

EXTRAIT DES NOTULES DU
CONSEIL TECHNIQUE DENTAIRE

Réunion du ~~28 avril 2011~~

19 avril 2012



...

I. **PROJET DE NOMENCLATURE 2012 – OUTLIERS**

Délégation des valeurs P et fixation d'un plafond

M. VAN DE VELDE commente la décision de la Commission nationale dento-mutualiste (CNDM) d'avril 2012 visant à modifier la proposition de nomenclature formulée précédemment. Il a été demandé que la nomenclature prévoie une délégation permettant à la CNDM (via le Comité de l'assurance ou non) d'apporter des modifications au plafond restant à fixer ainsi qu'aux valeurs P des prestations.

M. VAN DE VELDE dit qu'à ce sujet, un avis juridique a été sollicité, qui précise que pareille délégation va trop loin. L'article 35 de la loi SSI dispose que le Roi est compétent pour mettre au point des règles d'application de la nomenclature. Fixer le plafond dans le règlement du 28 juillet 2003 par exemple ne peut se faire et pourrait se heurter à un avis négatif du Conseil d'État, avec toutes les conséquences que cela implique pour la proposition elle-même.

M. DEVRIESE estime nécessaire de bien étayer la proposition de nomenclature et juge pour cette raison inopportun de procéder encore au moyen d'une délégation dans le projet de nomenclature. Il a deux autres questions :

- Procédera-t-on sur la base de la date de prestation ou bien de la date de facturation ?
- Le SECM contrôlera-t-il les maîtres de stage tant que la facturation ne distingue pas clairement ce que le stagiaire atteste ?

M. MOUSSET signale qu'il importe pour le SECM que les prestations aient été attestées mais que les dates de prestation soient utilisées au bout du compte. En ce qui concerne la seconde question, il souligne que le SECM commence toujours par une enquête et tient compte à ce moment-là de tous les aspects qui importent dans le dossier. Si l'attestation du stagiaire n'a pas encore été séparée de l'attestation du maître de stage, il en sera certainement tenu compte.

Après discussion, le Conseil décide de ne pas prévoir de délégation dans la proposition de nomenclature, mais bien de proposer à la CNDM d'inscrire dans le prochain Accord national une évaluation du plafond, ainsi que de prévoir un mécanisme où toute modification (indésirable) d'un plafond entraînerait la rupture de l'Accord national en vigueur.

Texte de la nomenclature - article 6, § 19

M. VAN MEENEN, secrétaire, demande si tout le monde peut se retrouver dans la disposition de nomenclature présentée et il commente le mécanisme que la sous-tend.

§ 19. À toute prestation de l'article 5, il est attribué un coefficient de pondération P. L'intervention de l'assurance est soumise à la condition que pendant une période donnée qui ne peut être inférieure à 30 jours, qui comprend au moins xxx prestations portées en compte à l'assurance maladie par jour, le total des coefficients P ne peut dépasser yy P (moyenne journalière calculée pendant la période en question).

M. LYSSENS constate que le texte est resté inchangé et demande ce qui a pu se passer précisément.

M. HANSON pense qu'il y a beaucoup de changements. Une concertation a été menée et l'on trouve maintenant aussi des commentaires sur l'esprit de la mesure, qui donnent des informations très intéressantes. Il souligne qu'il faut agir par rapport aux *outliers*. Ne prendre aucune mesure, c'est accepter l'existence des *outliers* sans plus jamais les attaquer.

M. WILLEMS formule deux remarques au sujet de la proposition de nomenclature :

- D'abord, il estime préférable d'exprimer aussi l'activité minimale par une valeur P et non par un nombre de prestations.
- Ensuite, il constate un problème dans la phrase ... *le total des coefficients P ne peut dépasser yy P (moyenne journalière calculée pendant la période en question)*. En effet, opposer un total à une moyenne journalière (l'yy P) implique toujours un dépassement. Il juge préférable de reformuler ce texte.

Après discussion, et puisque le SECM devra appliquer concrètement cette disposition, il est proposé de ne pas changer pour le moment le texte actuel, mais de permettre au SECM de réagir encore, en application de l'avis susceptible d'être formulé sur une proposition de nomenclature. Le Conseil approuve la proposition de nomenclature. Le plafond et l'activité minimale à l'article 6, § 19

M. SEIJNHAEVE, président, demande aux membres de fixer les chiffres suivants lors de la détermination du plafond :

- 1) Total annuel en « P » ;
- 2) Nombre de jours de travail (pour définir un jour de travail une activité minimale doit être fixée par jour)
- 3) Moyenne journalière en « P ».

M. HANSON pense que le régime tel qu'il a été élaboré maintenant n'a pas encore été suffisamment testé et qu'il vaut mieux partir d'un plafond élevé afin d'éviter que des praticiens qui travaillent de bonne foi soient visés par la mesure. Pour cette raison, il propose de commencer par une limite élevée et d'intégrer une phase de révision éventuelle. Il propose 45 000 P. En fonction de 300 jours de travail environ, il pense que qu'une moyenne journalière de 150 P est acceptable.

M. DEVRIESE propose de ne pas monter trop haut, parce qu'abaisser ce plafond a posteriori ne sera pas si évident. Il propose une base annuelle de 43 500 P, mais postule que le nombre de jours de travail sera un peu inférieur. Il se rallie à une moyenne journalière de 150 P.

Les organismes assureurs se rallient eux aussi à la moyenne journalière de 150 P.

Les représentants de la VBT proposent une moyenne journalière de 180 P.

M. SEIJNHAEVE, président, clôt la discussion et propose de transmettre les différents chiffres à la CNDM, qui devra trancher en fin de compte. Concernant le total annuel en P, les chiffres retenus sont 43 500 et 45 000. Concernant la moyenne journalière, la fourchette va de 150 à 180 P. Concernant l'activité minimale, qui s'exprime en nombre de prestations par jour, il y a un consensus sur 6 prestations.

Les valeurs P des prestations de l'art dentaire

M. SEIJNHAEVE, président, demande aux membres de passer une dernière fois en revue les valeurs P des diverses prestations. Il signale également que la valeur P de la prestation 308534-308545 est fixée actuellement à 144 P. Vu les moyennes journalières qui sont considérées actuellement, il juge préférable d'adapter cette valeur. Par ailleurs, il propose également d'attribuer les valeurs P au supplément d'honoraires pour les jours de pont.

M. SEIJNHAEVE, président, propose les valeurs suivantes :

Code	Omschrijving	P
308534-308545	Piliers et ancrage 77	77
389572-389583	Supplément d'honoraires jour de pont	12
389594-389605	Bijkomend honorarium brugdag	9
389616-389620	Bijkomend honorarium brugdag	6
389631-389642	Bijkomend honorarium brugdag	3
389653-389664	Bijkomend honorarium brugdag	2
3x1136-3x1140	Supplément d'honoraires jour de pont consultation	1

Le Conseil attribue les valeurs P à ces prestations.

La liste avec les prestations article 5 et leurs valeurs P, se trouve en annexe.

...

Le Secrétaire,

Le Président,

P. VAN MEENEN

M. SEIJNHAEVE.

EXTRAIT DES NOTULES DE LA
COMMISSION NATIONALE DENTO-MUTUALISTE

PROCÈS-VERBAL DE LA RÉUNION DU 24 AVRIL 2012

Première séance – 19H00 à 20H45.



...

2. **Indexation 1/5/2012 : constatation de la sous-consommation 2012 et proposition de modification de la nomenclature concernant la problématique des « outliers » (Docs. CNDM 2012-7 et CNDM 2012/7bis)**

M. VAN DE VELDE expose la note 2012/7bis distribuée en séance.

M. PEETERMANS commente la note 2012-7.

Sur la base des chiffres, M. HANSON constate un retard dans l'accroissement des dépenses. Il se demande s'il s'agit d'une conséquence de la crise.

M. DE RIDDER affirme que lors des estimations du mois de juin, on examinera minutieusement ces retards afin que 2013 puisse être estimée le plus précisément possible. Il demande aux membres si on peut estimer qu'il y a un espace de 11,434 millions, grâce auquel il est satisfait à la première condition.

La Commission nationale dento-mutualiste confirme cette constatation.

M. DE RIDDER précise qu'en ce qui concerne le deuxième point, une proposition de nomenclature se trouve sur la table du Conseil technique dentaire dans laquelle un certain espace est laissé à la CNDM pour l'interprétation. Des informations juridiques qui stipulent que les valeurs doivent être inscrites dans la nomenclature et que d'autres mécanismes doivent être trouvés pour garantir la sécurité et une flexibilité par exemple via des engagements dans l'accord, complètent cette proposition. Il renvoie également au § 19 dans l'article 6 de la nomenclature dans la version telle que proposée par le SECM et à la proposition visant à ne prendre en compte pour le calcul de la moyenne journalière que les jours ouvrables où au moins 6 prestations sont attestées. Il demande aux membres s'il y a des remarques à ce sujet.

M. DE VOS signale que son organisme professionnel défend totalement le principe selon lequel les outliers doivent être poursuivis et qu'il doit être mis fin aux mécanismes frauduleux. Il n'est toutefois pas d'accord avec le principe de plafonnement utilisé à cet effet. La proposition telle qu'elle est proposée actuellement ne satisfait d'après lui pas à la mission confiée le 15 décembre 2011 au CTD, à savoir que le SECM ne peut récupérer le dépassement qu'après examen du volume moyen du praticien de l'art dentaire par jour ET de la réalité et la conformité des prestations avec la nomenclature. On l'a aussi constaté lors de la réunion précédente. La proposition a été renvoyée au CTD, mais il constate qu'elle n'a toujours pas été adaptée.

M. DE RIDDER répond qu'au cours de la réunion précédente, la proposition suivante a été acceptée : 1° on se posait des questions quant à l'exactitude de l'évaluation des valeurs P et il a été demandé de les revoir 2° si le plafond peut être adapté rapidement au moyen d'une délégation dans la nomenclature. En ce qui concerne le point 1, le CTD a proposé une adaptation et en ce qui

concerne le second point nous disposons d'un avis juridique qui stipule que ce n'est pas possible, mais il y a d'autres possibilités qui peuvent apporter la sécurité demandée. Le débat qui est de nouveau ouvert a été clôturé lors de la réunion précédente.

M. DE VOS dit que la décision du 15 décembre 2011 est un document officiel émanant de la Commission nationale qu'il n'est plus possible de modifier lors d'une discussion suivante.

M. DE RIDDER répond que la Commission nationale dento-mutualiste décide souverainement. Elle confie une mission au CTD. Le CTD émet une proposition au sujet de laquelle la Commission prend une décision. Elle peut de nouveau décider de renvoyer la proposition au CTD s'il n'est pas d'accord, mais il se pose alors un problème de timing.

M. HANSON répète qu'il est absolument indispensable de limiter les excès. Il regrette que la Commission doive prendre l'initiative parce que les offices de contrôle ne disposent pas de suffisamment de mécanismes dans leur législation pour s'attaquer à la fraude. Il ne s'agit pas de l'économie calculée, car selon lui l'effet secondaire sera plus important. Il a pris connaissance des points f et g de la note qui pour lui, devraient constituer un fil conducteur évident pour le SECM. C'est nécessaire avec cette mesure car dans le passé on a constaté que leurs campagnes d'information voyaient le jour sans concertation et qu'on se basait sur des critères erronés. L'organisation professionnelle reçoit par ailleurs régulièrement des plaintes concernant la manière irrespectueuse dont certains dentistes sont traités lors des contrôles. Malgré le manque de confiance, il faut avoir le courage d'éradiquer les fraudeurs. Pour cette raison, il espère que le SECM jouera son rôle comme il se doit. Si un collègue devait être désigné, alors le SECM dispose des moyens existants pour effectuer un contrôle et du facteur du plafond qui peut veiller à ce que chaque obturation attestée par erreur ne doive pas être prouvée, comme c'est le cas actuellement. Il espère aussi que le SECM tiendra compte du fait que le délai de 30 jours constitue un minimum et que dans les cas où il ne craint pas que le dispensateur de soins disparaisse rapidement, il puisse rallonger la période. Cela éliminera l'effet du hasard de plusieurs semaines difficiles. Une évaluation très rapide doit être possible de sorte qu'en cas de problème on puisse immédiatement procéder à la correction. Si on constate que des collègues de bonne foi sont injustement victimes de cette procédure, le système doit pouvoir être supprimé. Il signale finalement que le travail des derniers jours, où des profils ont été étudiés, a conduit à la constatation que la limite fixée par le CTD de 150 P n'est pas assez élevée. Il propose de porter la limite à 200 P.

M. BRONCKAERS signale que le système en est à ses débuts et qu'il reste quelques facteurs inconnus. Si on constate que le système est trop strict, la Commission nationale doit s'engager à adapter la réglementation. Le contraire peut aussi être vrai, à savoir que le système ne soit pas assez strict pour réaliser l'effet escompté. Dans ce cas-ci, il faut également un engagement de la Commission nationale pour apporter les modifications nécessaires. Aux yeux de l'opinion publique, il est plus logique de rehausser la limite par après que de la redescendre, c'est pourquoi 200 P lui semblent un peu trop et il plaide pour 180 P comme valeur initiale en même temps qu'un bon monitoring et évaluation de la part du SECM. Il comprend que la confiance dans le SECM n'est pas très élevée, mais il réfère à leurs intentions visant à ne contrôler dans une phase initiale que les extrêmes. Une valeur P élevée est par ailleurs indispensable parce que l'effet effrayant est beaucoup plus important que la récupération.

M. HUBERT estime qu'il ne faut pas compliquer la vie des dentistes avec une nomenclature compliquée et avec un risque d'effets secondaires pervers si on ne vise réellement qu'une trentaine parmi eux. Il estime qu'une telle mesure ne doit pas être acceptée en échange d'une indexation partielle qui n'est jamais proportionnelle aux coûts annuels croissants dans un cabinet dentaire. Il propose de renvoyer le dossier au Conseil technique dentaire afin de trouver une mesure cohérente qui puisse être expliquée aux collègues et basée sur des critères économiques. On établit une liste d'outliers, mais il faut d'abord se demander quelle dynamique se cache derrière. Par exemple : dans la liste de 98 outliers ne figurent que 22 dentistes de la région wallonne. Les autres viennent de Flandre, comment cela se fait-il ?

M. LAURENT s'étonne de cet argument. Excepté les 30 outliers visés, personne ne doit se tracasser. Ils n'auront dès lors aucun inconvénient des valeurs P. Il souligne qu'au cours des années écoulées, différentes mesures avaient déjà été prises pour limiter les outliers. La présente mesure a comme avantage qu'un effet dissuasif vient s'y ajouter qui veillera à ce que quelques dentistes puissent automatiquement corriger leur pratique. Il est aussi partisan d'une valeur P 180.

Mme SCHUHMANN renvoie aux mesures prises dans le passé. A l'exception des travaux au sein de la Commission de profils, elles n'ont pas connu beaucoup de succès. Elle se demande dès lors pourquoi elles seraient couronnées de succès cette fois-ci.

Puisque l'effet dissuasif est le principal effet de la mesure, M. HUBERT se demande pourquoi on ne peut atteindre cet objectif grâce à des contrôles approfondis du SECM chez les dentistes qui sont connus pour être des outliers.

M. DEVRIESE explique qu'il ressort des cas traités par les Chambres que le SECM ne dispose pas de suffisamment de moyens juridiques pour arrêter les dentistes concernés. Il faut apporter la preuve, prestation après prestation, qu'une obturation qui a par exemple été attestée il y a deux ans n'a pas été réalisée. C'est impossible.

M. BREMHORST ajoute que la mesure constitue aussi un moyen de pression pour les dentistes qui séjournent brièvement dans notre pays et réalisent à très court terme un énorme volume qui reste en-deçà des feux clignotants de la Commission de profils. Ils ont quitté le pays depuis longtemps avant que le SECM ne retrouve leurs traces.

M. DE VOS demande que l'on insère dans le projet de texte de la nomenclature qu'une récupération par le SECM sur la base d'un dépassement du plafond n'est possible qu'après un contrôle de la réalité et de la conformité des prestations avec la nomenclature. Cela offrirait plus de sécurité aux dentistes et pourrait peut-être être accepté par son organisation.

M. DE RIDDER répond qu'on ne peut pas définir dans la nomenclature ce que le SECM doit faire. Les compétences du SECM sont fixées dans la loi.

M. DE VOS répond qu'il appartient dès lors au législateur de prendre la présente mesure et qu'il ne faut pas le demander aux dentistes.

M. HANSON répond que la présente Commission est responsable de la gestion du budget du secteur. La règle de nomenclature en fait partie.

M. DE VOS ne voit pas le rapport entre une économie estimée à 1,7 million et la mesure draconienne imposée à 8000 dentistes.

M. DE RIDDER précise que le 1,7 million n'a qu'une valeur indicative. Si personne ne change son comportement et que la mesure est appliquée dans chaque dossier selon les procédures de récupération, alors l'assurance maladie réalise 1,7 million de recettes. Les dépenses demeurent identiques. Mais cet effet n'est pas visé, le but consiste à effrayer. La mesure permet aussi d'intervenir si le résultat escompté n'est pas obtenu.

M. HUBERT affirme que ce sont principalement les ratios qui sont mal estimés.

M. BRONCKAERS répond que les ratios et les valeurs P sont susceptibles de révision. Il rappelle qu'aucun dentiste ayant une pratique normale et qui livre du bon travail n'est visé. Si on a le sentiment qu'un dentiste est visé tout de même par cette mesure, il est le premier partisan d'une intervention dans la réglementation. Après l'entrée en vigueur de la mesure, il y aura une période de quelques mois qui sont nécessaires pour collecter les chiffres validés. À ce moment là, nous pourrons faire une première évaluation. Des données dépersonnalisées seront transmises à la Commission nationale et le SECM pourra expliquer comment elles ont été utilisées.

M. DEVRIESE ajoute que l'avantage de cette mesure est que tout est fixé dans la nomenclature. Les organes de l'art dentaire disposent d'un droit d'initiative pour y apporter à tout moment des modifications, afin de tenir compte des évolutions. On commence par un système qui autorise une évaluation. Les offices de contrôle ont intérêt à manipuler la mesure avec prudence sans quoi elle pourrait de nouveau être supprimée. En ce qui concerne le plafond, il propose 190 comme compromis entre le point de vue du VVT et les organismes assureurs.

M. HANSON prend acte du fait que quelques mois passeront avant de pouvoir effectuer une première analyse. Dans ce cas, on ne pourra conclure un accord que pour un an. Il estime également que l'argument selon lequel on accepterait plus facilement un plafond qui puisse être ultérieurement relevé plutôt qu'abaissé, est injustifié. Il effectue la comparaison avec un carrefour où l'on décide de replacer des feux de signalisation après qu'il y ait eu des morts. Ce n'est pas un bon point de départ. L'effet dissuasif aura de toute façon lieu et en ce qui concerne la récupération, nous avons la possibilité de d'abord effectuer une évaluation. La demande des collègues visant à approfondir les choses peut entre-temps se faire en toute sécurité.

M. GHILAIN répond que d'après la loi, les accords sont en règle générale conclus pour deux ans. Exceptionnellement, on autorise un accord pour un an mais alors il faut le motiver convenablement.

M. DE RIDDER propose qu'on insère un calendrier dans l'Accord national avec les moments clés auxquels certaines affaires doivent passer et dans lesquelles le SECM est impliqué. Le timing et la fréquence doivent être fixés.

Après une discussion concernant le niveau du plafond, M. DE RIDDER formule la proposition qui est soumise au vote. Il renvoie à la note 2012/7bis qui reprend tous les éléments et où les points f) et g) sont complétés par les considérations émises en séance. Dans l'annexe I, 150 P est remplacé par 190 P. On établit en outre un calendrier avec le rythme de l'évaluation.

M. THYS se demande s'il est permis de déroger à la proposition formulée par le CTD entre 150 P et 180 P.

M. DE RIDDER lit dans la note que le CTD a formulé une proposition comme la Commission nationale l'avait demandé le 2/04/2012, mais qu'il laisse le soin à la Commission de fixer définitivement les valeurs.

M. LAURENT ajoute que c'est un point de vue logique du CTD parce que cette décision est de nature politique plutôt que technique.

M. DEVRIESE demande une brève suspension de séance avant de procéder au vote.

La séance est suspendue.

Après la suspension, M. LAURENT prend la parole pour les organismes assureurs. Il accepte la proposition du VVT pour fixer le plafond à 200 P à condition que lors de la première évaluation le plafond soit analysé en profondeur et qu'il soit possible d'affiner le plafond si on constate que la mesure n'a pas l'effet escompté.

M. DE RIDDER répète sa proposition compte tenu de la remarque de M. Laurent. Cela signifie que dans l'annexe I de la note 7bis, 150 P doit être remplacé par 200 P. En exécution des articles 7 et 8 du Règlement d'ordre intérieur, il soumet la proposition au vote.

Le résultat du vote est le suivant :

1° Les 6 membres votants présents du banc des organismes assureurs ont émis le vote suivant :

MC : 2 voix pour
MUTSOC : 1 voix pour
ML : 1 voix pour
UL : 1 voix pour
CAAMI : 1 voix pour

La proposition du président est approuvée à l'unanimité par le banc des organismes assureurs

2° Les 10 membres votants présents du banc des praticiens de l'art dentaire ont émis le vote suivant :

SMD : 2 voix pour
VBT : 2 voix contre
CSD : 2 voix contre
VVT : 4 voix pour

6 des 10 votes émis approuvent la proposition du président.

M. DE RIDDER constate que le banc des praticiens de l'art dentaire n'obtient pas la majorité des $\frac{3}{4}$ exigée pour approuver la proposition comme prévu dans l'article 8 du Règlement d'ordre intérieur. On constate toutefois une majorité simple sur le banc des praticiens de l'art dentaire. Étant donné qu'il faut prendre une décision concernant la proposition avant le 1^{er} mai pour pouvoir ressortir ses effets, il demande aux membres l'autorisation de lever la séance et d'ouvrir une seconde séance au cours de laquelle la même proposition sera de nouveau soumise au vote. Les autres points de l'ordre du jour qui n'ont pas encore été examinés seront également examinés au cours de cette séance.

La Commission nationale dento-mutualiste marque son accord.

La séance est levée à 20 heures 45.

Le secrétaire,

Le président,

K. VAN DE VELDE
Attaché

H. DE RIDDER
Fonctionnaire dirigeant

EXTRAIT DES NOTULES DE LA
COMMISSION NATIONALE DENTO-MUTUALISTE

PROCÈS-VERBAL DE LA RÉUNION DU 24 AVRIL 2012

Deuxième séance – 20H45 à 22H10.

1. Indexation 1/5/2012 : proposition de modification de la nomenclature relative à la problématique des *oulliers* (Docs. CNDM 2012-7 et CNDM 2012-7bis – en annexe)

M. DE RIDDER, Président, réitère la proposition soumise au vote lors de la séance précédente et qui n'a été approuvée qu'à la majorité simple par le banc des praticiens de l'art dentaire. Conformément à l'article 8 du Règlement d'ordre intérieur, il resoumet la même proposition au vote : la note 2012/7bis qui reprend tous les éléments et qui approfondit les points f) et g) sur la base des considérations émises lors de la séance précédente. A l'annexe I, 150 P est remplacé par 200 P. En outre, un calendrier du rythme d'évaluation est établi.

M. THYS demande si la proposition peut encore faire l'objet d'une modification. Il suggère de ramener de 6 prestations à 1 ou 2 prestations le nombre minimum de prestations à prendre en considération comme journée de travail pour le calcul de la moyenne journalière. Il est d'avis que des *oulliers* en profiteront pour attester 5 prestations lourdes un jour qui ne sera pas pris en compte pour le calcul de la moyenne.

M. DE RIDDER, Président, répond que l'article 8 du Règlement d'ordre intérieur prévoit que la même proposition doit être soumise au vote lors d'une deuxième séance.

M. BRONCKAERS suggère d'y prêter une attention particulière lors de la première analyse de la mesure et de vérifier si de telles pratiques sont appliquées.

M. DE RIDDER, Président, marque son accord sur ce point et procède au vote de la proposition formulée antérieurement.

Les voix sont comptées et donnent le résultat suivant :

1° Les 6 membres ayant voix délibérative, présents sur le banc des organismes assureurs votent comme suit :

MC: 2 votes favorables
MUTSOC: 1 vote favorable
MLIBRES: 1 vote favorable
ML: 1 vote favorable
CAAMI: 1 vote favorable

La proposition formulée par le Président est approuvée à l'unanimité par le banc des organismes assureurs.

2° Les 10 membres ayant voix délibérative, présents sur le banc des praticiens de l'art dentaire votent comme suit :

SMD: 2 votes favorables
VBT: 2 votes négatifs
CSD: 2 votes négatifs
VVT: 4 votes favorables

6 des 10 votes émis approuvent la proposition du Président.

M. DE RIDDER, Président, constate qu'une double majorité est atteinte sur le banc des praticiens de l'art dentaire et qu'elle suffit conformément à l'article 8 du Règlement d'ordre intérieur pour accepter la proposition.

De par l'approbation de la proposition d'adaptation de la nomenclature en vue de limiter les *oulliers* et de par la constatation faite lors de la séance précédente concernant la sous-estimation d'au moins 11.434.000 EUR du trend des dépenses 2012, il est satisfait aux conditions convenues le 15/12/2012 pour indexer les tarifs 2011 de 2.99 % au 1/5/2012.

La Commission nationale dento-mutualiste approuve la proposition formulée par le Président et décide de la transmettre au Comité de l'assurance. Il prend connaissance de la hausse d'indexation à partir du 1/5/2012.

...

Le Secrétaire,

Le Président,

K. VAN DE VELDE
Attaché

H. DE RIDDER
Fonctionnaire dirigeant.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 □ 1150 BRUXELLES
□□□□□□
Service des soins de santé



COMMISSION DE CONTROLE BUDGETAIRE

Note CCB n° 2012/181

Bruxelles, le 06/06/2012

AVIS DE LA COMMISSION DE CONTROLE BUDGETAIRE

Modification de la nomenclature dentaire – Art. 5 et 6 – Mesure visant la limitation des «
outliers ».

1

**Modification de la nomenclature dentaire – Art. 5 et 6 – Mesure visant la limitation des
« outliers ».**

(Note C.C.B. 2012/164)

Avis de la Commission de contrôle budgétaire

(Note C.C.B. 2012/181)

La Commission de contrôle budgétaire a, lors de sa réunion du 6 juin 2012, examiné le dossier susmentionné.

Au sein de la Commission nationale dento-mutualiste un consensus s'est formé sur le fait que les profils annuels en dépenses INAMI d'un nombre réduit des praticiens de l'art dentaire prend des proportions irréalistes, dans le sens où il est impossible de faire un tel nombre de prestations dans un espace de temps déterminé, sans perdre un minimum de qualité et/ou en appliquant les règles de la nomenclature correctement.

A côté de chaque prestation de l'art. 5 de la nomenclature, une valeur P est ajoutée. Cette valeur P est une pondération en fonction de temps et complexité des prestations. Le point de départ pour la fixation des valeurs P est le tarif 2010 de chaque prestation, modulé en fonction de la part du coût du matériel.

A l'article 6 est insérée une règle d'application qui subordonne l'intervention de l'assurance à la condition que la moyenne journalière des coefficients P, calculée sur une période qui ne peut pas être inférieure à 30 jours, ne peut pas dépasser 200 P. Seuls les jours pendant lesquels plus de 6 prestations ont été attestées entrent en considération pour ce calcul.

Sur la base des données fournies par les Organismes assureurs (OA) à l'Agence Inter-Mutualiste (AIM), ce dernier suivra les données de facturation des dentistes. Les dentistes qui dépassent le plafond repris dans la nomenclature, seront marqués et des informations seront transmises au Service d'évaluation et de contrôle médical (SECM). Quatre transmissions de données AIM-SECM pourront être prévues par an.

Chez les dentistes marqués par l'AIM, le SECM peut procéder à la rédaction d'un PV de constatation. Dans ce cas, les OA seront invités à transmettre les données de facturation du praticien. Le dépassement de la moyenne journalière sur une période d'au moins 30 jours comportant un seuil d'activité minimale est qualifié de non-conforme à la nomenclature. Ensuite l'affaire est portée devant les juridictions administratives.

MOYENS BUDGETAIRES 2012 (note CGSS 2012/26)

Rubrique 2 (dentistes) : 822.036 milliers €

Pour ce dossier

0 €

INCIDENCE BUDGETAIRE

- 1.700.000 € sur base annuelle (voir annexe)

L'estimation réalisée sur base de données annuelles ne prend pas en compte la notion de jour ; l'économie réalisée pourrait être sous-évaluée ; en effet certains prestataires qui ne

comptent que seulement quelque mois d'activité pourrait ne pas être pris en compte dans l'estimation réalisée.

En outre, cette mesure pourrait avoir avec un impact psychologique important dont le chiffrage est difficilement réalisable.

Cette mesure devrait donc générer à long terme des effets sensiblement plus importants que ceux annoncés.

CONCLUSION

Etant donné sa compatibilité budgétaire, la Commission de contrôle budgétaire émet un avis positif sur ce dossier relatif à la limitation des outliers.

ANNEXE FINANCIERE

L'accord 2011-2012 comprend une demande d'évaluer via l'audit permanent l'évolution des dépenses réalisées par les « outliers » en regard de l'évolution des dépenses relatives à l'article 5 de la nomenclature réalisées par tous les autres dentistes (point 5 de l'accord relatif aux mesures de correction).

On entend par outliers les dentistes dont le niveau de dépenses est égal ou supérieur à celui correspondant au quartile 3 majoré de 2 fois la différence entre le niveau de dépenses du quartile 3 et celui du quartile 1.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Dépenses INAMI par dentiste						
quartile 1	32.837,35	34.112,66	36.494,87	41.446,63	46.542,64	48.505,44
médiane	59.264,84	61.688,02	66.533,23	75.635,33	82.986,77	86.139,85
quartile 3	89.038,87	93.147,80	100.071,02	115.310,34	124.830,59	128.309,02
Maximum	654.579,82	643.659,90	618.161,45	698.954,35	816.064,48	708.965,38
Nombre de prestataires avec profil	7.805	7.874	7.829	7.870	7.873	7.892
Montant moyen	65.707,74	68.409,08	73.268,76	83.808,22	91.581,93	94.113,41
definition outlier: montant > Q3 + 2*(Q3-Q1)						
outlier: montant à partir de	201.441,91	211.218,08	227.223,32	263.037,77	281.406,49	287.916,18
nombre outliers	112	118	106	102	100	98
dépenses outliers (000 EUR)	28.741	31.077	29.983	33.602	35.332	33.853
dépenses DocN (000 EUR)	514.178	540.400	575.350	661.455	723.084	744.676
Quote-part outliers	5,6%	5,8%	5,2%	5,1%	4,9%	4,5%
dépassement limite outlier (000 EUR)	6.180	6.153	5.897	6.772	7.191	6.503

Règles application article 6:

- Plafond annuel: 45000 p (sur base de 225 jours de travail).
- moyenne journalière: 200 p
- Activité minimum (de moindre importance pour le calcul): 6 prestations par jour.

Sur base des données de profil 2010 on obtient, par le biais de cette limite annuelle, un montant d'économie de 1.700 milliers €.

plafond
45.000

Rang outlier selection 1	Somme P - valeurs	Rang outlier selection 2	Somme dépenses	diminution p-valeurs	estimation économie
2	68.018	1	528.064	-33,8%	-178.703
20	62.298	2	399.347	-27,8%	-110.885
5	58.517	3	466.251	-23,1%	-107.702
26	57.760	4	380.140	-22,1%	-83.980
9	57.070	5	442.784	-21,2%	-93.649
4	56.933	6	473.997	-21,0%	-99.351
7	56.867	7	451.309	-20,9%	-94.180
17	56.514	8	408.749	-20,4%	-83.276
23	55.657	9	392.395	-19,1%	-75.133
15	54.998	10	417.823	-18,2%	-75.954
16	54.114	11	417.529	-16,8%	-70.321
13	53.694	12	419.220	-16,2%	-67.878
21	52.893	13	396.637	-14,9%	-59.191
6	52.003	14	458.661	-13,5%	-61.767
30	51.679	15	375.036	-12,9%	-48.471
8	51.217	16	443.184	-12,1%	-53.796
36	50.943	17	357.698	-11,7%	-41.730
31	50.508	18	370.358	-10,9%	-40.388
14	49.849	19	417.733	-9,7%	-40.632
45	49.547	20	344.154	-9,2%	-31.581
28	48.284	21	377.767	-6,8%	-25.693
46	48.094	22	343.693	-6,4%	-22.111
27	48.014	23	377.733	-6,3%	-23.712
41	47.380	24	349.938	-5,0%	-17.580
32	47.362	25	369.636	-5,0%	-18.434
11	47.214	26	428.378	-4,7%	-20.084
38	47.042	27	351.459	-4,3%	-15.256
40	47.021	28	350.359	-4,3%	-15.061
42	46.832	29	349.175	-3,9%	-13.657
50	46.438	30	337.429	-3,1%	-10.449
39	45.571	31	350.328	-1,3%	-4.392
33	45.046	32	362.806	-0,1%	-373

-1.705.370



EXTRAIT DES NOTULES DU COMITE DE L'ASSURANCE

Réunion du ~~18 juillet 2012~~

11 juin 2012

- ...
12. a) Modification de la nomenclature dentaire – Art. 5 et 6 – Mesure visant la limitation des « outliers » (Note CSS 2012/189)
 - b) Avis de la commission du contrôle budgétaire (Note CSS 2012/189 add.)

M. VAN DE VELDE introduit la note CSS 2012/189.

Le Comité de l'assurance prend connaissance de l'avis favorable de la Commission de contrôle budgétaire.

M. MOENS, vice-président, estime qu'il s'agit d'une décision incompréhensible de la part des collègues dentistes. Il sait qu'ils sont divisés à ce sujet. Ici on semble signaler qu'il y a un consensus mais selon lui il y a clairement deux tendances.

Après maintes discussions, on obtiendra un consensus car il s'agit également du volet financier, notamment l'obtention ou non de l'indexation. Il estime qu'il est improbable qu'un groupe de dentistes indépendants, car cela pourrait alors aussi s'appliquer aux médecins, se laisse limiter le nombre de prestations. Il ne tient pas à discuter du nombre car il ne sait pas estimer ce que les listes signifient. Il ne peut pas marquer son accord sur le fait qu'on impose des limitations du nombre de prestations. C'est inacceptable et incompréhensible. On constate qu'en fait le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) ne sait pas coïncider un groupe limité d'une centaine de dentistes parmi lesquels une quarantaine abusent fortement du régime du tiers payant et appliquent des pratiques frauduleuses. Le travailleur indépendant est dupé parce que le SECM ne parvient apparemment pas à coïncider 40 fraudeurs connus. Il estime qu'il s'agit d'un dossier scandaleux. La comparaison avec la kinésithérapie n'a pas de sens. On finira bientôt par dire que le travailleur indépendant ne peut travailler que 8 heures par jour. Il se demande vers quoi on va. Il a essayé de convaincre des dentistes mais l'indexation a apparemment eu plus de poids que ce débat fondamental. Il est inacceptable que pour maintenir l'index on laisse filer un tel débat fondamental.

M. ROEX se rallie à l'avis de son collègue.

M. MESTRUM confirme que le dentiste est un travailleur indépendant. Il est dès lors très difficile pour eux de devoir accepter qu'un des principes de la profession d'indépendant doive être corrigé pour accorder un atout supplémentaire au SECM. Ce n'est normalement pas la tâche de l'organisation professionnelle mais d'un autre côté il faut dire que la liberté d'un travailleur indépendant n'est pas une liberté facultative. Ils estiment qu'il est injustifié d'un point de vue éthique d'autoriser un petit groupe de dentistes d'utiliser incorrectement l'assurance maladie obligatoire. Il ne s'agissait pas seulement d'obtenir l'indexation. C'est un dossier vieux de plusieurs années et il donne un mauvais exemple au dentiste moyen. En ces temps de grande économie budgétaire et de contrôles multiples des dentistes moyens, il faut donner un signal clair pour mettre fin à la prolifération sauvage d'une telle pratique répréhensible. Puisque les tentatives aux cours des dernières années ont échoué, c'est la Commission nationale dento-mutualiste (CNDM) avec l'appui des organisations professionnelles qui approuve une telle règle inhabituelle. Des simulations ont été faites sur la base de pratiques réelles et selon eux cela fonctionne bien. La mesure peut aussi être rectifiée.

M. DE RIDDER, fonctionnaire dirigeant, signale qu'il s'agit d'un montant de l'ordre de 450.000 EUR pour des remboursements cumulés sur une base annuelle et seulement des remboursements. La masse d'honoraires réalisés est donc encore supérieure étant donné, entre autres, les tickets modérateurs. La raison pour laquelle il a été délibéré à ce sujet au sein de la dento-mut n'est pas due au fait que le SECM n'agit pas mais bien parce qu'on rencontre ici un phénomène de carrousels où des pratiques organisées sont créées avec des dentistes différents. Il est très important que l'on puisse rapidement intervenir, constater que des pratiques anormales ont cours et réagir.

Mme DE PAEPE fait une remarque supplémentaire. Un autre élément était important pour les OA, à savoir la promotion de la qualité de la pratique en faveur de leurs membres.

M. VANDENBREEDEN lit avec intérêt que l'on s'est inspiré des kinésithérapeutes. Il en déduit qu'une économie chez les kinésithérapeutes pourrait être inscrite au budget simplement en mentionnant que l'on espère que les contrôles seront effectués. Cela ne sera toutefois pas le cas.

M. DE COCK, administrateur général, dit qu'il n'est pas correct d'affirmer que le SECM n'intervient pas. Des procédures sont actuellement introduites auprès de trois parquets contre les carrousels frauduleux. Il ne peut donner plus de détails à ce sujet mais il y a peu, il a rencontré le procureur du Roi de Verviers et de Liège afin de savoir comment bien aborder ces affaires.

M. MOENS, vice-président, dit qu'il n'a pas prétendu que le SECM se tourne les pouces mais que c'est apparemment utilisé comme argument pour expliquer que l'on ne peut pas suffisamment intervenir. Il apprend avec plaisir que l'on intervient. Il n'apprécie pas du tout ces carrousels.

M. DE COCK, administrateur général, estime que ce ne sont pas des travailleurs indépendants mais des personnes qui viennent en Belgique pour effectuer des prestations frauduleuses via des systèmes de tiers payant. Si on souhaite intervenir, ils auront quitté le pays depuis longtemps.

M. MOENS, vice-président, appuie cette action. Il rappelle une fois de plus qu'il s'oppose à l'ergotage pour des raisons de principe. Les montants qu'il a entendus sont considérables mais il poursuit son opposition. Si la majorité considère qu'il s'agit d'une bonne mesure, il s'en fait une raison. Les commissaires du gouvernement sont présents et ils en feront la communication. Son banc a décidé de faire opposition.

Vu la tournure de la discussion, M. DE COCK, administrateur général, propose de faire rapport périodiquement au Comité de l'assurance au sujet de l'exécution et des constatations effectuées.

Le Comité de l'assurance décide de transmettre la proposition de modification de la nomenclature (annexe 1) à la Ministre.

...

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

H. DE RIDDER

G. PERL

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE INVALIDITÉ

Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
Avenue de Tervueren, 211 - 1150 Bruxelles

Service des Soins de Santé

COMITE DE L'ASSURANCE

Note CSS 2012/189

Bruxelles, le 31/05/2012

OBJET : Modification de la nomenclature dentaire – Art. 5 et 6 – Mesure visant la limitation des « outliers »

CONTENU :

A côté de chaque prestation de l'art. 5 de la nomenclature, une valeur P est ajoutée. Cette valeur P est une pondération en fonction de temps et complexité des prestations. Le point de départ pour la fixation des valeurs P est le tarif 2010 de chaque prestation, modulé en fonction de la part du coût du matériel. Vous trouverez un aperçu des valeurs P en annexe II.

À l'article 6 est insérée une règle d'application qui subordonne l'intervention de l'assurance à la condition que la moyenne journalière des coefficients P, calculée sur une période qui ne peut pas être inférieure à 30 jours, ne peut pas dépasser 200 P. Seuls les jours pendant lesquels plus de 6 prestations ont été attestées entrent en considération pour ce calcul.

Sur la base des données fournies par les Organismes assureurs (OA) à l'Agence Inter-Mutualiste (AIM), ce dernier suivra les données de facturation des dentistes. Les dentistes qui dépassent le plafond repris dans la nomenclature, seront marqués et des informations seront transmises au Service d'évaluation et de contrôle médical (SECM). Quatre transmissions de données AIM-SECM pourront être prévues par an.

Chez les dentistes marqués par l'AIM, le SECM peut procéder à la rédaction d'un PV de constatation. Dans ce cas, les OA seront invités à transmettre les données de facturation du praticien. Le dépassement de la moyenne journalière sur une période d'au moins 30 jours comportant un seuil d'activité minimale est qualifié de non-conforme à la nomenclature. Ensuite l'affaire est porté devant les juridictions administratives.

Motivation :

Au sein de la Commission nationale dento-mutualiste un consensus s'est formé sur le fait que les profils annuels en dépenses INAMI d'un nombre réduit des praticiens de l'art dentaire prend des proportions irréalistes, dans le sens où il est impossible de faire un tel nombre de prestations dans un espace de temps déterminé, sans perdre un minimum de qualité et/ou en appliquant les règles de la nomenclature correctement. Environ 100 dentistes des 8.449 dentistes actifs en Belgique sont responsable de 5% des dépenses dans le budget du secteur dentaire. Le consensus sur cette constatation a mené à la création d'un plafond établissant le nombre maximum de prestations qui peuvent être portées en compte à l'assurance maladie sur une période définie. L'inspiration pour cette mesure a été trouvée dans le système existant déjà, qui est d'application dans la nomenclature des kinésithérapeutes (art. 7, § 19, NPS). Cette mesure ne vise pas les assurés, mais en mettant le non-dépassement du plafond comme condition au remboursement de l'assurance, il est attribué une arme supplémentaire au SECM dans leurs examens de conformité des prestations avec les dispositions de la nomenclature.



IMPACT BUDGETAIRE :

La mesure entraîne une épargne, estimée à 1,7 millions.
Il y a aussi un effet psychologique qui est difficile à chiffrer.

IMPACT ADMINISTRATIF :

Néant.

PROCEDURE :

Base légale :

- Conseil technique dentaire (L140794 - Article 35, § 2, 2°) : 19/04/2012
- Commission nationale dento-mutualiste (L140794 - Article 35, § 2, 2°) : 24/04/2012
- Commission de contrôle budgétaire (L140794 - Article 22, 4°) :
- Comité de l'assurance (L140794 - Article 22, 4°) : ...
- Envoi au ministre

MISSION DU COMITE DE L'ASSURANCE :

Le Comité de l'assurance est invité à décider de la transmission au ministre de la proposition de modification de la nomenclature repris dans l'annexe I de cette note.

MOTS-CLES

Soins dentaires
Nomenclature des prestations de santé (réglementation)

* *

*



-- KONINKRIJK BELGIE	ROYAUME DE BELGIQUE
---- ♦ ----	---- ♦ ----
Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid	Service Public Fédéral Sécurité Sociale
---- ♦ ----	---- ♦ ----
... - Koninklijk besluit tot wijziging, wat bepaalde tandheelkundige verstrekkingen betreft, van de artikelen 5 en 6 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.	... - Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, les articles 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.
VERSLAG AAN DE KONING	RAPPORT AU ROI
Slre,	Slre,
Het ontwerp van koninklijk besluit dat wij de eer hebben zijne Majesteit ter ondertekening voor te leggen, brengt wijzigingen aan in de artikelen 5 en 6 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, meer bepaald wat betreft de verstrekkingen inzake tandheelkunde. De wijziging bestaat uit een toevoeging bij elke verstrekking van een wegingscoëfficiënt P die de tijdsbesteding en de complexiteit weergeeft van de verstrekking. In art. 6 wordt een toepassingsregel ingevoegd die de verzekeringstegemoetkoming afhankelijk maakt van de voorwaarde dat het daggemiddelde van de coëfficiënten P, berekend over een periode die niet korter mag zijn dan 30 dagen, niet groter is dan 200 P. Enkel de dagen waarop meer dan 6 verstrekkingen worden aangerekend komen in aanmerking voor deze berekening. De naleving van deze toepassingsregel zal worden gecontroleerd door de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV in een conformiteitsonderzoek. De invoering van deze extra toepassingsregel, vindt haar oorsprong in de op consensus gebaseerde vaststelling van de sociale partners binnen de tandheelkundige overlegorganen van het RIZIV, dat de jaarlijkse inkomsten vanwege de verplichte ziekteverzekering van een heel klein aandeel van de tandheelkundigen onrealistische proporties aannemen in die zin dat zij niet kunnen gegenereerd worden middels een correcte manier van attesteren en/of mits behoud van een minimum aan kwaliteit van de verrichte verstrekkingen.	Le projet d'arrêté royal que nous avons l'honneur de soumettre à Sa Majesté pour signature apporte des modifications aux articles 5 et 6 de la nomenclature des prestations de santé, plus précisément celle des prestations de l'art dentaire. La modification consiste en l'ajout, pour chaque prestation, d'un coefficient de pondération P qui traduit l'investissement en temps et la complexité de la prestation. À l'article 6 est insérée une règle d'application qui subordonne l'intervention de l'assurance à la condition que la moyenne journalière des coefficients P, calculée sur une période qui ne peut pas être inférieure à 30 jours, ne peut pas dépasser 200 P. Seuls les jours pendant lesquels plus de 6 prestations ont été attestées entrent en considération pour ce calcul. Le respect de cette règle d'application sera contrôlé par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI au moyen d'une enquête de conformité. Cette règle d'application supplémentaire est instaurée à la suite du constat consensuel fait par les partenaires sociaux siégeant dans les organes de concertation sur l'art dentaire de l'INAMI : les revenus annuels qu'une part infime des praticiens de l'art dentaire perçoivent de l'assurance maladie obligatoire prennent des proportions irréalistes, c'est-à-dire qu'ils ne peuvent pas être engendrés par un mode d'attestation correcte et/ou moyennant la préservation d'une qualité minimale des prestations effectuées.
... - Koninklijk besluit tot wijziging, wat bepaalde tandheelkundige verstrekkingen betreft, van de artikelen 5 en 6 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.	... - Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, les articles 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.
ALBERT II, Koning der Belgen,	ALBERT II, Roi des Belges,



Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet	A tous, présents et à venir, Salut.
Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 35, § 1, gewijzigd bij de wetten van 20 december 1995, 22 februari 1998, 24 december 1999, 10 augustus 2001, 22 augustus 2002, 5 augustus 2003, 22 december 2003, 9 juli 2004, 27 april 2005, 27 december 2005 en 2012 en § 2, 2° gewijzigd bij de wet van 20 december 1995, bij het koninklijk besluit van 25 april 1997 bekrachtigd bij de wet van 12 december 1997 en bij de wet van 10 augustus 2001;	Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'article 35, § 1 ^{er} , modifié par les lois du 20 décembre 1995, 22 février 1998, 24 décembre 1999, 10 août 2001, 22 août 2002, 5 août 2003, 22 décembre 2003, 9 juillet 2004, 27 avril 2005, 27 décembre 2005 et 2012 et § 2, 2°, modifié par la loi du 20 décembre 1995, par l'arrêté royal du 25 avril 1997 confirmé par la loi du 12 décembre 1997, et par la loi du 10 août 2001 ;
Gelet op de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;	Vu 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 ;
Gelet op het voorstel van de Technische tandheelkundige raad, gedaan tijdens zijn vergadering van 19 april 2012;	Vu les propositions du Conseil technique dentaire formulées au cours de sa réunion du 19 avril 2012 ;
Gelet op het advies van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering gegeven op 23 april 2012;	Vu l'avis du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité donné le 23 avril 2012 ;
Gelet op de beslissing van de Nationale commissie tandheelkundigen-ziekenfondsen van 24 april 2012;	Vu la décision de la Commission nationale dento-mutualiste en date du 24 avril 2012 ;
Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole gegeven op	Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire donné le
Gelet op de beslissing van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering van	Vu la décision du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité en date du
Gelet op het advies van de Inspecteur van financiën, gegeven op	Vu l'avis de l'Inspecteur des finances, donné le
Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting van	Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le
Gelet op het voorafgaand onderzoek van de noodzaak om een effectbeoordeling waarbij werd besloten dat geen effectbeoordeling is vereist;	Vu l'examen préalable de la nécessité de réaliser une évaluation d'incidence, concluant qu'une évaluation d'incidence n'est pas requise ;
Gelet op advies/... van de Raad van State, gegeven op, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;	Vu l'avis/..... du Conseil d'État, donné le, en application de l'article 84, § 1 ^{er} , alinéa 1 ^{er} , 1°, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973 ;
Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken.	Sur la proposition de la Ministre des Affaires sociales,
HEBBEN WIJ BESLOTEN EN BESLUITEN WIJ :	NOUS AVONS ARRÊTÉ ET ARRÊTONS :
Artikel 1. In artikel 5 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 24 april 2012,	Article 1 ^{er} . A l'article 5 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, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 24 avril 2012, les modifications suivantes



worden de volgende wijzigingen aangebracht:	sont apportées :
1° bij de verstrekkingen 371011-371022, 371092-371103, 371114-371125, 371070-371081, 371556-371560, 371571-371582, 371254-371265, 374371-374382, 374872-374883, 379050-379061, 379072-379083, 377016-377020, 301011-301022, 301092-301103, 301114-301125, 301070-301081, 301254-301265, 304371-304382, 304872-304883, 304916-304920, 309050-309061, 309072-309083, 307016-307020, 305616-305620, 305653-305664, 305712-305723 en 389616-389620, worden onder de sleutelletter en het coëfficiëntgetal telkens de woorden "P 3" toegevoegd;	1° en ce qui concerne les prestations 371011-371022, 371092-371103, 371114-371125, 371070-371081, 371556-371560, 371571-371582, 371254-371265, 374371-374382, 374872-374883, 379050-379061, 379072-379083, 377016-377020, 301011-301022, 301092-301103, 301114-301125, 301070-301081, 301254-301265, 304371-304382, 304872-304883, 304916-304920, 309050-309061, 309072-309083, 307016-307020, 305616-305620, 305653-305664, 305712-305723 et 389616-389620, les mots « P 3 » sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient ;
2° bij de verstrekkingen 371033-371044, 374850-374861, 374754-374765, 377090-377101, 301033-301044, 301276-301280, 301291-301302, 301313-301324, 301335-301346, 301350-301361, 304850-304861, 304894-304905, 304754-304765, 307090-307101 en 305830-305841, worden onder de sleutelletter en het coëfficiëntgetal telkens de woorden "P 4" toegevoegd;	2° en ce qui concerne les prestations 371033-371044, 374850-374861, 374754-374765, 377090-377101, 301033-301044, 301276-301280, 301291-301302, 301313-301324, 301335-301346, 301350-301361, 304850-304861, 304894-304905, 304754-304765, 307090-307101 et 305830-305841, les mots « P 4 » sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient ;
3° bij de verstrekkingen 371055-371066, 371136-371140, 372536-372540, 373590-373601, 373612-373623, 374953-374964, 379094-379105, 379116-379120, 377053-377064, 301055-301066, 301136-301140, 303590-303601, 303612-303623, 304953-304964, 309094-309105, 309116-309120, 307053-307064 en 389653-389664, worden onder de sleutelletter en het coëfficiëntgetal telkens de woorden "P 1" toegevoegd;	3° en ce qui concerne les prestations 371055-371066, 371136-371140, 372536-372540, 373590-373601, 373612-373623, 374953-374964, 379094-379105, 379116-379120, 377053-377064, 301055-301066, 301136-301140, 303590-303601, 303612-303623, 304953-304964, 309094-309105, 309116-309120, 307053-307064 et 389653-389664, les mots « P 1 » sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient ;
4° bij de verstrekkingen 372514-372525, 371792-371803, 371814-371825, 371836-371840, 371851-371862, 371873-371884, 371696-371700, 371711-371722, 371733-371744, 371755-371766, 371770-371781, 374931-374942, 379013-379024, 379035-379046, 377031-377042, 301696-301700, 301711-301722, 301733-301744, 301755-301766, 301770-301781, 302153-302164, 302175-302186, 302190-302201, 302212-302223, 302234-302245, 301976, 304931-304942, 309013-309024, 309035-309046, 307031-307042, 305911-305922, 305852-305863, 305896-305900 en 389631-389642, worden onder de sleutelletter en het coëfficiëntgetal telkens de woorden "P 2" toegevoegd;	4° en ce qui concerne les prestations 372514-372525, 371792-371803, 371814-371825, 371836-371840, 371851-371862, 371873-371884, 371696-371700, 371711-371722, 371733-371744, 371755-371766, 371770-371781, 374931-374942, 379013-379024, 379035-379046, 377031-377042, 301696-301700, 301711-301722, 301733-301744, 301755-301766, 301770-301781, 302153-302164, 302175-302186, 302190-302201, 302212-302223, 302234-302245, 301976, 304931-304942, 309013-309024, 309035-309046, 307031-307042, 305911-305922, 305852-305863, 305896-305900 et 389631-389642, les mots « P 2 » sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient ;
5° bij de verstrekkingen 373811-373822, 373892-373903, 374393-374404, 374356-374360, 374776-374780, 377112-377123, 304393-304404, 304776-304780 en 307112-307123, worden onder de sleutelletter en het coëfficiëntgetal telkens de woorden "P 5" toegevoegd;	5° en ce qui concerne les prestations 373811-373822, 373892-373903, 374393-374404, 374356-374360, 374776-374780, 377112-377123, 304393-304404, 304776-304780 et 307112-307123, les mots « P 5 » sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient ;
6° bij de verstrekkingen 373833-373844, 373914-373925, 374415-374426, 379131-379142, 379153-379164, 304415-304426, 309131-309142 en 309153-309164, worden onder de sleutelletter en het coëfficiëntgetal telkens de woorden "P 6" toegevoegd;	6° en ce qui concerne les prestations 373833-373844, 373914-373925, 374415-374426, 379131-379142, 379153-379164, 304415-304426, 309131-309142 et 309153-309164, les mots « P 6 » sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient ;
7° bij de verstrekkingen 373855-373866, 373936-373940,	7° en ce qui concerne les prestations 373855-373866,



374430-374441, 374533-374544, 301593-301604, 304430-304441, 304533-304544, 305594-305605, 305631-305642 en 305675-305686, worden onder de sleutelletter en het coëfficiëntgetal telkens de woorden "P 8" toegevoegd;	373936-373940, 374430-374441, 374533-374544, 301593-301604, 304430-304441, 304533-304544, 305594-305605, 305631-305642 en 305675-305686, les mots « P 8 » sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient ;
8° bij de verstrekkingen 373951-373962, 374452-374463, 304452-304463 en 389594-389605, worden onder de sleutelletter en het coëfficiëntgetal telkens de woorden "P 9" toegevoegd;	8° en ce qui concerne les prestations 373951-373962, 374452-374463, 304452-304463 et 389594-389605, les mots « P 9 » sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient ;
9° bij de verstrekkingen 373973-373984, 373575-373586 en 303575-303586, worden onder de sleutelletter en het coëfficiëntgetal telkens de woorden "P 11" toegevoegd;	9° en ce qui concerne les prestations 373973-373984, 373575-373586 et 303575-303586, les mots « P 11 » sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient ;
10° bij de verstrekkingen 374474-374485, 374555-374566, 304555-304566 en 389572-389583, worden onder de sleutelletter en het coëfficiëntgetal telkens de woorden "P 12" toegevoegd;	10° en ce qui concerne les prestations 374474-374485, 374555-374566, 304555-304566 et 389572-389583, les mots « P 12 » sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient ;
11° bij de verstrekkingen 374312-374323, 377134-377145, 304312-304323 en 307134-307145, worden onder de sleutelletter en het coëfficiëntgetal telkens de woorden "P 7" toegevoegd;	11° en ce qui concerne les prestations 374312-374323, 377134-377145, 304312-304323 et 307134-307145, les mots « P 7 » sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient ;
12° bij de verstrekkingen 374570-374581 en 304570-304581, worden onder de sleutelletter en het coëfficiëntgetal telkens de woorden "P 16" toegevoegd;	12° en ce qui concerne les prestations 374570-374581 et 304570-304581, les mots « P 16 » sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient ;
13° bij de verstrekkingen 378954-378965, 378976-378980, 306832-306843, 306854-306865, 306876-306880, 306891-306902, 306913-306924 en 306935-306946, worden onder de sleutelletter en het coëfficiëntgetal telkens de woorden "P 38" toegevoegd;	13° en ce qui concerne les prestations 378954-378965, 378976-378980, 306832-306843, 306854-306865, 306876-306880, 306891-306902, 306913-306924 et 306935-306946, les mots « P 38 » sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient ;
14° bij de verstrekkingen 377230-377241, 307252-307263 en 307230-307241, worden onder de sleutelletter en het coëfficiëntgetal telkens de woorden "P 17" toegevoegd;	14° en ce qui concerne les prestations 377230-377241, 307252-307263 et 307230-307241, les mots « P 17 » sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient ;
15° bij de verstrekkingen 301372-301383, 305933-305944 en 305955-305966, worden onder de sleutelletter en het coëfficiëntgetal telkens de woorden "P 15" toegevoegd;	15° en ce qui concerne les prestations 301372-301383, 305933-305944 et 305955-305966, les mots « P 15 » sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient ;
16° bij de verstrekkingen 307731-307742, 307753-307764, 307775-307786, 307790-307801, 307812-307823, 307834-307845, 307856-307860, 307871-307882, 307893-307904 en 307915-307926, worden onder de sleutelletter en het coëfficiëntgetal telkens de woorden "P 24" toegevoegd;	16° en ce qui concerne les prestations 307731-307742, 307753-307764, 307775-307786, 307790-307801, 307812-307823, 307834-307845, 307856-307860, 307871-307882, 307893-307904 et 307915-307926, les mots « P 24 » sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient ;
17° bij de verstrekkingen 307930-307941, 307952-307963, 307974-307985 en 307996-308000, worden onder de sleutelletter en het coëfficiëntgetal telkens de woorden "P 26" toegevoegd;	17° en ce qui concerne les prestations 307930-307941, 307952-307963, 307974-307985 et 307996-308000, les mots « P 26 » sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient ;
18° bij de verstrekkingen 308011-308022, 308033-308044, 308055-308066 en 308070-308081, worden onder de sleutelletter en het coëfficiëntgetal telkens de woorden "P 28" toegevoegd;	18° en ce qui concerne les prestations 308011-308022, 308033-308044, 308055-308066 et 308070-308081, les mots « P 28 » sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient ;



19° bij de verstrekkingen 308092-308103, 308114-308125, 308136-308140 en 308151-308162, worden onder de sleutelletter en het coëfficiëntgetal telkens de woorden "P 33" toegevoegd;	19° en ce qui concerne les prestations 308092-308103, 308114-308125, 308136-308140 et 308151-308162, les mots « P 33 » sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient ;
20° bij de verstrekkingen 308512-308523 en 308534-308545, worden onder de sleutelletter en het coëfficiëntgetal telkens de woorden "P 77" toegevoegd;	20° en ce qui concerne les prestations 308512-308523 et 308534-308545, les mots « P 77 » sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient ;
21° bij de verstrekking 305874-305885 worden onder de sleutelletter en het coëfficiëntgetal de woorden "P 0" toegevoegd;	21° en ce qui concerne la prestation 305874-305885, les mots « P 0 » sont ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient ;
Art. 2. Artikel 6 van dezelfde bijlage, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 24 april 2012, wordt aangevuld met een paragraaf 19, luidende:	Art. 2. L'article 6 de la même annexe, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 24 avril 2012, est complété par le paragraphe 19 rédigé comme suit :
"§ 19. Aan elke verstrekking van artikel 5 wordt een wegingscoëfficiënt P toegekend.	« § 19. À chaque prestation de l'article 5 est attribué un coefficient de pondération P.
De verzekeringstegemoetkoming is onderworpen aan de voorwaarde dat, gedurende een gegeven periode die niet korter mag zijn dan 30 dagen, die minstens 6 aan de ziekten en invaliditeitsverzekering aangerekende verstrekkingen per dag bevat, het daggemiddelde van de coëfficiënten P berekend over de betrokken periode niet groter is dan 200 P."	L'intervention de l'assurance est subordonnée à la condition suivante : pour une période donnée qui ne peut être inférieure à 30 jours comportant au moins 6 prestations portées en compte à l'assurance maladie et invalidité par jour, la moyenne journalière des coefficients P calculée sur la période concernée ne dépasse pas 200 P. »
Art. 3. Dit besluit treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand na die waarin ze is bekendgemaakt in het <i>Belgisch Staatsblad</i> .	Art. 3. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui de sa publication au <i>Moniteur belge</i> .
Art. 4. De minister die Sociale zaken onder haar bevoegdheden heeft is belast met de uitvoering van dit besluit.	Art. 4. Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.
Gegeven te Brussel, ...	Donné à Bruxelles, le ...
VAN KONINGSWEGE:	PAR LE ROI :
De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en Federale Culturele Instellingen	La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales.

Laurette ONKELINX



BIJLAGE II

Opdrachtnummer, artikel 15 en 6 van de NGV	Honorarium 2010	Ratio	P-waarde Afgerond	P-waarde NT Afgerond
I. RAADPLEGINGEN				
In de praktijk				
3x1011-3x1022 tandarts	19,85	1,00	3	2,84
3x1114-3x1125 tandarts-specialist parodontologie	23,83	1,00	3	3,40
3x1092-3x1103 tandarts-specialist orthodontie	23,83	1,00	3	3,40
Consult bij de zieke thuis				
3x1033-3x1044 tandarts	27,55	1,00	4	3,94
Supplement voor dringende raadpleging tandarts				
3x1055-3x1066 zat.,zond.,feesldag tussen 8 en 21u.	8,58	1,00	1	1,23
3x1070-3x1081 tussen 21 en 8u. (nacht)	18,58	1,00	3	2,65
3x1136-3x1140 brugdag tussen 8 en 21u.			1	
II. PREVENTIE				
Halfjaarlijks mondonderzoek met balans en instructies (< 18 jaar)				
371556-371560 eerste semester	21,33	1,00	3	3,05
371571-371582 tweede semester	21,33	1,00	3	3,05
Jaarlijks mondonderzoek met dossier, incl. intrabuccale RX (18 ^{de} tot 63 ^{ste} verjaardag)				
301593-301604 jaarlijks mondonderzoek	57,03	1,00	8	8,15
Verzegeling van blijvende tand (<18)				
372514-372525 eerste tand van een kwadrant	12,79	0,90	2	1,64
372536-372540 bijkomende tand in hetzelfde kwadrant	8,96	0,90	1	1,15
Jaarlijkse profylactische reiniging (<18)				
371792-371803 rechter bovenkwadrant	12,43	0,90	2	1,60
371814-371825 linker bovenkwadrant	12,43	0,90	2	1,60
371836-371840 linker onderkwadrant	12,43	0,90	2	1,60
371851-371862 rechter onderkwadrant	12,43	0,90	2	1,60
371873-371884 samengevoegde kwadranten	12,43	0,90	2	1,60
Trimestriële tandsteenverwijdering bij gehandicapte				
3x1696-3x1700 rechter bovenkwadrant	12,43	0,90	2	1,60
3x1711-3x1722 linker bovenkwadrant	12,43	0,90	2	1,60
3x1733-3x1744 linker onderkwadrant	12,43	0,90	2	1,60
3x1755-3x1766 rechter onderkwadrant	12,43	0,90	2	1,60
3x1770-3x1781 samengevoegde kwadranten	12,43	0,90	2	1,60
Jaarlijkse tandsteenverwijdering (≥ 18 jaar)				
302153-302164 rechter bovenkwadrant	12,43	0,90	2	1,60
302175-302186 linker bovenkwadrant	12,43	0,90	2	1,60
302190-302201 linker onderkwadrant	12,43	0,90	2	1,60
302212-302223 rechter onderkwadrant	12,43	0,90	2	1,60
302234-302245 samengevoegde kwadranten	12,43	0,90	2	1,60
Continuïteitsclausule Code				
301976	6,4	1,75	2	1,60
III. EXTRACTIES				
Tandextracties				
3x4850-3x4861 extractie van melkhoektand, -molaar of tand (<18 of >55)	33,37	0,90	4	4,29
3x4872-3x4883 idem per bijkomende tand in hetzelfde kwadrant en in dezelfde zitting	23,6	0,90	3	3,03
304894-304905 tandextractie om specifiek medische reden	33,37	0,90	4	4,29
304916-304920 idem per bijkomende tand in hetzelfde kwadrant en in dezelfde zitting	23,6	0,90	3	3,03
Verwijderen (séclic met extractie) van wortel(s)				
3x4754-3x4765 één wortel	31,04	0,90	4	3,99
3x4776-3x4780 verscheidene wortels	41,39	0,90	5	5,32
Wondhechting				
3x4931-3x4942 wondhechting	15,8	0,80	2	1,81
3x4953-3x4964 wondhechting in zelfde kwadrant	10,54	0,80	1	1,20



IV. PARODONTOLOGIE					
3x1254-3x1265	bepaling paro-index (> 15)	21,75	1,00	3	3,11
Subgingivale tandsteenverwijdering					
301276-301280	rechter bovenkwadrant	38,38	0,80	4	4,39
301291-301302	linker bovenkwadrant	38,38	0,80	4	4,39
301313-301324	linker onderkwadrant	38,38	0,80	4	4,39
301335-301346	rechter onderkwadrant	38,38	0,80	4	4,39
301350-301361	samengevoegde kwadranten	38,38	0,80	4	4,39
Parodontaal Mondonderzoek					
301372-301383		102,49	1,00	15	14,64
V. CONSERVERENDE ZORG					
Algemeen					
3x3612-3x3623	isoleren dmv cofferdam	10,7	0,90	1	1,38
3x3590-3x3601	kleven van frontvullingen	10,7	0,90	1	1,38
3x3575-3x3586	urgentieforfait tijdens georganiseerde wachtdienst	80,24	1,00	11	11,46
Melklanden					
373811-373822	vulling(en) op 1 vlak	41,11	0,80	5	4,70
373833-373844	vulling(en) op 2 vlakken	54,82	0,80	6	6,27
373855-373866	vulling(en) op 3 of meer vlakken	68,52	0,80	8	7,83
374356-374360	pulpotomie van melktand (< 18 jaar)	38,93	0,90	5	5,01
374474-374485	confectiekroon	109,64	0,75	12	11,75
Blijvende tanden : minder dan 15 jaar					
373892-373903	vulling(en) op 1 vlak	41,11	0,80	5	4,70
373914-373925	vulling(en) op 2 vlakken	54,82	0,80	6	6,27
373936-373940	vulling(en) op 3 of meer vlakken	68,52	0,80	8	7,83
373951-373962	opbouw van knobbel of incisale rand	82,23	0,80	9	9,40
373973-373984	kroonopbouw	95,93	0,80	11	10,96
Blijvende tanden : 15 jaar en ouder en minder dan 18 jaar					
374371-374382	vulling(en) op 1 vlak	27,41	0,80	3	3,13
374393-374404	vulling(en) op 2 vlakken	41,11	0,80	5	4,70
374415-374426	vulling(en) op 3 of meer vlakken	54,82	0,80	6	6,27
374430-374441	opbouw van knobbel of incisale rand	68,52	0,80	8	7,83
374452-374463	kroonopbouw	82,23	0,80	9	9,40
Blijvende tanden : ≥ 18 jaar					
304371-304382	vulling(en) op 1 vlak	27,41	0,80	3	3,13
304393-304404	vulling(en) op 2 vlakken	41,11	0,80	5	4,70
304415-304426	vulling(en) op 3 of meer vlakken	54,82	0,80	6	6,27
304430-304441	opbouw van knobbel of incisale rand	68,52	0,80	8	7,83
304452-304463	kroonopbouw	82,23	0,80	9	9,40
Wortelbehandelingen					
3x4312-3x4323	vulling op tand met 1 wortelkanaal	78,09	0,60	7	6,69
3x4533-3x4544	vulling op tand met 2 wortelkanalen	94,06	0,60	8	8,06
3x4555-3x4566	vulling op tand met 3 wortelkanalen	141,98	0,60	12	12,17
3x4570-3x4581	vulling op tand met 4 of meer wortelk.	188,13	0,60	16	16,13
VI. ORTHODONTIE					
305594-305605	onderzoek met modellen en aanvraag	73,75	0,80	8	8,43
305616-305620	vast bedrag bij regelmatigge behandeling	22,07	0,90	3	2,84
305653-305664	vast bedrag waarna onderbreking behandeling	22,07	0,90	3	2,84
305712-305723	vast bedrag waarna onderbreking tussenkomst	22,07	0,90	3	2,84
305631-305642	vast bedrag voor toestel bij aanvang	167,21	0,33	8	7,88
305675-305686	vast bedrag voor toestel na 6 maanden	167,21	0,33	8	7,88
305830-305841	orthodontisch advies met verslag	29,05	1,00	4	4,15
305852-305863	vast bedrag voor contentlecontrole	16,05	1,00	2	2,29
305896-305900	vast bedrag voor cont.conlr. waarna onderbreking	16,05	1,00	2	2,29
305874-305885	modellen op verzoek van T.T.R.	20,07	0,05	0	0,14
305911-305922	schedelanalyse op tele-RX	12,79	1,00	2	1,83
305933-305944	Vroege Ortho - eerste forfait	214,03	0,50	15	15,29
305955-305966	Vroege Ortho - tweede forfait	214,03	0,50	15	15,29



VII. PROTHESE					
307731-307742	bovenprothese 1 tand	330,01	0,50	24	23,57
307753-307764	onderprothese 1 tand	330,01	0,50	24	23,57
307775-307786	bovenprothese 2 tanden	330,01	0,50	24	23,57
307790-307801	onderprothese 2 tanden	330,01	0,50	24	23,57
307812-307823	bovenprothese 3 tanden	330,01	0,50	24	23,57
307834-307845	onderprothese 3 tanden	330,01	0,50	24	23,57
307856-307860	bovenprothese 4 tanden	330,01	0,50	24	23,57
307871-307882	onderprothese 4 tanden	330,01	0,50	24	23,57
307893-307904	bovenprothese 5 tanden	330,01	0,50	24	23,57
307915-307926	onderprothese 5 tanden	330,01	0,50	24	23,57
307930-307941	bovenprothese 6 tanden	361,61	0,50	26	25,83
307952-307963	onderprothese 6 tanden	361,61	0,50	26	25,83
307974-307985	bovenprothese 7 tanden	361,61	0,50	26	25,83
307996-308000	onderprothese 7 tanden	361,61	0,50	26	25,83
308011-308022	bovenprothese 8 tanden	397,59	0,50	28	28,40
308033-308044	onderprothese 8 tanden	397,59	0,50	28	28,40
308066-308066	bovenprothese 9 tanden	397,59	0,50	28	28,40
308070-308081	onderprothese 9 tanden	397,59	0,50	28	28,40
308092-308103	bovenprothese 10 tanden	461,67	0,50	33	32,98
308114-308125	onderprothese 10 tanden	461,67	0,50	33	32,98
308136-308140	bovenprothese 11 tanden	461,67	0,50	33	32,98
308151-308162	onderprothese 11 tanden	461,67	0,50	33	32,98
306832-306843	bovenprothese 12 tanden	526,61	0,50	38	37,62
306854-306865	onderprothese 12 tanden	526,61	0,50	38	37,62
306876-306880	bovenprothese 13 tanden	526,61	0,50	38	37,62
306891-306902	onderprothese 13 tanden	526,61	0,50	38	37,62
306913-306924	volledige bovenprothese	526,61	0,50	38	37,62
306935-306946	volledige onderprothese	526,61	0,50	38	37,62
378954-378965	bovenprothese < 12 jaar maximum	526,61	0,50	38	37,62
378976-378980	onderprothese < 12 jaar maximum	526,61	0,50	38	37,62
3x9013-3x9024	herstelling van bovenprothese	53,98	0,25	2	1,93
3x9035-3x9046	herstelling van onderprothese	53,98	0,25	2	1,93
3x9050-3x9061	bijvoegen op bovenprothese : eerste tand	74,6	0,25	3	2,66
3x9072-3x9083	bijvoegen op onderprothese : eerste tand	74,6	0,25	3	2,66
3x9094-3x9105	bijvoegen op bovenprothese : volgende tanden	21,5	0,25	1	0,77
3x9116-3x9120	bijvoegen op onderprothese : volgende tanden	21,5	0,25	1	0,77
3x9131-3x9142	rebasage van bovenprothese	157,98	0,25	6	5,64
3x9153-3x9164	rebasage van onderprothese	157,98	0,25	6	5,64
VIII. ORALE IMPLANTATEN					
308512-308523	implantaten	1632,51	0,33	77	76,96
308534-308545	verankering en abutments	1531,57	0,35	77	76,58
IX. RADIOLOGIE					
3x7016-3x7020	extrabuccale RX van één kaakhelft	22,67	1,00	3	3,24
3x7031-3x7042	intraabuccale RX : eerste cliché	11,34	1,00	2	1,62
3x7053-3x7064	intraabuccale RX : volgend cliché	6,98	1,00	1	1,00
3x7090-307101	o.p.g.	29,03	1,00	4	4,16
3x7112-3x7123	tele - RX : één cliché	34,88	1,00	5	4,98
3x7134-3x7154	tele - RX : twee clichés	47,96	1,00	7	6,85
3x7230-3x7241	dCBCT - schisis	117,72	1,00	17	16,82
307252-307263	dCBCT - implantaten	117,72	1,00	17	16,82
X. BIJKOMENDE HONORARIA BRUGDAG					
389572-389583	> K75, L75 en of N125			12	
389594-389605	> K50, L50 en of N85 en < K75, L75 en of N125			9	
389616-389620	> K25, L25 en of N42 en < K50, L50 en of N85			3	
389631-389642	> K10, L10 en of N17 en < K25, L25 en of N42			2	
389653-389664	< K10, L10 en of N17			1	



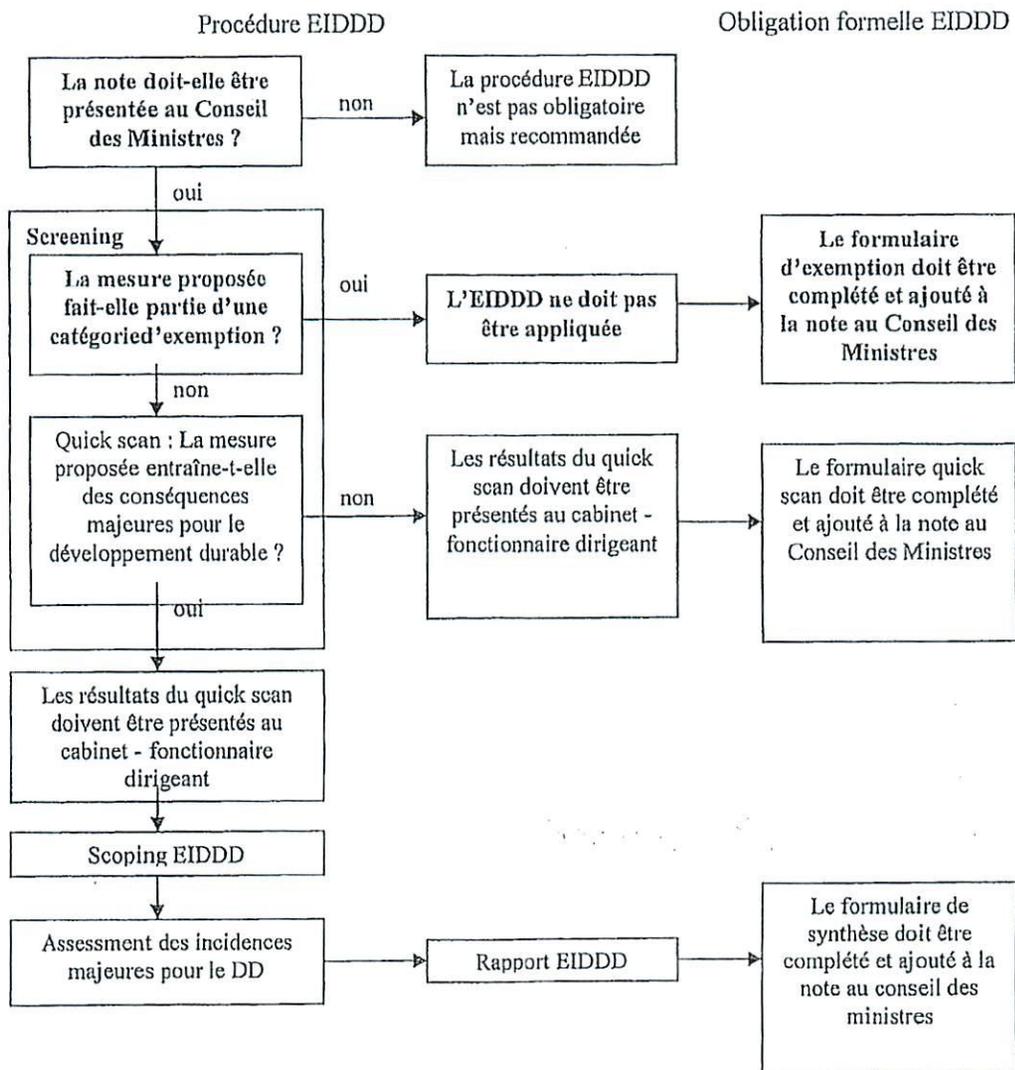


EIDDD : Exemption (formulaire A) La mesure appartient à une catégorie d'exemption

<numéro de registre formulaire>
SPP DD
North Plaza A, 8ème étage
BOULEVARD ALBERT II 9
1210 Bruxelles
T: 02 277 50 06
F: 02 277 50 03
e: consci@poddo.be
<http://www.poddo.be/>

Quelle est la finalité de ce formulaire ?

Toute décision envisagée par les autorités doit, au moment de l'inscription à l'ordre du jour du Conseil des Ministres fédéral, être accompagnée d'un formulaire EIDDD dûment complété : formulaire A, B ou C. Vous complétez ce formulaire d'exemption lorsqu'il ressort du *screening* EIDDD que la mesure répond à l'une des catégories d'exemption. Le "manuel de *screening* EIDDD" vous fournira des explications détaillées pour vous aider à compléter ce formulaire. Ce manuel est disponible sur le site Web du SPP DD (www.poddo.be). Vous pouvez poser vos questions et remarques au Helpdesk EIDDD (doebeidd@poddo.be ou 02/277.50.12)



Identifiant

1 Complétez les données d'identification ci-dessous

Membre(s) du gouvernement compétent(s):	Ministre des Affaires sociales
Cellule politique, SPF, SPP, Ministère, Agence:	INAMI
Domaine politique:	Assurance maladie
Objet de la réglementation ou mesure politique:	Nomenclature dentaire
Personne de contact:	Kris Van De Velde
Tél. n°:	02/739.78.52
Adresse e-mail:	kris.vandevelde@riziv.fgov.be
Version (jour/mois/année):	09/07/2012

Catégories d'exemption

2 Cochez les raisons pour lesquelles la mesure politique envisagée n'est pas soumise à l'établissement d'une EIDDD

- Il est établi d'avance avec certitude que l'impact de la mesure au plan social, économique et/ou environnemental est négligeable
 - La mesure est de nature purement formelle
 - La mesure fixe des nominations individuelles
 - La mesure se rapporte uniquement à des éléments techniques budgétaires ou fiscaux
 - Autre
- La mesure doit être prise d'urgence
- La mesure est basée sur des considérations relatives à l'intérêt de l'état, à l'ordre et à la sécurité national(e) ou des considérations qui ne peuvent être rendues publiques
- La mesure a déjà été soumise, à un autre niveau politique, à une évaluation ou analyse de qualité des impacts pertinents sur certains éléments de développement durable

Motivation

3 Motivez ci-dessous votre réponse à la question 2 :

Veillez accorder une attention particulière aux points suivants :

- *Si une analyse d'incidence a déjà eu lieu à un autre niveau politique, expliquez brièvement comment et où cette analyse a eu lieu et quels en étaient les résultats et les conclusions politiques.*
- *Si la mesure se rapporte au budget ou à la fiscalité, expliquez pourquoi la mesure politique ne comporte pas d'intentions politiques.*

Il est établi d'avance avec certitude que l'impact de la mesure au plan social, économique et/ou environnemental est négligeable. La proposition instaure une limite sur le nombre de prestations qui entrent en ligne de compte pour un remboursement de l'assurance sur une période de référence établie. Seulement un nombre très limité de praticiens de l'art dentaire en éprouvera les conséquences, notamment une enquête du Service d'évaluation et de contrôle médicaux.



**Beleidscel van
Laurette Onkelinx,
Minister van Sociale Zaken en
Volksgezondheid, belast met
maatschappelijke integratie**

tel.: +32 (0)2 233 51 11
fax: +32 (0)2 230 10 67
vragen naar:
e-mail:



De Heer T. DE BUE
Inspecteur van Financiën

Administratief Centrum Kruidtuin
Finance Tower
Kruidtuinlaan 50 bus 1, 1ste verdieping
1000 Brussel

uw brief van
uw kenmerk

ons kenmerk **CH 1170**
datum

bijlage(n) **1 9 JULI 2012**

Mijnheer de Inspecteur van Financiën,

BETREFT: Vraag om advies van de Inspecteur van Financiën met betrekking tot het volgende ontwerp van koninklijk besluit.

Ontwerp van koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (Tandheelkunde – Art. 5 en Art. 6). **Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering.**

Met verwijzing naar artikel 14 van het koninklijk besluit van 16 november 1994 betreffende de administratieve -en begrotingscontrole, verzoek ik U met het oog op het indienen van het dossier bij de Raad van State, om uw advies over het dossier in bijlage bestaande uit:

- 1 – het ontwerp van K.B. vermeld onder rubriek;
- 2 – uittreksel uit de notulen van de Technische tandheelkundige raad van 19 april 2012;
- 3 – uittreksel uit de notulen van de Nationale commissie tandheelkundigen-ziekenfondsen van 24 april 2012 (1^{ste} en 2^{de} zitting);
- 4 – het advies van de Commissie voor begrotingscontrole van 6 juni 2012;
- 5 – uittreksel uit de notulen van het Verzekeringscomité van 11 juni 2012;
- 6 – de nota CGV 2012/189 voorgelegd aan het Verzekeringscomité;

Indien U het nodig zou vinden inlichtingen in te winnen in verband met bepalingen van deze besluiten, kan U zich in verbinding stellen met de heer Kris VAN DE VELDE, Attaché bij de Dienst voor geneeskundige verzorging en dossierbeheerder (tel: 02/739.77.21) of mevrouw Christiane HUBIN, Actuaris bij de Dienst voor geneeskundige verzorging voor de financiële kant van het dossier (tel: 02/739.78.04).

Hoogachtend,


Laurence BOVY
Directrice

*De IF heeft vanzelfsprekend
GEEN BEZWAAR.*

Tom DE BUE
Inspecteur van Financiën
23 JULI 2012



**Beleidscel van
Laurette Onkelinx,
Minister van Sociale Zaken en
Volksgezondheid, belast met
Beliris en Federale Culturele
Instellingen**

tel.: +32 (0)2 233 51 11
fax: +32 (0)2 230 10 67
vragen naar:
e-mail:



De heer Olivier CHASTEL
Minister van Begroting en
Administratieve Vereenvoudiging
Queteletplein 7
1210 BRUSSEL

uw brief van
uw kenmerk

ons kenmerk
datum

bijlage(n)

Mijnheer de Minister,

BETREFT: Vraag tot akkoordbevinding van de Minister van Begroting betreffende het volgende ontwerp van koninklijk besluit.

Ontwerp van koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (Tandheelkunde – Art. 5, §2 en art. 6) **Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering.**

Met verwijzing naar artikel 5 van het koninklijk besluit van 16 november 1994 betreffende de administratieve -en begrotingscontrole, verzoek ik U met het oog op het indienen van het dossier bij de Raad van State, om uw akkoordbevinding over het dossier in bijlage bestaande uit:

- 1 – het ontwerp van K.B. vermeld onder rubriek;
- 2 – uittreksel uit de notulen van de Technische tandheelkundige raad van 19 april 2012;
- 3 – uittreksel uit de notulen van de Nationale commissie tandheelkundigen-ziekenfondsen van 24 april 2012 (1^{ste} en 2^{de} zitting);
- 4 – het advies van de Commissie voor begrotingscontrole van 6 juni 2012;
- 5 – uittreksel uit de notulen van het Verzekeringscomité van 11 juni 2012;
- 6 – de nota CGV 2012/189 voorgelegd aan het Verzekeringscomité;

Indien U het nodig zou vinden Inlichtingen in te winnen in verband met bepalingen van deze besluiten, kan U zich in verbinding stellen met de heer Kris VAN DE VELDE, Attaché bij de Dienst voor geneeskundige verzorging en dossierbeheerder (tel: 02/739.77.21) of mevrouw Christiane HUBIN, Actuaris bij de Dienst voor geneeskundige verzorging voor de financiële kant van het dossier (tel: 02/739.78.04).

Hoogachtend,

Laurence BOVY
Directrice

Bruxelles, le

03-09-2012

COPIE ~~ANNEXE~~



Madame L. ONKELINX
Ministre des Affaires sociales
Rue du Commerce, 78-80
1040- Bruxelles

**SERVICE ASSISTANCE A L'ELABORATION
DU BUDGET**

† Thérèse Blase
Attachée aux Finances
☎ 02/212 38 11
☎ 02/212 39 35
@ Therese.blase@budget.fed.be

FOD	B en B
SPF	B et CO
04.09.2012	
DAT.	ONIVANGST RECEPTION

Votre courrier du:
26 juillet 2012

Vos références:
Bl ch 1170

Nos références:

ABB2/433/2012/24/619-C

CAB BUDGET-RV-LP-152-838

Annexe(s):

-

OBJET : INAMI

Projet d'arrêté royal modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, les articles 5 et 6 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. (nomenclature)

Madame la Ministre,
Chère Collègue,

En réponse à votre lettre du 26 juillet 2012, dont références ci-dessus, j'ai l'honneur de vous informer que je puis marquer mon accord sur la proposition dont question sous rubrique : étant donné que celle-ci devrait générer une économie minimale de 1.700.000 €/an sur l'objectif budgétaire des soins de santé à la rubrique des honoraires des dentistes.

Je vous prie de croire, Madame la Ministre, Chère Collègue, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs .

Le Ministre du Budget,

Olivier Chastel