : Évaluation de l'équité" (KCE rapport 334B). Ces rapports ont mis évidence certains constats importants concernant notamment le coût à charge des patients, l'accessibilité financière et géographique des praticiens de l'art dentaire (www.healthybelgium.be) :

1. La part des patients pour les dépenses en soins dentaires est élevée en Belgique. Bien qu'elle soit comparable à la moyenne européenne (57,6% en 2016, contre 59,2% pour la moyenne européenne basée sur 10 pays), elle est bien plus élevée que dans les pays limitrophes tels que l'Allemagne (25,5%) et les Pays-Bas (21,7%).
2. Dans trois groupes précaires (les personnes exposées au risque de pauvreté, la classe moyenne inférieure et les personnes en situation de privation matérielle sévère), la probabilité qu'ils se rendent régulièrement chez le dentiste (nombre de visites régulières) est nettement plus faible que dans la population moyenne. On note de surcroît un renforcement des disparités au fil du temps. C'est aussi la catégorie de soins pour laquelle le report de soins pour raison financière est la plus importante parmi les groupes de population plus vulnérables (enquête EU-SILC). La Commission Nationale apporta une attention particulière à l'accessibilité des soins.
3. La possibilité de trouver un dentiste conventionné est très difficile dans certaines régions (1.84 ETP pour 10.000 habitants dans la province d'Anvers contre 4.81 dans la province de Liège). Ce constat avait déjà amené la Commission Nationale à entamer des réflexion sur une réforme du système d'accord. Ces travaux seront poursuivis (point 3. IV. d).

Le rapport performance du KCE dresse des constats. Il faut ensuite agir pour faire évoluer la performance du système. En 2007, l'Institut pour l'amélioration des soins de santé (Institute for Healthcare Improvement) a mis au point un cadre pour aider les systèmes de soins de santé à optimiser leurs performances en utilisant une approche en 3 volets (*Triple Aim*). Au fil du temps (en 2014 et 2021) , ce cadre s'est complété de 2 nouveaux objectifs dont celui relatif au bien-être des prestataires de soins. Ce cadre, désormais connu sous la dénomination "*Quintuple Aim*" comprend les objectifs suivants:

1. Améliorer l'état de santé de la population et en particulier des personnes souffrant de maladies chroniques (Triple Aim 1) ;
2. Améliorer l'expérience vécue par les patients, notamment au niveau de la qualité des soins (Triple Aim 2) ;
3. Utiliser les ressources disponibles d'une manière plus efficace pour assurer la soutenabilité du système de financement des soins de santé (Triple Aim 3) ;
4. Améliorer l'équité et réduire les inégalités en matière de santé ;
5. Améliorer la satisfaction au travail des prestataires de soins

La structure de cet accord s'inscrit dans ce cadre du "*Quintuple Aim*" et suit cette logique.

Au-delà du cadre conceptuel qui doit diriger nos actions, nous ne pouvons pas nier que cet accord s'inscrit dans un contexte très particulier lié à la crise COVID-19. Comme de nombreux autres prestataires de soins, les dentistes ont admirablement fait face à cette pandémie historique et ont continué à répondre aux besoins de soins de leurs patients. Pour permettre la poursuite de leurs activités dans des conditions optimales, la Commission nationale demande instamment que l'intervention pour le matériel et les mesures de protection soit poursuivie pour le second semestre 2021 et aussi longtemps que la crise persiste. La Commission Nationale demande que le paiement des interventions du second semestre 2021 intervienne au plus tard le 30 juin 2022 et celles éventuellement prévues au premier semestre 2022 au plus tard pour le 10/12/2022. La non exécution de cet engagement entraîne la dénonciation de l'accord.

La Commission prend acte que le paiement de la période 3 (décembre 2020 à juin 2021) interviendra au plus tard en février 2022.

La Commission exprime la même demande pour toutes les mesures exceptionnelles prises durant la crise et notamment la consultation par téléphone qui doit être possible tant que la crise se poursuit. Une fois la crise COVID terminée, cette possibilité de réaliser des consultations à distance doit être maintenue pour les praticiens de l'art dentaire dans un cadre structurel garantissant l'accessibilité, la qualité et la facturation correcte des consultations à distance. Cela permettra de réaliser une économie pour le budget du secteur puisque des consultations classiques ainsi que des actes d'imagerie médicale pourront être évités.

La Commission demande au Conseil technique dentaire de prendre les initiatives nécessaires pour qu'il n'y ait pas de rupture dans l'application de cette prestation. La Commission veillera à assurer que son initiative reste en cohérence avec les autres initiatives similaires dans d'autres secteurs.

2. CADRE FINANCIER

2.1 L'objectif budgétaire partiel

L'objectif budgétaire partiel pour les honoraires dentaires s'élève à 1.090.488 milliers d'euros (y compris une masse d'indexation de 9.823 milliers d'euros).

Le Conseil général (note CGSS 2021/075) a transféré le budget prévu à la nouvelle ligne budgétaire 46 « Objectifs en matière de soins de santé et Appropriate Care » vers les secteurs concernés ou vers la nouvelle ligne budgétaire 0 « Objectifs Soins de santé transversaux » si différents secteurs sont concernés. Pour le secteur dentaire cela signifie le transfert d'un budget de 45 millions d'euros.

Dans sa note CSS 2021/297, le Comité de l'assurance définit les actions prioritaires dans le domaine de l'accessibilité financière qui visent à supprimer certains des principaux obstacles financiers pour les patients.

En ce qui concerne les soins dentaires, le Comité vise l'augmentation du remboursement et de la sécurité tarifaire des soins dentaires et buccodentaires à travers entre autres les initiatives suivantes :

- supprimer la limite d'âge, au moins pour les prestations liées à des fins préventives
- prévoir une première étape dans le remboursement des tarifs maximaux

- prévoir de nouvelles avancées dans le remboursement des soins buccaux, notamment par la création d'une nomenclature qui fait défaut aujourd'hui
- prévoir l'introduction d'une nomenclature de base pour les hygiénistes dentaires

Dans ce cadre, la Commission nationale dento-mutualiste utilisera la marge disponible pour des initiatives améliorant l'accessibilité des soins dentaire et la sécurité tarifaire via l'exécution des mesures reprises au point 3.

La Commission Nationale reconnaît que les praticiens de l'art dentaire sont particulièrement impactés par la hausse des coûts subie ces derniers mois, notamment liée aux produits et matériaux utilisés dans le cadre de leur pratique mais aussi au coût du personnel. Par ailleurs, la Commission a pris connaissance avec intérêt du débat qui s'est tenu ce 20 décembre 2021 lors de la réunion mixte du Conseil général et du Comité de l'assurance à propos des mécanismes d'indexation et du décalage qui existe entre la hausse réelle des coûts et l'indexation des honoraires. L'INAMI a calculé que, vu que certaines initiatives prévues dans l'Accord nécessitent un arrêté royal pour modifier la nomenclature et entreront en vigueur seulement en cours d'année, un montant unique de 11 millions d'EUR serait disponible dans la masse budgétaire 2022. Dès lors, la Commission souhaite financer de manière unique une partie des tarifs maximaux avec ce montant en 2022 et ce montant devra être compensé sur base annuelle pour les années à venir avec un montant réservé sur l'index 2023.

Propositions	Coût en 000 EUR (base annuelle)	Date présumée d'entrée en vigueur	Coût en 000 EUR en 2022
Intégration partielle des tarifs maximaux dans la nomenclature pour deux prestations en soins conservateurs	21.360	01-01-2022	21.360
Extractions à partir de 50 ans au lieu de 53 ans	3.473	01-07-2022	1.737
Elargissement limite d'âge pour l'examen buccal préventif jusqu'à 80 ans:	10.103	01-07-2022	5.052
Détartrage sous-gingival extension de la limite d'âge de 5 ans (jusqu'à 60 ans)	830	01-07-2022	415
Second examen buccal semestriel chez l'enfant : assimiler le tarif du deuxième au premier	5.019	01-07-2022	5.019
Revalorisation de la consultation dentiste généraliste à 27 EUR	8.464	01-01-2022	8.464
Réintroduction de la suture	4.899	01-07-2022	2.450
Budget supplémentaire restaurations complexes	2.000	01-10-2022	500
Total :	56.148		44.996

2.2 Indexation

La nomenclature des prestations dentaires à laquelle se réfère le présent accord est celle qui est en vigueur au 1^{er} janvier 2022, à savoir les articles 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.

La CNDM a décidé d'utiliser la masse de l'index pour une indexation linéaire de tous les honoraires. La valeur des lettres clés des prestations dentaires seront augmentées de 0,79 % à partir du 1/1/2022.

Les valeurs des lettres-clés sont en annexe de cet Accord national. Les honoraires sont arrondis au niveau d'un demi-euro, avec un résultat neutre budgétairement.

Le montant des honoraires forfaitaires d'accréditation pour l'année 2022 est 3.035,08 EUR.

3. LES INITIATIVES DE LA COMMISSION NATIONALE DANS LE CADRE DU "QUINTUPLE AIM"

I. Améliorer l'état de santé de la population et en particulier des personnes souffrant de maladies chroniques (Triple Aim 1) ;

a) Obligation du trajet de soins buccaux dans le cadre du trajet de soins diabète

Dans le cadre de la trajectoire budgétaire pluriannuelle lancée en mars 2021 par l'INAMI, la Commission Nationale a introduit notamment une fiche relative à la prise en charge des patients diabétiques. La proposition du Comité de l'assurance pour le budget 2022 prévoit la mise sur pied d'un pré-trajet pour les patients à risque de diabète et suivi des patients diabétiques (Budget 2022 : 5 millions d'EUR). La Commission souhaite d'une part participer aux réunions des Commissions d'accords et conventions mixtes qui seront organisées à cet effet et d'autre part demande que le trajet de soins buccaux soit repris comme condition de trajet de soins diabétique. Les travaux de cette Commission mixte démarreront au premier trimestre 2022 et la mise en œuvre devra être réalisée au cours de l'année 2022.

b) Révision de la nomenclature relative aux soins dentaires chez les patients atteints du cancer ou avec de l'anodontie

Une nouvelle nomenclature pour les patients atteints du cancer ou avec de l'anodontie a été introduite au 1^{er} janvier 2020. La CNDM a constaté que cette nomenclature reste peu utilisée. Dès lors, la CNDM demande au CTD de faire une évaluation ainsi que des propositions de révision éventuelle de cette nomenclature afin de la rendre plus accessible.

Par ailleurs, la CNDM examinera s'il est possible avec les moyens budgétaires disponibles d'étendre cette nomenclature à d'autres groupes cibles comme notamment les patients atteints d'agénésies multiples de dents définitives et ayant besoin de restauration complexes. La Commission prévoira un budget supplémentaire de 2 millions EUR sur base annuelle pour étendre les restaurations complexes (implants, prothèses squelettiques, bridges) à d'autres groupes cibles sur base d'une justification médicale. Cette mesure devra entrer en vigueur au plus tard au 1/10/2022.

c) Introduire les fentes palatines dans le trajet de soins périnatal

Les membres de la Commission Nationale s'accordent à reconnaître l'extrême pénibilité pour les patients atteints de fentes labio-palatines et des conséquences dramatiques que cela occasionne pour les enfants qui en sont atteints. Par conséquent, la Commission Nationale demande que soit pris en considération le remboursement total des traitements réparateurs pour les patients qui en sont atteints dans le cadre de la mise en œuvre du trajet de soins périnatal (prénatal et postnatal) pour les femmes fragilisées. Les travaux de cette Commission ad hoc démarreront au premier trimestre 2022 et la mise en œuvre devra être réalisée au cours de l'année 2022

II. Améliorer l'expérience vécue par les patients, notamment au niveau de la qualité des soins (Triple Aim 2);

a) La transparence dans le cadre de la facturation électronique

La CNDM vise à assurer la transparence au patient sur les honoraires et les remboursements appliqués. A cette fin, la CNDM va élaborer un arrêté royal prévoyant sur base de l'article 53, §1^{er}, premier alinéa, dernière phrase de la loi SSI les dispositions qui fixeront les données supplémentaires qui devront être transmises aux organismes assureurs et aux patients par la voie de la facturation électronique. A cette fin, la CNDM élaborera également une liste de prestations pour lesquelles la transmission par la voie de la facturation électronique est obligatoire. Cette transparence pourra être intégrée dans les logiciels de facturation à partir du 1^{er} mai 2022 et devra être définitivement implémentée pour le 30 juin 2023.

b) Estimation des honoraires

La loi actuellement en préparation au parlement donne une base légale pour permettre aux Commissions de conventions ou d'accords de rendre obligatoire, selon des modalités à déterminer, la remise au bénéficiaire d'une estimation écrite de prix.

Cette estimation des honoraires a déjà fait l'objet de discussions au sein de la Commission sans toutefois parvenir à un consensus. La CNDM élaborera une proposition d'arrêté royal pour rendre obligatoire pour les dispensateurs de soins la remise au bénéficiaire d'une estimation écrite d'honoraires accompagnée d'un plan de traitement selon les modalités qu'elle déterminera.

c) Supplément pour personnes avec des besoins particuliers

La Commission constate et regrette que ces suppléments pour des personnes avec besoins particuliers sont sous-utilisés actuellement. Par conséquent, la Commission envisage de modifier certaines règles (notamment de cumul) afin de faciliter leur utilisation. Par ailleurs, dans le cadre du budget actuellement disponible, la Commission examinera la possibilité d'étendre le supplément pour des personnes avec des besoins particuliers à d'autres catégories de prestations. Cette mesure devra entrer en vigueur au plus tard au 1/07/2022.

d) Introduire un forfait réhabilitation

La Commission va examiner la possibilité d'introduire un forfait de réhabilitation pour les soins dentaires. Il a été constaté que, dans certaines circonstances quand une dent a été perdue, les patients ne peuvent pas suffisamment compter sur l'assurance soins de santé pour choisir l'option de traitement la plus appropriée. En conséquence, des solutions moins durables sont souvent choisies, ce qui favorise l'aggravation des problèmes dentaires.

Cette somme forfaitaire a pour but de soutenir les patients dans leur choix pour un remplacement durable des dents au moyen d'une prothèse de haute qualité (couronne et pont, prothèse squelette, implants). En le liant par exemple avec le trajet de soins bucco-dentaires, davantage de patients se rendront régulièrement chez le dentiste et amélioreront ainsi leur santé.

Le Commission préparera une proposition avec une estimation budgétaire pour le 1/10/2022.

III. Utiliser les ressources disponibles d'une manière plus efficace pour assurer la soutenabilité du système de financement des soins de santé (Triple Aim 3) ;

a) Concentrés plaquettaires autologues

Les concentrés plaquettaires autologues / PRF (platelet rich fibrin) sont des techniques utilisées de longue date internationalement dans divers domaines de la médecine, et particulièrement dans des applications de chirurgie orale et de régénération parodontale. Ces concentrés sont obtenus à partir d'un prélèvement veineux extemporané. Ils remplacent avantageusement l'usage de matériaux hétérologues ou synthétiques.

L'Arrêté royal du 28 mars 2018 relatif à la profession d'hygiéniste bucco-dentaire a inclus dans leur programme de formation la prise de sang et le placement d'un cathéter veineux. Il a intégré dans leurs actes confiés la prise de sang par voie veineuse pour les applications intrabuccales.

Il est demandé aux Autorités de tutelle d'adapter le cadre légal, statuer sur la formation exigée afin de donner la possibilité pour les praticiens de l'Art dentaire de réaliser le prélèvement veineux, d'effectuer immédiatement la centrifugation de celui-ci et/ou de pouvoir confier le prélèvement à un infirmier ou un hygiéniste bucco-dentaire, dans le cadre des soins de la sphère orale.

b) Remboursements des obturations indirectes (inlay-onlay)

La Commission nationale dento-mutualiste demande au Conseil technique dentaire de faire un rapport sur la possibilité d'introduire un remboursement pour les obturations indirectes dans la nomenclature des prestations de santé.

c) Sédation via protoxyde d'azote

Certaines évolutions en médecine dentaire requièrent une intervention coordonnée et transversale de diverses Instances autre que la seule Commission Nationale Dento-Mutualiste et les instances de l'INAMI.

En 2002, le Ministre des Affaires sociales demandait l'élaboration d'un projet d'avenir pour la santé dentaire en Belgique. Le rapport « Recommandations pour la santé buccale en Belgique » connu sous le nom de rapport Perl / van Steenberghe publié en mars 2003 comprenait un chapitre consacré aux soins buccaux sous anesthésie générale et/ou sédation consciente.

L'Accord Dento-Mutualiste 2017-2018 actait déjà que la CNDM avait pris connaissance de l'avis Conseil Supérieur de la Santé, avis n°. 9299, à propos des recommandations sur l'utilisation du protoxyde d'azote pour une sédation minimale réalisée dans et en dehors des institutions de soins.

Fin 2018, les Académies royales de Médecine remettaient sur demande de la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique un avis commun concernant l'application réglementée de protoxyde d'azote par les médecins et les dentistes.

La CNDM exhorte à nouveau les Autorités de tutelle à prendre les mesures nécessaires afin d'être en mesure d'offrir dans un avenir proche des soins dentaires sous sédation consciente dans les cabinets dentaires en ambulatoires, selon des modalités à convenir.

IV. Améliorer l'équité et réduire les inégalités en matière de santé ;

La Commission nationale dento-mutualiste entreprendra les actions suivantes pour améliorer l'équité et réduire les inégalités dans le secteur des soins dentaires.

a) Evaluation du trajet de soins buccaux et suppression de la règle de continuité pour le détartrage

Le trajet de soins buccaux a été introduit en 2016. L'objectif de cette mesure est de stimuler le patients à avoir une visite régulière chez le dentiste. Dans le cadre de la crise COVID, les conditions d'application ont été assouplies pour tenir compte des prestations réalisées dans l'année en cours et celle qui précède. Cette souplesse sera maintenue en 2022. La Commission souhaite faire une évaluation de ces dispositions et examiner s'il serait préférable de passer de manière structurelle à une visite chez le dentiste tous les deux ans pour répondre à la réalité sur le terrain et diminuer la pression en fin d'année sur les cabinets dentaires. Le coût annuel de cette mesure est estimé à 5 millions EUR.

Il sera également examiné s'il est opportun de supprimer le trajet de soins buccaux pour les bénéficiaires préférentiels. Le coût d'une telle mesure est estimé à 515.000 EUR.

En outre, la Commission examinera la possibilité de supprimer la règle de continuité pour le détartrage pour la mettre en concordance avec le trajet de soins buccaux qui exclut les soins préventifs de son application.

Cette mesure est reprise à titre indicatif comme mesure prioritaire pour 2023 (voir annexe 1 de l'ANDM).

b) Amélioration du remboursement chez les jeunes adultes via remboursement intégral des soins

Les rapports du KCE ont démontré que la suppression progressive du ticket modérateur pour les soins dentaires des enfants (moins de 18 ans) entre 2006 et 2009 a permis à un plus grand nombre d'enfants d'aller régulièrement chez le dentiste. Il ressort aussi de l'analyse du KCE qu'un nombre significativement plus élevé d'étudiants (18 ans et plus) sont allés régulièrement chez le dentiste pendant la période 2014-2016, ce qui n'était pas le cas pendant la période 2010-2012. Les étudiants encore enfants pendant la période 2010-2012 n'avaient pas pu profiter de la suppression du ticket modérateur pour les soins dentaires, alors que cela a été le cas pour la plupart des étudiants pendant la période 2014-2016. Ce constat donne à penser que ces enfants avaient adapté leur comportement et que ce changement comportemental a persisté après leurs 18 ans, âge auquel il faut payer le ticket modérateur. Les étudiants forment un sous-groupe spécifique et un changement de leur comportement n'impliquera pas nécessairement un effet durable au sein de la population générale atteignant l'âge de 18 ans. C'est pourquoi la Commission évaluera en 2023 le budget nécessaire pour augmenter graduellement la limite d'âge pour les soins totalement remboursés afin d'encourager les jeunes adultes à consulter un praticien de l'art dentaire. Cette mesure est reprise à titre indicatif comme mesure prioritaire pour 2023 (voir annexe 1 de l'ANDM).

c) Suppression des limites d'âge

➤ Examen buccal annuel

Sur base de la nomenclature actuelle, la limite d'âge pour l'examen buccal est de 67 ans. La Commission estime indispensable de supprimer cette limite d'âge afin de rendre cet examen accessible pour toute la population quel que soit l'âge. Le coût annuel est de 11,4 millions d'EUR. Cette mesure devra entrer en vigueur au plus tard au 1/07/2022

➤ Détartrage sous-gingival

Actuellement, la limite d'âge pour le détartrage sous gingival (301276 à 301350) est fixée à 55 ans. La Commission propose de reculer la limite d'âge à 60 ans. Le coût annuel est de 0,8 million EUR. Cette mesure devra entrer en vigueur au plus tard au 1/07/2022.

➤ Extractions

Les extractions sont remboursées uniquement avant le 18ème anniversaire et ensuite après le 53ème anniversaire. Cette limite d'âge a été prévue uniquement pour des raisons budgétaires. Pour cela, il est proposé d'aligner la limite d'âge des extractions sur celle des prothèses amovibles c'est-à-dire 50 ans. Le coût annuel est estimé à 3,473 millions EUR. Cette mesure devra entrer en vigueur au plus tard au 1/07/2022.

d) Réforme du système d'accord

La Commission soumettra au Ministre pour au plus tard le 31 décembre 2022 une proposition pour un nouveau système d'accord afin de mettre en œuvre les modifications légales nécessaires. Ce système d'accord aura pour objectif de renforcer la sécurité tarifaire et la transparence des tarifs pour les assurés. Il visera également à augmenter le nombre de soins aux tarifs conventionnés avec une meilleure prise en charge des prestations de base par l'assurance soins de santé. Par ailleurs, cette réforme devra prévoir un système d'entrée en vigueur de l'accord plus flexible pour les praticiens de l'art dentaire avec également une plus grande transparence des tarifs portés en compte grâce à la facturation électronique.

En effet, lorsqu'un praticien de l'art dentaire en stage reçoit son numéro INAMI, il adhère automatiquement à l'accord pour l'année au cours de laquelle il reçoit le numéro INAMI. Pour l'année suivante, il a actuellement la possibilité de se déconventionner. Il a été constaté que pour les praticiens de l'art dentaire en formation le taux de refus à l'accord est élevé. La Commission examinera quelle est la raison de cela et, si nécessaire, proposera des ajustements dans le cadre de la réforme du système d'accord.

D'autre part, la Commission veillera à examiner et adapter si nécessaire la base légale relative au conventionnement partiel concernant les conditions de temps et de lieu pour lesquelles ils n'adhèrent pas à l'accord. L'objectif est d'éviter que soient comptabilisés dans l'activité conventionnée des heures irréalistes.

Dans le cadre de cette réflexion, la Commission se penchera également sur la possibilité de limiter l'adhésion de l'accord à certaines prestations (notamment les prestations d'orthodontie et de parodontologie) de la nomenclature. La Commission exhorte les autorités compétentes à intégrer les hygiénistes bucco-dentaires dans la loi AMI.

e) Réforme des prestations existantes

➤ Sutures de plaies pour extractions

En 2018, la nomenclature concernant les extractions avait été réformée. La suture de plaie individuelle a été supprimée et une suture, exécutée pendant une séance avec une extraction remboursable est désormais comprise dans l'honoraire de l'extraction. La prestation de suture a uniquement été maintenue en cas de saignement postopératoire après une séance avec une extraction remboursable. Cette mesure a entraîné un fort mécontentement au sein de la profession et a poussé certains praticiens à se déconventionner étant donné que l'honoraire ne couvrait pas les frais liés à la suture de plaies. Dès lors, la suture de plaie individuelle sera réintroduite tout en veillant à adapter la nomenclature existante relative aux extractions. La Commission s'engage à transmettre une proposition pour au plus tard le Comité de l'assurance du mois de mai 2022. Cette mesure devra entrer en vigueur au plus tard au 1/07/2022. Le coût annuel est de 4,899 millions EUR, calculé sur base des limites d'âge actuelles.

- Revalorisation du deuxième examen buccal préventif chez les moins de 18 ans

Pour les moins de 18 ans, il existe deux prestations pour un examen buccal préventif qui peuvent être portées en compte 1 fois par année civile à condition qu'elles soient effectués au cours de 2 semestres civils différents. Ces prestations ont deux honoraires différents étant donné que les conditions d'application de la première prestation sont plus larges que pour la seconde. La Commission souhaite mettre les mêmes conditions d'applications et le même honoraire pour les deux prestations afin d'améliorer l'accessibilité aux soins préventifs pour les enfants. Le coût annuel est estimé à 5 millions EUR. Cette mesure devra entrer en vigueur au plus tard au 1/07/2022.

- Suppression de la prescription du médecin traitant pour la consultation à domicile

La Commission donne comme mission au Conseil technique dentaire d'adapter la consultation d'un praticien de l'art dentaire demandée par un médecin au domicile du malade. Actuellement, ces prestations doivent faire l'objet d'une demande écrite du médecin traitant. Les prestations seront revues de sorte cette condition soit supprimée pour toutes les consultations au domicile du malade. En parallèle, les instructions de facturation seront modifiées pour permettre d'identifier les prestations de l'article 5 réalisées auprès d'un patient séjournant dans un établissement de soins. Cette mesure devra entrer en vigueur au plus tard au 1/07/2022.

- Réforme des répétitions et renouvellements

Dans la nomenclature des prestations dentaires ont été introduits progressivement des délais de renouvellement comme par exemple une fois par an, par 7 ans (prothèses) ou une fois à vie. Certains de ces délais sont parfaitement légitimes mais d'autres peuvent poser question avec la problématique de la conservation de ces informations au niveau des organismes assureurs. Par conséquent, la CNDM donne comme mission au Conseil technique dentaire d'examiner de quelle manière il est possible de réformer les règles de nomenclature relatives aux répétitions et renouvellements sans que cela n'ait un impact budgétaire.

- Réforme de la nomenclature de l'orthodontie en parodontologie

La Commission nationale dento-mutualiste demande au Conseil technique dentaire d'entamer une réflexion sur une éventuelle réforme de la nomenclature d'orthodontie et parodontologie.

- Revalorisation des consultations des dentistes généralistes

Les praticiens de l'art dentaire proposent de revaloriser l'honoraire des consultations pour le porter à au moins 30 euros à l'horizon 2024. Une analyse financière démontre que ceci nécessite un montant de 15,5 millions EUR. Une première étape consistera à porter l'honoraire de la consultation des dentistes généralistes à 27 EUR. Cette mesure entrera en vigueur le 1/01/2022. Le coût annuel est de 8,464 millions EUR.

- Les implants sont pris en compte pour la détermination de dents pour le remboursement du DPSI

Pour la détermination de l'index parodontal et le remboursement de la prestation qui est liée (371254-371265, 301254 301265), une règle d'application exige la présence d'au moins six dents naturelles. La Commission demande au Conseil technique dentaire d'adapter cette règle d'application de sorte qu'il soit

tenu compte des implants dans la détermination du nombre de dents présentes pour le remboursement de cette prestation. Cette mesure devra entrer en vigueur au plus tard au 1/07/2022.

- Radiographie intrabuccale supplémentaire au même tarif que la première radiographie

La Commission souhaite mettre l'honoraire de la radiographie intrabuccale supplémentaire au même tarif que la première radiographie intrabuccale (307031-307042, 307053-307064, 377031-377042, 377053-377064) étant donné qu'il n'y a pas de différence dans l'acte effectué. L'impact budgétaire est estimé à 5,6 millions EUR. Cette mesure est reprise à titre indicatif comme mesure prioritaire pour 2023 (voir annexe 1 de l'ANDM).

- L'examen buccal annuel comme modalité pour le détartrage sous-gingival et l'examen buccal parodontal

La Commission demande au Conseil technique dentaire de réformer les prestations de « détartrage sous-gingival » et « examen buccal parodontal » de sorte que l'examen buccal annuel donne également accès au remboursement de ces prestations. Cette mesure devra entrer en vigueur au plus tard au 1/07/2022.

f) Tiers payant et délai de facturation

Le secteur de l'art dentaire a connu ces derniers mois une progression importante de l'utilisation de e-fact suite à l'intégration de ce e-service dans les principaux logiciels. Cette évolution positive va également de pair avec un raccourcissement des délais de paiement par rapport au circuit papier. Après analyse de cette évolution fin 2022, la Commission pourra, conformément à l'article 4, §1^{er}, dernier alinéa de l'arrêté royal du 18 septembre 2015 relatif au régime du tiers payant, fixer un délai de paiement plus court que le délai de deux semaines prévus par l'AR susvisé.

Dans le cadre de la facturation électronique via e-fact, la Commission souhaite également s'accorder sur des modalités pratiques relatives à un engagement de paiement en faveur des dentistes.

V. Améliorer la satisfaction au travail des prestataires de soins

Cette satisfaction au travail passe certainement par la revalorisation d'une série d'actes de l'article 5.

a) Intégration des tarifs maximaux

Dans le cadre de l'accord 2020-2021, la Commission Nationale avait décidé de proposer aux praticiens de l'art dentaire d'appliquer des tarifs maximaux pour certains types de traitement. Cette décision avait pour but d'attirer ou de conserver un nombre suffisant de prestataires conventionnés. Cette décision a sans doute parmi, malgré les conditions exceptionnelles (pour rappel l'accord a été publié au Moniteur belge le 23 mars 2020 et refus d'adhésion à l'accord devait être communiqué au plus tard le 22 avril), d'obtenir le pourcentage requis pour l'entrée en vigueur de l'accord.

Le parlement est sur le point de ratifier une base légale qui autorise ces dépassements d'honoraires jusqu'à la date de la fin de la durée de validité de l'accord national dento-mutualiste conclu pour l'année 2025. Le Conseil général a octroyé une enveloppe budgétaire pour réaliser une première étape dans le remboursement des tarifs maximaux.

Les calculs du service estiment que le montant nécessaire est intégrer l'ensemble des tarifs maximum est de 83 millions d'EUR.

Compte tenu de ces éléments, la Commission Nationale propose de répartir l'effort sur 4 années (2022, 2023, 2024 et 2025), soit un montant annuel de +/- 20 millions d'EUR. Cela implique que le budget nécessaire soit disponible pour chacune des années. Pour 2022, la Commission choisit d'augmenter les honoraires des deux prestations suivantes (soins conservateurs) 304371-304382 et 304415-304426, 374371-374382, 374415-374426 à 75% des tarifs maximaux autorisés pour un montant total de 21,360 millions EUR. Cette mesure entrera en vigueur le 1/01/2022.

Conformément aux lignes de force 3 et 10 de la note d'orientation en annexe de l'Accord national 2015-2016, la réglementation relative aux tarifs maximaux repris ci-dessous continuera d'être en application lors de l'entrée en vigueur de l'Accord national.

Les tarifs maximaux peuvent être appliqués après consentement éclairé du patient conformément à l'article 8 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

Les tarifs maximaux sont mentionnés sur l'attestation de soins donnés à l'aide d'un pseudocode qui accompagne la prestation principale. Lorsqu'une prestation avec tarif maximum est portée en compte au patient, le praticien de l'art dentaire doit remplir la case « A.R. 15.07.2002 » sur l'attestation de soins donnés avec le montant des honoraires exigés. Cette obligation ne dispensera pas le prestataire de soins de fournir tous les éléments prévus dans le cadre de la transparence.

Type de traitement	Votre patient est âgé de :	Numéro de pseudocode	Tarif maximal
Tenon canalaire métallique, avec ancrage dans la dent	Moins de 18 ans	374135 - 374146	27,00 EUR
	18 ans ou plus	304135 - 304146	
Tenon canalaire métallique supplémentaire, avec ancrage dans un autre canal de la même dent	Moins de 18 ans	374150 - 374161	16,00 EUR
	18 ans ou plus	304150 - 304161	
Tenon canalaire non-métallique ou tenon canalaire en fibre de verre avec ancrage chimique dans la dent	Moins de 18 ans	374172 - 374183	69,50 EUR
	18 ans ou plus	304172 - 304183	

Tenon canalaire non-métallique ou tenon canalaire en fibre de verre supplémentaire, avec ancrage chimique dans un autre canal de la même dent	Moins de 18 ans	374194 - 374205	43,00 EUR
	18 ans ou plus	304194 - 304205	
	Règles d'application supplémentaires pour les tenons : - maximum 2 tenons canalaires attestés pour une même dent ; - les différents types de tenons ne peuvent pas être combinés sur une même dent.		
Type de traitement	Votre patient est âgé de :	Numéro de pseudocode	Tarif maximal
Pour l'utilisation d'un substitut dentinaire bioactif lors des soins conservateurs	Moins de 18 ans	375211 - 375222	47,50 EUR
	18 ans ou plus	305211 - 305222	
Traitement endodontique plus difficile en cas de score Deti classe B pour une obturation radiculaire d'un canal	Moins de 18 ans	375233-375244	93,00 EUR
	18 ans ou plus	305233-305244	
Traitement endodontique plus difficile en cas de score Deti classe B pour une obturation radiculaire de 2 canaux	Moins de 18 ans	375255-375266	112,00 EUR
	18 ans ou plus	305255-305266	
Traitement endodontique plus difficile en cas de score Deti classe B pour une obturation radiculaire de 3 canaux	Moins de 18 ans	375270-375281	169,50 EUR
	18 ans ou plus	305270-305281	
Traitement endodontique plus difficile en cas de score Deti classe B pour une obturation radiculaire de 4 canaux ou plus	Moins de 18 ans	375292-375303	225,00 EUR
	18 ans ou plus	305292-305303	

Type de traitement *	Codes concernés	Tarif maximum	Pseudocode à attester
Extraction non chirurgicale de dent définitive, suture comprise	304850-304861	58,50 €	305491-305502
	304894-304905		
Suture après saignement	304931-304942	37,50 €	305513-305524
Prothèses amovibles (hors traitement sur prothèses)	307731-307742	512,00 €	305314-305325
	307753-307764		
	307775-307786		
	307790-307801		
	307812-307823		
	307834-307845		
	307856-307860		
	307871-307882		
	307893-307904		
	307915-307926		
	307930-307941	561,50 €	305336-305340
	307952-307963		
	307974-307985		
	307996-308000		
	308011-308022	617,50 €	305351-305362
	308033-308044		
	308055-308066		
	308070-308081		
	308092-308103	717,00 €	305373-305384
	308114-308125		
	308136-308140		
	308151-308162		
	306832-306843	817,50 €	305395-305406
	306854-306865		
	306876-306880		
	306891-306902		
	306913-306924		
306935-306946	De 499,68 € à 797,37 €	305410-305421	
308335-308346			
Radiographie panoramique digitale	307090-307101	60,00 €	305432-305443
*Ces tarifs maximaux ne seront pas appliqués pour les patients qui bénéficient d'un régime préférentiel et pour les patients qui ont moins de 18 ans.			

b) Intégration des hygiénistes bucco-dentaires

Conformément à l'accord de gouvernement, le Conseil général (note CGSS 2021/069) demande expressément à la Commission Nationale Dent-Mutualiste de développer un modèle de financement global avec une attention particulière pour les soins préventifs pour les hygiénistes bucco-dentaire afin de leur offrir une place au sein de l'assurance soins de santé. La mise en œuvre de cette décision devra se faire en parfaite adéquation avec l'Arrêté royal du 28 mars 2018, en particulier les actes qui peuvent être réalisés de manière autonome, sur prescription ou confiés par un dentiste ou un médecin spécialiste en stomatologie ou en stomatologie et chirurgie orale et maxillo-faciale.

Au cours du premier semestre 2022, les hygiénistes bucco-dentaires disposant d'un visa délivré par le SPF Santé Publique pourront demander un numéro INAMI. En parallèle, l'article 4 de la nomenclature (en particulier le §18) sera adapté pour permettre au praticien de l'art dentaire de prescrire ou de confier à un hygiéniste bucco-dentaire disposant d'un numéro INAMI de tous les actes techniques repris aux annexes 2 et 3 de l'arrêté royal du 28 mars 2018. Les prestations de la nomenclature actuelle et future qui intègrent partiellement ces actes techniques seront facturés par le praticien de l'art dentaire avec la communication du numéro INAMI de l'hygiéniste sur l'attestation de soins. Les instructions de facturation seront adaptées pour permettre un suivi complet des actes prescrits ou confiés par un praticien de l'art dentaire à un hygiéniste bucco-dentaire.

Dans ce cadre, les détartrages et les scellements de fissure pourront également être prescrits par le praticien de l'art dentaire.

En vue de garantir au mieux le respect des tarifs, les deux prestations sont facturées par le praticien de l'art dentaire et par conséquent son statut de conventionnement s'applique aussi aux prestations de l'hygiéniste.

La Commission s'engage à soumettre au Comité de l'assurance un projet de texte pour au plus tard le mois de février. Ce texte contient les modalités d'évaluation et les mesures de protection qui garantissent la sécurité tarifaire et l'accessibilité financière pour le patient aux prestations fournies par les hygiénistes bucco-dentaires. La norme qui sert de référence à cet effet dans le cadre réglementaire actuel ou, le cas échéant le nouveau cadre, régissant le conventionnement et la sécurité tarifaire.

Après évaluation, il y aura une réflexion plus approfondie sur une intégration encore meilleure des hygiénistes bucco-dentaires dans l'assurance soins de santé. Notamment, pour les actes techniques repris aux annexes 1, 2 et 3 de l'arrêté royal du 28 mars 2018 pour lesquels il n'existe aucun code de la nomenclature, la Commission Nationale pourra établir, sur proposition du Conseil technique dentaire, une pseudo-nomenclature qui permettra d'obtenir un enregistrement exhaustif de l'activité des hygiénistes.

La Commission estime que les hygiénistes doivent être soumis aux mêmes modalités de lutte contre la fraude que les praticiens de l'art dentaire. Elle se penchera donc sur l'impact de l'intégration des hygiénistes sur le système des valeurs P.

c) Avantages sociaux

Jusque 2019, le montant du statut social pour les praticiens de l'art dentaire s'élevait à 2300 EUR et n'était pas indexé. Dans le cadre de l'accord 2020-2021, ce montant a été porté à 3.200 EUR et sera indexé systématiquement chaque année. Parallèlement à cette revalorisation, la Commission Nationale s'était engagée "à *prendre, si nécessaire, sa responsabilité pour compenser cette augmentation dans le budget 2021*". Compte tenu du retard dans la publication de l'arrêté royal, finalement prévue en janvier 2022, la compensation prévue au point 9 de l'accord 2020-2021 n'a pas encore été exécutée.

La Commission demande qu'aucune mesure de compensation ne soit prise tant que le paiement des montants 2020 et 2021 n'a pas encore eu lieu. Le service s'engage à payer les montants 2020 et 2021 avec célérité. Pour les années à venir, l'objectif est de verser le statut social si possible avant le 30 septembre de l'année suivant l'année sur laquelle porte le statut social.

Comme dans le précédent accord, la Commission prendra alors, si nécessaire, sa responsabilité pour compenser cette augmentation dans le budget 2022.

D'autre part, le praticien de l'art dentaire qui n'a pas refusé d'adhérer aux termes du présent accord ou qui a manifesté un refus d'adhésion à l'accord mais y adhère par la suite selon les délais et les modalités mentionnées au point 5.2 est considéré comme ayant adhéré pour la totalité de l'année civile 2022.

Enfin, le Commission nationale souhaite augmenter le montant du statut social de 500 EUR. Cette mesure est reprise à titre indicatif comme mesure prioritaire pour 2023 (voir annexe 1 de l'ANDM).

d) Prime télématique

Depuis 2016, les praticiens de l'art dentaire bénéficient d'une prime télématique d'un montant de 800 EUR à condition de respecter certaines conditions liées à l'utilisation de leurs logiciels pour remplir des tâches administratives (prescription de médicaments, facturation électronique,...).

Au cours de l'année 2021, la CNDM s'est accordée pour définir les critères pour les années 2021 et 2022. L'arrête royal est en cours de publication.

Parallèlement, le Comité de l'assurance a décidé de constituer un groupe de travail pour harmoniser les primes télématiques tant au niveau du contenu et des conditions d'attribution que des montants. La volonté unanime des acteurs est de se diriger vers une utilisation orientée vers le contenu du métier des acteurs des soins de santé (échange d'informations, utilisation de clinical decision system, utilisation d'informations EBM,...) plutôt que vers la réalisation de tâches administratives.

La CNDM participera au groupe de travail du comité de l'assurance et s'appuiera sur ses conclusions pour proposer avant le 31/12/2022 les modalités de la prime télématique à partir de 2023 qui s'appuiera sur un mélange de critères « administratifs » et de critères liés aux échanges d'informations entre prestataires.

e) Forfait de disponibilité pour le service de garde organisé

La Commission est consciente de l'importance de l'accessibilité aux soins dentaires, également les samedis, dimanches et jours fériés/jours de pont. Maintenir le personnel et les infrastructures disponibles dans les cabinets dentaires privés pendant les gardes organisées entraîne des coûts considérables, insuffisamment compensés par les honoraires publiés sur le site de l'INAMI qui doivent être appliqués lors de ces gardes organisées. Dans l'attente de l'uniformisation de la garde organisée, la commission formulera pour le 1/12/2022 des propositions de soutien aux cabinets dentaires.

f) Réforme de la nomenclature

Le secteur dentaire est depuis de nombreuses années dans une spirale négative ; la réalité du terrain ne correspond plus aux tarifs fixés par l'assurance soins de santé et les remboursements prévus ne couvrent pas l'ensemble des besoins en soins dentaires de la population. Les membres de la Commission nationale dento-mutualiste reconnaissent que le secteur souffre d'un manque structurel de financement. Les honoraires prévus dans la nomenclature ne permettraient pas de rétribuer correctement les prestataires de l'art dentaire compte tenu des investissements conséquents à réaliser ou encore des techniques et matériaux à utiliser. La proposition du Comité de l'assurance pour le budget 2022 (note CSS 2021/297) reconnaît la nécessité de lancer en 2022 un projet de révision des honoraires pour tous les secteurs permettant de déterminer une rétribution correcte. Le Commission dento-mutualiste s'engage à soutenir la démarche et à participer aux discussions.

L'INAMI s'engage pour le 30 juin 2022 à lancer un appel d'offre pour obtenir le soutien et l'accompagnement d'un partenaire externe et à organiser une réunion "kick-off" avec tous les secteurs concernés

4. 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 2022 s'élève à 1.090.488 milliers d'euros.

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 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 dans cet alinéa 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 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.

Dans le cas d'un dépassement budgétaire en raison de l'augmentation du pourcentage de l'utilisation du tiers payant ou en raison de l'introduction de nouvelles prestations pour les hygiénistes bucco-dentaires, ce dépassement ne donnera pas lieu à des mesures de correction.

5. DURÉE DE L'ACCORD ET CONDITIONS D'APPLICATION DE L'ACCORD

5.1 Durée de l'Accord

Cet accord est conclu pour la période du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2023. Il peut cependant être dénoncé :

1. Par une des parties signataires :

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

- 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 4 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 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) Pour l'année 2023, dans le cas où le Gouvernement inscrit une économie sur la masse d'index de l'objectif budgétaire partiel 2023 pour le secteur.

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 :

L'accord peut être dénoncé au moyen de l'application en ligne que l'INAMI met à la disposition à cette fin au moyen du portail MyInami :

- a) dans les trente jours suivant la publication au Moniteur belge de mesures de correction telles que visées au point 1. a) ci-dessus ;
- b) avant le 15 décembre 2022 pour l'année suivante.

En cas de dénonciation limitée de l'accord dans le courant de l'année 2022, la dénonciation est considérée comme concernant l'ensemble de l'accord à partir du 1^{er} janvier 2023.

5.2 Conditions d'application de l'Accord

Les conditions d'application de l'Accord sont les suivantes :

5.2.1. 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.

Dans les situations a), b) et c), le praticien respecte les tarifs maximaux repris du présent accord pour la totalité de son activité.

5.2.2. 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 bénéficiaire, telles que le lieu ou l'heure du traitement sans qu'il y ait pour cela une nécessité dentaire ou médicale absolue.

5.2.3. La CNDM 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.

5.2.4. La CNDM 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 la publication du texte de l'accord au Moniteur belge, des honoraires et des dispositions prévus par l'accord avant même la mise en vigueur de ce dernier.

5.2.5. Les dispositions en matière du tiers payant facultatif :

La décision de la Commission Nationale publiée le 19/12/2017 au Moniteur belge prévoit que lorsque le praticien de l'art dentaire applique le système du tiers payant, il est tenu de respecter les tarifs repris au dernier accord prévu. La Commission convient que si l'accord 2022-2023 entre en vigueur conformément aux modalités prévues à l'article 50, §3 de la loi AMI, l'obligation ci-dessous est immédiatement remplacée par une obligation limitée aux seuls patients bénéficiant du régime préférentiel. Avant la fin de l'année 2022, la Commission étudiera la possibilité de supprimer totalement cette obligation, également pour les patients bénéficiant du régime préférentiel.

- a. Les praticiens de l'art dentaire qui appliquent le régime du tiers-payant facultatif comme mentionné dans l'article 9, premier alinéa de l'arrêté royal du 18 septembre 2015 portant exécution de l'article 53, § 1^{er} de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif au régime du tiers payant, sont tenu de respecter les tarifs repris dans l'accord pour les prestations qui sont couvertes par le régime tiers payant susmentionné.

Il y a lieu que les praticiens utilisent de préférence le circuit électronique dans le cadre du tiers payant. En ce qui concerne la facturation en tiers payant via le circuit papier les modalités suivantes sont d'application :

- b. Une attestation de soins est établie par patient. Sur chaque attestation de soins, il y a lieu d'apposer une vignette mutuelle remise par le patient ou, à défaut, de mentionner l'identité et le numéro d'inscription NISS du patient traité. Le praticien de l'art dentaire envoie à la mutualité un état récapitulatif qui, outre les données relatives au dispensateur de soins (nom et prénom, numéro d'identification INAMI et numéro BCE), mentionne également les nom et prénom du bénéficiaire et le numéro d'inscription NISS, le tarif de l'accord national demandé, le montant de l'intervention de l'assurance par bénéficiaire et le montant total facturé à la mutualité.

Deux exemplaires de cet état récapitulatif doivent être envoyés à la mutualité, accompagnés des attestations de soins donnés, et ce au plus tard dans les deux mois qui suivent la fin du mois au cours duquel les prestations ont été dispensées. L'ordre dans lequel sont mentionnées les prestations sur l'état récapitulatif n'a aucune importance. Les attestations doivent être jointes dans l'ordre d'apparition à l'état récapitulatif et être envoyé avec celui-ci.

En concordance avec les modalités des forfaits pour un traitement orthodontique régulier dans l'art. 6 de la nomenclature des prestations de santé, le délai précité pour introduire l'attestation est à compter à partir du mois de la dernière prestation effectuée qui y est reprise.

La mutualité vérifie les attestations et corrige éventuellement l'état récapitulatif. Après vérification, un exemplaire de l'état récapitulatif pourvu des corrections éventuelles ainsi que la feuille de vérification sont renvoyés au prestataire de soins.

- c. L'organisme assureur règle le montant de la note d'honoraires en tenant compte des rectifications apportées, conformément à l'article 4, § 1^{er}, alinéas 1 et 2 de l'AR du 18-09-2015 susmentionné.

Si l'organisme assureur ne tient pas compte des délais de paiement, le praticien de l'art dentaire peut en aviser la Commission d'accord. Cette commission veille au respect du délai de paiement précité par les organismes assureurs.

- d. Dans le cadre du trajet de soins buccaux, des situations peuvent se présenter où, par ignorance des prestations antérieures effectuées par d'autres confrères, le praticien de l'art dentaire atteste à l'organisme assureur un montant inférieur à ce qui est remboursable. Dans ce cas l'organisme assureur paiera le montant attesté de l'intervention au praticien de l'art dentaire, sans que ce dernier doive transmettre une attestation et/ou un état récapitulatif corrigé. L'organisme assureur régularise la quote-part personnelle directement auprès du patient.

5.3 Formalités

5.3.1. 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, au moyen de l'application en ligne que l'INAMI met à disposition à cette fin au moyen du portail MyInami.

5.3.2. Les praticiens de l'art dentaire, autres que ceux qui ont notifié leur refus d'adhésion conformément aux dispositions prévues au point 5.3.1 aux termes de l'accord conclu le 16 décembre 2021 à la Commission nationale dento-mutualiste, sont réputés d'office avoir adhéré à cet accord pour leur activité professionnelle complète, conformément aux dispositions prévues au point 5.3.1, sauf s'ils ont, dans les 30 jours qui suivent la publication de cet accord au Moniteur belge, communiqué d'une part, les conditions de temps et de lieu dans lesquelles ils appliqueront le montant des honoraires qui y sont fixés, conformément aux clauses du présent accord, et d'autre part les conditions de temps et de lieu dans lesquelles ils n'appliqueront pas le montant des honoraires qui y sont fixés. Cette communication se fait au moyen de l'application en ligne que l'INAMI met à disposition à cette fin au moyen du portail MyInami.

5.3.3. 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 5.3.2 appliqueront les montants d'honoraires qui y sont fixés, peuvent être appliqués à partir de leur communication au moyen de l'application en ligne que l'INAMI met à disposition à cette fin au moyen du portail MyInami.

5.3.4. Les expressions de volonté sous les points 5.3.1, 5.3.2 et 5.3.3 sont censées être faites à la date de l'enregistrement dans l'application du portail MyInami. Après l'enregistrement, un document de confirmation du nouveau statut d'adhésion sera disponible sur le portail MyInami. Si ce document de confirmation n'est pas disponible, le praticien de l'art dentaire doit immédiatement contacter l'INAMI via les données de contact mentionnées dans MyInami avant l'expiration du délai de communication des expressions de volonté susmentionnés.

5.3.5. Conformément à l'article 73 §1^{er} de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les praticiens de l'art dentaire 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 leur adhésion ou leur refus d'adhésion à l'accord et/ou les jours et heures pour lesquels ils n'ont pas adhéré à l'accord.

6 SUIVI DE L'ACCORD

La CNDM assurera le suivi de l'exécution de l'accord au moyen d'un tableau de bord qui sera établi chaque trimestre. L'avancement de l'exécution de l'accord fera en plus l'objet d'une concertation avec le ministre des Affaires sociales.

Conclu à Bruxelles, le 20 décembre 2021

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

Les représentants des organismes assureurs,

ANNEXE 1 : Priorités 2023

Priorités 2023	Coût en 000 EUR (base annuelle)
Forfait de disponibilité services de garde	<i>p.m.</i>
Intégration partielle des tarifs maximaux dans la nomenclature	20.000
Suppression de la règle de continuité pour le détartrage	4.700
Extension de la limite d'âge des codes enfants (sans TM) jusqu'au 19ème anniversaire	3.527
Même tarif pour la radiographie intrabuccale supplémentaire que la 1ère	5.601
Adaptation trajet de soins buccaux :	
- Suppression régime préférentiel	515
- De 1 à 2 ans	4.893
- Suppression pour les +70 ans ou prothèses	3.164
Forfait de réhabilitation	<i>p.m.</i>
Augmentation montant statut social de 500 EUR	1.883
Total :	44.283

ANNEXE 2 :LETTRES-CLES

Verstrekking	Sleutelletter
378335 - 378346	1,022266
378335 - 378346	1,022266
378335 - 378346	1,022266
378335 - 378346	1,022266
378335 - 378346	1,022266
308335 - 308346	1,022266
308335 - 308346	1,022266
308335 - 308346	1,022266
308335 - 308346	1,022266
308335 - 308346	1,022266
379536 - 379540	1,036250
379551 - 379562	1,036250
309536 - 309540	1,036250
309551 - 309562	1,036250
378954 - 378965	1,037415
378976 - 378980	1,037415
378954 - 378965	1,037415
378976 - 378980	1,037415
378954 - 378965	1,037415
378976 - 378980	1,037415
378954 - 378965	1,037415
378976 - 378980	1,037415
378954 - 378965	1,037415
378976 - 378980	1,037415
377112 - 377123	1,037500
307112 - 307123	1,037500
377016 - 377020	1,038462
377031 - 377042	1,038462
307016 - 307020	1,038462
307031 - 307042	1,038462
377134 - 377145	1,045455
307134 - 307145	1,045455
309735 - 309746	1,046115
309750 - 309761	1,046115
309610 - 309621	1,047592
309632 - 309643	1,047592
309691 - 309702	1,047592
309713 - 309724	1,047592
307731 - 307742	1,047872
307753 - 307764	1,047872
307775 - 307786	1,047872
307790 - 307801	1,047872
307812 - 307823	1,047872
307834 - 307845	1,047872
307856 - 307860	1,047872
307871 - 307882	1,047872
307893 - 307904	1,047872
307915 - 307926	1,047872
308512 - 308523	1,048118
308534 - 308545	1,048118
309654 - 309665	1,048118
309676 - 309680	1,048118
306832 - 306843	1,048333
306854 - 306865	1,048333
306876 - 306880	1,048333
306891 - 306902	1,048333
306913 - 306924	1,048333
306935 - 306946	1,048333
309573 - 309584	1,048387
309595 - 309606	1,048387
308092 - 308103	1,048479
308114 - 308125	1,048479
308136 - 308140	1,048479
308151 - 308162	1,048479
307930 - 307941	1,048544
307952 - 307963	1,048544
307974 - 307985	1,048544
307996 - 308000	1,048544
308011 - 308022	1,048565
308033 - 308044	1,048565
308055 - 308066	1,048565
308070 - 308081	1,048565
377053 - 377064	1,062500
307053 - 307064	1,062500

Verstrekking	Sleutelletter
377090 - 377101	1,121951
377274 - 377285	1,121951
307090 - 307101	1,121951
307274 - 307285	1,121951
377230 - 377241	1,126016
307230 - 307241	1,126016
307252 - 307263	1,126016
389631 - 389642	1,200000
389653 - 389664	1,208333
371254 - 371265	1,275000
301254 - 301265	1,275000
379514 - 379525	1,300000
309514 - 309525	1,300000
305933 - 305944	1,458621
305955 - 305966	1,458621
372514 - 372525	1,500000
372536 - 372540	1,500000
371696 - 371700	1,500000
371711 - 371722	1,500000
371733 - 371744	1,500000
371755 - 371766	1,500000
371770 - 371781	1,500000
301696 - 301700	1,500000
301711 - 301722	1,500000
301733 - 301744	1,500000
301755 - 301766	1,500000
301770 - 301781	1,500000
302153 - 302164	1,500000
302175 - 302186	1,500000
302190 - 302201	1,500000
302212 - 302223	1,500000
302234 - 302245	1,500000
301976 - 301987	1,500000
305911 - 305922	1,500000
301276 - 301280	1,533333
301291 - 301302	1,533333
301313 - 301324	1,533333
301335 - 301346	1,533333
301350 - 301361	1,533333
305616 - 305620	1,545455
305653 - 305664	1,545455
305734 - 305745	1,545455
374931 - 374942	1,583333
304931 - 304942	1,583333
305852 - 305863	1,583333
305631 - 305642	1,596000
305675 - 305686	1,596000
373575 - 373586	1,596926
373774 - 373785	1,596926
303575 - 303586	1,596926
303774 - 303785	1,596926
305874 - 305885	1,600000
373590 - 373601	1,600512
373612 - 373623	1,600512
303590 - 303601	1,600512
303612 - 303623	1,600512
374356 - 374360	1,603448
374430 - 374441	1,610000
304430 - 304441	1,610000
373811 - 373822	1,633333
373892 - 373903	1,633333
373951 - 373962	1,633333
374393 - 374404	1,633333
374452 - 374463	1,633333
304393 - 304404	1,633333
304452 - 304463	1,633333
373973 - 373984	1,635714
373833 - 373844	1,637500
373914 - 373925	1,637500
374474 - 374485	1,637500
373855 - 373866	1,640000
373936 - 373940	1,640000
305830 - 305841	1,700000
305572 - 305583	1,717391
305550 - 305561	1,759259

Verstrekking	Sleutelletter
371151 - 371162	1,761518
301151 - 301162	1,761518
301173 - 301184	1,761518
374415 - 374426	1,825000
304415 - 304426	1,825000
371195 - 371206	1,888889
301195 - 301206	1,888889
301210 - 301221	1,888889
374872 - 374883	1,933333
304872 - 304883	1,933333
304916 - 304920	1,933333
374850 - 374861	1,980198
304850 - 304861	1,980198
304894 - 304905	1,980198
379094 - 379105	2,040816
379116 - 379120	2,040816
309094 - 309105	2,040816
309116 - 309120	2,040816
379131 - 379142	2,044444
379153 - 379164	2,044444
378350 - 378361	2,044444
309131 - 309142	2,044444
309153 - 309164	2,044444
308350 - 308361	2,044444
379050 - 379061	2,047059
379072 - 379083	2,047059
309050 - 309061	2,047059
309072 - 309083	2,047059
379013 - 379024	2,048780
379035 - 379046	2,048780
309013 - 309024	2,048780
309035 - 309046	2,048780
375034 - 375045	2,113208
305034 - 305045	2,113208
375012 - 375023	2,113636
305012 - 305023	2,113636
373634 - 373645	2,115385
373656 - 373660	2,117925
374570 - 374581	2,117925
304570 - 304581	2,117925
374555 - 374566	2,118750
375056 - 375060	2,118750
304555 - 304566	2,118750
305056 - 305060	2,118750
374533 - 374544	2,122642
375071 - 375082	2,122642
304533 - 304544	2,122642
305071 - 305082	2,122642
374312 - 374323	2,125000
304312 - 304323	2,125000
374371 - 374382	2,200000
304371 - 304382	2,200000
374754 - 374765	2,466667
304754 - 304765	2,466667
374776 - 374780	2,475000
304776 - 304780	2,475000
371033 - 371044	2,909091
301033 - 301044	2,909091
301593 - 301604	3,172710
301372 - 301383	3,176312
371070 - 371081	3,307692
301070 - 301081	3,307692
371055 - 371066	3,333333
301055 - 301066	3,333333
371615 - 371626	3,464286
371571 - 371582	3,500000
371092 - 371103	4,666667
371114 - 371125	4,666667
301092 - 301103	4,666667
301114 - 301125	4,666667
371011 - 371022	5,400000
301011 - 301022	5,400000