

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

28 mai 2021

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

**relative à l'amélioration de l'accès aux
soins bucco-dentaires**

(déposée par Mme Frieda Gijbels et consorts)

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

28 mei 2021

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

**betreffende de verbetering van
de toegang tot de mondzorg**

(ingediend door mevrouw Frieda Gijbels c.s.)

N-VA	: Nieuw-Vlaamse Alliantie
Ecolo-Groen	: Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
PS	: Parti Socialiste
VB	: Vlaams Belang
MR	: Mouvement Réformateur
CD&V	: Christen-Democratisch en Vlaams
PVDA-PTB	: Partij van de Arbeid van België – Parti du Travail de Belgique
Open Vld	: Open Vlaamse liberalen en democraten
Vooruit	: Vooruit
cdH	: centre démocrate Humaniste
DéFI	: Démocrate Fédéraliste Indépendant
INDEP-ONAFH	: Indépendant - Onafhankelijk

Abréviations dans la numérotation des publications:		Afkorting bij de numering van de publicaties:	
DOC 55 0000/000	Document de la 55 ^e législature, suivi du numéro de base et numéro de suivi	DOC 55 0000/000	Parlementair document van de 55 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer
QRVA	Questions et Réponses écrites	QRVA	Schriftelijke Vragen en Antwoorden
CRIV	Version provisoire du Compte Rendu Intégral	CRIV	Voorlopige versie van het Integraal Verslag
CRABV	Compte Rendu Analytique	CRABV	Beknopt Verslag
CRIV	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)	CRIV	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)
PLEN	Séance plénière	PLEN	Plenum
COM	Réunion de commission	COM	Commissievergadering
MOT	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)	MOT	Moties tot besluit van interpellaties (beige gekleurd papier)

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES ET MESSIEURS,

Introduction

Pour la santé bucco-dentaire et la santé en général, il importe de se rendre régulièrement chez le dentiste. De plus en plus d'études scientifiques établissent en effet un lien entre les problèmes dentaires (et gingivaux) et de nombreux autres problèmes de santé (voir ci-dessous). En outre, des contrôles réguliers (annuels) chez le dentiste permettent de bénéficier de conseils ciblés, d'éliminer la plaque dentaire bactérienne/le tartre et de traiter rapidement les problèmes naissants, réduisant par là même le nombre de traitements dentaires plus complexes et plus coûteux.

Pourtant, trop peu de Belges se rendent régulièrement chez le dentiste. Dans un passé récent, des tentatives ont été entreprises pour améliorer l'accès aux soins dentaires. En 2009, les soins dentaires ont été rendus entièrement remboursables pour les moins de 18 ans. En 2016 a été instauré le "trajet de soins buccaux", en vertu duquel un patient est moins bien remboursé s'il n'a pas consulté un dentiste au cours de l'année écoulée (stimuli négatifs). Ces deux tentatives ont donné des résultats plutôt décevants. Les consultations dentaires n'ont pas augmenté davantage chez les enfants que chez les adultes, et le trajet de soins buccaux n'a entraîné qu'une augmentation de quelques pour cent des consultations dentaires¹.

De nouvelles actions s'imposent par conséquent. Outre les politiques régionales, telles que l'intégration de l'avis en matière de soins bucco-dentaires dans l'avis de santé général et l'organisation de consultations dentaires dans les écoles, il y a également fort à faire au niveau fédéral. Quelques exemples:

1. Le faible taux de conventionnement des dentistes est le signe d'un problème persistant dans les négociations entre les dentistes et les mutualités. L'incertitude tarifaire et les suppléments d'honoraires compliquent l'accès aux soins pour de nombreux patients. En outre, certains traitements dentaires ne sont pas du tout remboursés. Une réflexion approfondie sur la nomenclature s'impose donc. Des objectifs de santé bucco-dentaire peuvent donner une orientation pour fixer les priorités et une analyse coût/prix des différents traitements devrait constituer la base d'une nomenclature renouvelée.

¹ Vandeleene G, Lambert L, Camilotti G, Avalosse H. Les soins dentaires: les incitants financiers en question (2019). https://www.mc.be/media/mc-informations-276-juin-2019_tcm49-60112.pdf.

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

Inleiding

Een regelmatig bezoek aan de tandarts is van belang voor de mondgezondheid en de algemene gezondheid *tout court*. Meer en meer wetenschappelijk onderzoek legt immers een link tussen tand(vlees)problemen en heel wat andere gezondheidsproblemen (zie verder). Bovendien zorgen regelmatige (jaarlijkse) controles bij de tandarts ervoor dat er gericht advies kan worden gegeven, bacteriële tandplak/tandsteen kan worden verwijderd en beginnende problemen snel worden aangepakt. Daardoor kan het aantal complexere en duurere tandbehandelingen worden teruggedrongen.

Toch gaan nog steeds te weinig Belgen regelmatig naar de tandarts. In het recente verleden werden een aantal pogingen ondernomen om de toegang tot de tandzorg te verbeteren. In 2009 werd tandzorg volledig terugbetaalbaar gemaakt voor -18 jarigen. In 2016 werd het "mondzorgtraject" opgestart, waarbij er minder wordt terugbetaald wanneer men in het voorbije jaar geen tandarts heeft bezocht (negatieve incentive). Beide pogingen hebben een eerder teleurstellend resultaat opgeleverd. Het tandartsbezoek is bij kinderen niet méér gestegen dan bij volwassenen en ook het mondzorgtraject heeft slechts enkele procenten meer tandartsbezoeken opgeleverd¹.

Er moet dus meer gebeuren. Naast regionaal beleid, zoals het integreren van het mondzorgadvies in het algemene gezondheidsadvies en het organiseren van tandartsbezoeken op scholen, ligt er ook op federaal vlak nog werk op de plank. Enkele voorbeelden:

1. De lage conventioneringsgraad van de tandartsen wijst op een aanslepend probleem in de onderhandelingen tussen tandartsen en ziekenfondsen. De tariefonzekerheid en de ereloonsupplementen werken drempelverhogend voor veel patiënten. Daarnaast worden bepaalde tandzorgen helemaal niet terugbetaald. Een grondige denkoefening met betrekking tot de nomenclatuur dringt zich dan ook op. Mondgezondheidsdoelstellingen kunnen de richting aangeven om prioriteiten te bepalen en een kostprijsanalyse van de verschillende behandelingen moet de basis vormen van een vernieuwde nomenclatuur.

¹ Vandeleene G, Lambert L, Camilotti G, Avalosse H. Tandzorg: financiële incentives in vraag gesteld (2019). https://www.cm.be/media/CM-INFO-NL-276-Tandzorg_tcm47-60117.pdf.

2. En outre, les hygiénistes bucco-dentaires devraient être déployés de manière plus optimale afin de faciliter l'accès aux soins dentaires et d'accorder une place plus importante aux soins dentaires préventifs.

3. Les patients doivent pouvoir être soignés dans la langue de la région dans laquelle ils vivent. Un test linguistique est indispensable pour tout prestataire de soins possédant un diplôme étranger et entrant en contact avec des patients.

4. En outre, toutes les ressources communautaires consacrées aux soins bucco-dentaires doivent également être utilisées de manière optimale. Il faut absolument éviter de gaspiller des moyens par une utilisation incorrecte de la nomenclature ou par des manquements en matière d'échange des données, celui-ci devant être facilité par eHealth. Un Dossier dentaire global peut contribuer à une collecte optimale des données et à un suivi personnalisé des patients.

5. Enfin, afin d'abaisser encore les seuils financiers, on peut également envisager de généraliser le système du tiers payant aux bénéficiaires d'une intervention majorée. Toutefois, cette mesure ne portera véritablement ses fruits que lorsqu'un nombre suffisant de dentistes se seront conventionnés et qu'une nomenclature adaptée et modernisée aura été mise en place.

Dans le cadre de cette réflexion sur les soins bucco-dentaires, il importe de garder à l'esprit l'objectif à long terme, à savoir la préservation de la santé bucco-dentaire. Des économies peuvent être réalisées en maximisant le recours aux soins bucco-dentaires préventifs. À cet égard, il faut encourager le plus grand nombre de personnes possible à se rendre chez le dentiste au moins une fois par an.

L'importance des soins dentaires

Une bonne santé bucco-dentaire dépend d'une hygiène bucco-dentaire de qualité et assidue. En effet, c'est la plaque dentaire bactérienne qui forme un biofilm (une sorte de pellicule de dépôts bactériens) à la surface des dents. Ce biofilm peut ensuite provoquer des caries, d'une part, en raison de l'attaque de la matière dentaire, et des gingivites et parodontites, d'autre part, en raison de l'attaque des tissus de soutien (gencives et os de la mâchoire) autour des dents. Les caries et les parodontites peuvent toutes deux entraîner la perte de dents si elles ne sont pas traitées à temps.

Une visite préventive régulière chez le dentiste (et éventuellement chez l'hygiéniste dentaire) permet de s'assurer que la plaque dentaire bactérienne et sa version durcie, le tartre, seront éliminées de manière

2. Daarnaast moeten mondhygiënisten optimaler worden ingezet om zo bij te dragen tot een laagdrempeligere tandzorg en de preventieve tandheelkunde een prominentere plaats te geven.

3. Patiënten moeten kunnen worden geholpen in de taal van de regio waar ze wonen. Een taaltest is voor elke zorgverlener met een buitenlands diploma die in contact komt met patiënten een must.

4. Verder moeten alle gemeenschapsmiddelen die naar de mondzorg gaan ook optimaal worden aangewend. Verspilling van middelen door een onjuist gebruik van de nomenclatuur of door een gebrekkige uitwisseling van gegevens moet absoluut worden vermeden. Gegevensuitwisseling via eHealth moet worden gefaciliteerd. Een Globaal Dentaal Dossier kan bijdragen aan een optimale gegevensverzameling en een opvolging van de patiënt op maat.

5. Ten slotte, om financiële drempels verder te verlagen, kan er ook worden overwogen om de derdebetalersregeling te veralgemenen voor personen met een verhoogde tegemoetkoming. Dit zal echter pas een echt effect hebben wanneer voldoende tandartsen zich conventioneren en er een aangepaste, hedendaagse nomenclatuur bestaat.

In deze denkoefening omtrent de mondzorg is het belangrijk om de langetermijndoelstelling voor ogen te houden, met name het behoud van een gezonde mond. Door een maximale inzet van preventieve mondzorg kunnen kosten worden bespaard. Daarbij moeten zoveel mogelijk mensen worden gestimuleerd om de tandarts minstens één keer per jaar te bezoeken.

Het belang van tandzorg

Een goede mondgezondheid staat of valt met een goede en volgehouden mondhygiëne. Het is immers de bacteriële tandplak die een biofilm (als het ware een jas van bacteriële aanslag) vormt op de tandoppervlakken. Die biofilm kan vervolgens enerzijds cariës ("gaatjes") veroorzaken door de aantasting van het tandmateriaal en anderzijds gingivitis en parodontitis door de aantasting van het steunweefsel (tandvlees en kaakbot) rondom de tanden. Zowel cariës als parodontitis kunnen leiden tot tandverlies indien ze niet tijdig worden behandeld.

Een regelmatig preventief bezoek aan de tandarts (en eventueel mondhygiënist) kan ervoor zorgen dat de bacteriële tandplak en de verharde versie ervan, het tandsteen, op een professionele manier wordt verwijderd.

professionnelle. En outre, la technique d'hygiène bucco-dentaire peut être évaluée et ajustée afin que l'hygiène bucco-dentaire quotidienne à domicile soit aussi optimale que possible. De plus, des conseils diététiques et des conseils relatifs aux tabagisme ou aux parafonctions (serrement, grincement) peuvent également contribuer à une bouche saine.

Une approche préventive poussée, qui permet de corriger à temps les mauvaises techniques de brossage et de traiter rapidement les problèmes naissants, pourra dans de nombreux cas prévenir des infections ou des lésions dentaires plus graves. En misant résolument sur cette approche, on pourra mettre en œuvre une forme plus accessible de soins bucco-dentaires, car les traitements lourds et coûteux (tels que les couronnes et les bridges, les implants, les traitements endodontiques) pourront alors être évités autant que possible². Bien sûr, il y aura toujours des problèmes dentaires qui ne peuvent être évités (comme un mauvais alignement des dents ou des dommages causés par un traumatisme).

Il est désormais généralement admis qu'une bouche saine est importante pour une bonne santé générale. Bien qu'elle soit généralement indolore, une parodontite grave peut se traduire par une infection chronique d'une zone assez importante de la gencive et des tissus de soutien (50 cm²).³ L'infection chronique libère des facteurs inflammatoires et les bactéries de la plaque dentaire peuvent facilement pénétrer dans la circulation sanguine (par exemple, lors du brossage des dents). Par conséquent, la parodontite est également associée à d'autres maladies affectant d'autres parties de l'organisme, comme les maladies cardiovasculaires, les maladies articulaires, le diabète et la maladie d'Alzheimer.⁴ Mais une bouche saine est également importante pour le bien-être général (esthétique, haleine, confort de mastication). Dans les environnements résidentiels,

Bovendien kan de mondhygiënetechniek worden geëvalueerd en bijgestuurd, zodat de dagelijkse mondhygiëne thuis zo optimaal mogelijk verloopt. Tevens kan voedingsadvies en advies met betrekking tot roken of parafuncties (klemmen, knarsen) bijkomend bijdragen tot een gezonde mond.

Een doorgedreven preventieve aanpak door tijdige bijsturing van foute poetstechnieken en vroege behandeling van beginnende problemen zal in veel gevallen ernstigere infecties of tandschade voorkomen. Wanneer hier volop op wordt ingezet, kan op die manier ook een laagdrempeligere mondzorg worden gerealiseerd aangezien uitgebreide en dure behandelingen dan maximaal worden vermeden (zoals kronen en bruggen, implantaten, endodontische behandelingen)². Uiteraard zullen er steeds tandproblemen blijven bestaan die niet voorkomen kunnen worden (zoals scheefstand van de tanden of schade door trauma).

Vandaag wordt algemeen aanvaard dat een gezonde mond van belang is voor een goede algemene gezondheid. Hoewel meestal pijnloos, kan een forse parodontitis een chronische infectie van een behoorlijk groot oppervlak aan tandvlees en steunweefsel betekenen (50 cm²).³ Door de chronische infectie komen er ontstekingsfactoren vrij en bovendien kunnen plaquebacteriën gemakkelijk in de bloedbaan geraken (bijvoorbeeld bij het poetsen van de tanden). Daardoor wordt parodontitis ook in verband gebracht met andere aandoeningen elders in het lichaam, zoals hart- en vaatziekten, gewrichtsaandoeningen, diabetes en de ziekte van Alzheimer.⁴ Maar ook voor het algemeen welbevinden (esthetiek, ademgeur, kauwcomfort) is een gezonde mond van belang. In residentiële instellingen, zoals woonzorgcentra of instellingen voor personen met

² Moeller, J. F., Chen, H., & Manski, R. J. (2010). Investing in preventive dental care for the Medicare population: a preliminary analysis. *American journal of public health*, 100(11), 2262–2269. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.184747>; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2951950/>.

³ Van Winkelhoff, A.J., Winkel, E.G. en Vandenbroucke-Grauls, C.M.J.E., Parodontitis: een verborgen chronische infectie, *Ned Tijdschr Geneesk*. 2001;145:557-63, <https://www.ntvg.nl/artikelen/parodontitis-een-verborgen-chronische-infectie/artikelinfo>.

⁴ Danser, M., Thomas, R. Parodontitis en de algemene gezondheid. *Tandartsprakt* 37, 24–27 (2016), <https://doi.org/10.1007/s12496-016-0091-2>, <https://link.springer.com/article/10.1007/s12496-016-0091-2#citeas>; Hajishengallis, G., & Chavakis, T. (2021). Local and systemic mechanisms linking periodontal disease and inflammatory comorbidities. *Nature reviews. Immunology*, 1–15. Advance online publication. <https://doi.org/10.1038/s41577-020-00488-6>, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7841384/>.

² Moeller, J. F., Chen, H., & Manski, R. J. (2010). Investing in preventive dental care for the Medicare population: a preliminary analysis. *American journal of public health*, 100(11), 2262–2269. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.184747>; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2951950/>.

³ Van Winkelhoff, A.J., Winkel, E.G. en Vandenbroucke-Grauls, C.M.J.E., Parodontitis: een verborgen chronische infectie, *Ned Tijdschr Geneesk*. 2001;145:557-63, <https://www.ntvg.nl/artikelen/parodontitis-een-verborgen-chronische-infectie/artikelinfo>.

⁴ Danser, M., Thomas, R. Parodontitis en de algemene gezondheid. *Tandartsprakt* 37, 24–27 (2016), <https://doi.org/10.1007/s12496-016-0091-2>, <https://link.springer.com/article/10.1007/s12496-016-0091-2#citeas>; Hajishengallis, G., & Chavakis, T. (2021). Local and systemic mechanisms linking periodontal disease and inflammatory comorbidities. *Nature reviews. Immunology*, 1–15. Advance online publication. <https://doi.org/10.1038/s41577-020-00488-6>, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7841384/>.

tels que les établissements de soins résidentiels ou les institutions pour handicapés, l'accès aux soins bucco-dentaires est encore plus problématique.⁵

Selon un rapport du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) intitulé "*Performance du système de santé belge: Évaluation de l'équité*" (ci-après: rapport KCE 334As), les personnes ayant des besoins accrus en matière de soins de santé ont justement moins recours aux soins préventifs que les personnes qui affirment être déjà en bonne santé. Les personnes appartenant à la classe moyenne supérieure auraient plus recours aux soins dentaires que la moyenne et l'écart avec la moyenne de la population augmenterait également avec le temps.⁶

Quelques chiffres et données

Offre en matière de soins dentaires

1. Depuis 1996, le nombre de dentistes est en principe déterminé par un quota. En ce qui concerne le nombre de dentistes pour 100 000 habitants, la Belgique se situe dans la moyenne européenne.⁷ On remarquera toutefois le nombre important de dentistes titulaires d'un diplôme étranger qui sont arrivés sur le marché ces dernières années.⁸

2. Depuis 2016, un nouveau groupe professionnel d'hygiénistes dentaires est formé en Belgique pour soutenir davantage les soins bucco-dentaires. Ils se concentrent spécifiquement sur l'aspect préventif des soins dentaires, devraient rendre les soins dentaires plus accessibles et plus abordables, et pourraient permettre

un handicap est de l'accès à la dentisterie, ce qui est encore plus problématique.⁵

Volgens een rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), genaamd "*De performantie van het Belgische gezondheidssysteem: evaluatie van de billijkheid*" (hierna: KCE-rapport 334As), maken mensen met een hogere zorgnood net minder gebruik van preventieve zorg ten opzichte van personen die claimen al over een goede gezondheid te beschikken. Mensen in de hoge middenklasse zouden meer dan gemiddeld gebruik maken van tandzorg en de afwijking met het bevolkingsgemiddelde zou bovendien met de tijd toenemen.⁶

Enkele cijfers en gegevens

Aanbod tandzorg

1. Het aantal tandartsen wordt sinds 1996 in principe bepaald door de quota. Met betrekking tot het aantal tandartsen per 100 000 inwoners bekleedt België de middenmoot in Europa.⁷ Opvallend is wel het grote aantal tandartsen met een buitenlands diploma dat de laatste jaren is ingestroomd.⁸

2. Sinds 2016 wordt er een nieuwe beroepsgroep van mondhygiënisten opgeleid in België om de mondzorg verder te ondersteunen. Zij leggen zich specifiek toe op het preventieve aspect van de tandzorg, zouden de tandzorg laagdrempeliger en toegankelijker moeten maken en kunnen zorgen voor een besparing in de tandzorg.

⁵ Hajishengallis, G., & Chavakis, T. (2021). Local and systemic mechanisms linking periodontal disease and inflammatory comorbidities. *Nature reviews. Immunology*, 1–15. Advance online publication. <https://doi.org/10.1038/s41577-020-00488-6>, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7841384/>.

⁶ Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C. Performance du système de santé belge: Évaluation de l'équité – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2020. KCE Reports 334As. D/2020/10.273/28, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_334B_Evaluation_equite_systeme_sante_belge_Synthese.pdf.

⁷ Eurostat, Healthcare personnel statistics - dentists, pharmacists and physiotherapists: Statistics Explained, 10/09/2020, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_personnel_statistics_-_dentists,_pharmacists_and_physiotherapists.

⁸ Dentistes: mobilités internationales, Cellule Planification de l'offre des professions des soins de santé, Service Professions de Santé et Pratique professionnelle, DG Soins de santé, SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, novembre 2020, https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/hwf_note_-_dentistes_mobilite_internationale.pdf.

⁵ Hajishengallis, G., & Chavakis, T. (2021). Local and systemic mechanisms linking periodontal disease and inflammatory comorbidities. *Nature reviews. Immunology*, 1–15. Advance online publication. <https://doi.org/10.1038/s41577-020-00488-6>, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7841384/>.

⁶ Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C. De performantie van het Belgische gezondheidssysteem: evaluatie van de billijkheid – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2020. KCE Reports 334As. D/2020/10.273/28, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_334A_Billijkheid_Belgisch_gezondheidssysteem_Synthese.pdf.

⁷ Eurostat, Healthcare personnel statistics - dentists, pharmacists and physiotherapists: Statistics Explained, 10/09/2020, <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/pdfscache/37385.pdf>.

⁸ Internationale mobiliteit Tandartsen, Cel Planning van de gezondheidszorgberoepen, Dienst Gezondheidszorgberoepen en Beroepsuitoefening, DG Gezondheidszorg, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, november 2020, https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/tandartsen_nota_mobiliteit.pdf.

de réaliser des économies en matière de soins dentaires. Malheureusement, un cadre de remboursement n'a pas encore été prévu pour eux, ce qui fait que cette mesure manque son objectif.

Recours aux soins dentaires

1. 32 % des Belges n'ont pas consulté un dentiste depuis plus d'un an.⁹

2. 3,5 % des Belges reportent une visite chez le dentiste en raison du prix¹⁰, ce qui est supérieur à la moyenne européenne.

3. 3 % du budget de la santé est consacré aux soins bucco-dentaires (ce qui est sensiblement moins élevé que dans nombre de pays voisins et ce qui est inférieur à la moyenne européenne de 5 %).¹¹

4. Les dépenses à la charge des patients (*"out of the pocket"*) représentent 16 % des dépenses de santé totales en Belgique (2016), ce qui est inférieur à la moyenne de l'UE (18 %).¹²

5. La couverture de l'assurance collective pour les soins dentaires en Belgique (42 %) est supérieure à la moyenne de l'UE (30 %).¹³

Helaas is er voor hen nog niet in een terugbetalingskader voorzien, waardoor de regeling haar doel voorbij schiet.

Gebruik van tandzorg

1. 32 % van de Belgen is meer dan een jaar niet bij een tandarts geweest.⁹

2. 3,5 % van de Belgen stellen een bezoek aan de tandarts uit omwille van de kostprijs¹⁰, wat meer is dan het Europees gemiddelde.

3. 3 % van het gezondheidsbudget wordt aan mond-zorg besteed (een stuk minder dan in vele omringende landen en lager dan het Europese gemiddelde van 5 %).¹¹

4. De uitgaven ten laste van de patiënten (*"out of pocket"*) vertegenwoordigen 16 % van de totale gezondheidsuitgaven in België (2016). Dit is lager dan het EU-gemiddelde (18 %).¹²

5. De dekking van de collectieve verzekering voor tandheelkundige zorg in België (42 %) ligt hoger dan het EU-gemiddelde (30 %).¹³

⁹ Van der Heyden J, Berete F, Drieskens S. SOINS AMBULATOIRES DISPENSÉS PAR LES MÉDECINS ET LES DENTISTES. Enquête de santé 2018. https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/GP_SP_DC_FR_2018.pdf.

¹⁰ OECD and European Union, Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing, 2018.

¹¹ Devos C, Cordon A, Lefèvre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert N, Gerkens S, Maertens de Noordhout C, Devleeschauwer B, Haelterman M, Léonard C, Meeus P. Performance du système de santé belge – rapport 2019. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2019. KCE Reports 313B. D/2019/10.273/32, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_313B_Rapport_Performance_2019_Rapport%20FR.pdf.

¹² Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C. Performance du système de santé belge: Évaluation de l'équité – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2020. KCE Reports 334Bs. D/2020/10.273/28, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_334B_Evaluation_equite_systeme_sante_belge_Synthese.pdf.

¹³ Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C. Performance du système de santé belge: Évaluation de l'équité – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2020. KCE Reports 334Bs. D/2020/10.273/28, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_334B_Evaluation_equite_systeme_sante_belge_Synthese.pdf.

⁹ Van der Heyden J, Berete F, Drieskens S. AMBULANTE ZORG DOOR ARTSEN EN TANDARTSEN. Gezondheidsenquête 2018. https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/GP_SP_DC_NL_2018.pdf.

¹⁰ OECD and European Union, Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing, 2018.

¹¹ Devos C, Cordon A, Lefèvre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert N, Gerkens S, Maertens de Noordhout C, Devleeschauwer B, Haelterman M, Léonard C, Meeus P. De performantie van het Belgische gezondheidssysteem – rapport 2019. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2019. KCE Reports 313A. D/2019/10.273/32, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_313A_Performantie_Rapport_2019_Rapport%20NL.pdf.

¹² Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C. De performantie van het Belgische gezondheidssysteem: evaluatie van de billijkheid – Synthèse. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2020. KCE Reports 334As. D/2020/10.273/28, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_334A_Billijkheid_Belgisch_gezondheidssysteem_Synthese.pdf.

¹³ Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C. De performantie van het Belgische gezondheidssysteem: evaluatie van de billijkheid – Synthèse. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2020. KCE Reports 334As. D/2020/10.273/28, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_334A_Billijkheid_Belgisch_gezondheidssysteem_Synthese.pdf.

6. Les dépenses propres (57,6 %) sont élevées, mais comparables à la moyenne de l'UE (59,2 %).¹⁴ Il convient de signaler à cet égard que la moyenne européenne est fortement influencée par une série de pays (Grèce, Espagne), où les soins dentaires ne sont pratiquement pas remboursés. Les dépenses propres sont en revanche significativement inférieures chez nos voisins allemands (25,5 %) et néerlandais (21,7 %).¹⁵

7. La population exposée au risque de pauvreté et “en situation de privation matérielle sévère” a tendance à reporter les soins dentaires. La probabilité qu'elle consulte régulièrement un dentiste est significativement inférieure par rapport à la population générale. L'écart se creuse d'ailleurs d'année en année.¹⁶

8. Bien que le nombre de visites régulières (préventives) chez le dentiste ait augmenté au cours des dernières années, cette hausse a surtout été induite par les groupes de revenus plus élevés.¹⁷

9. Les bénéficiaires de l'intervention majorée sont confrontés à la même iniquité que d'autres groupes financièrement plus vulnérables en ce qui concerne les

6. De eigen uitgaven (57,6 %) zijn hoog, maar vergelijkbaar met het EU gemiddelde (59,2 %).¹⁴ Hierbij moet worden opgemerkt dat het Europese gemiddelde sterk wordt beïnvloed door een aantal landen (Griekenland, Spanje), waar er zo goed als geen terugbetaling voor tandzorgen bestaat. In buurlanden Duitsland (25,5 %) en Nederland (21,7 %) zijn de eigen uitgaven dan weer veel lager.¹⁵

7. Mensen met een risico op armoede en met “ernstige materiële deprivatie” stellen tandzorg eerder uit. De kans dat ze regelmatig naar de tandarts gaan, is substantieel lager dan in de algemene bevolking. De kloof groeit overigens met de jaren.¹⁶

8. Hoewel het aantal regelmatige (preventieve) tandartsbezoeken de laatste jaren toeneemt, wordt de stijging vooral teweeggebracht door de hogere inkomensgroepen.¹⁷

9. Mensen met een verhoogde tegemoetkoming (VT) hebben bij de tandarts te maken met dezelfde onbillijkheid als andere financieel zwakkere groepen. De verhoogde

¹⁴ Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C. Performance du système de santé belge: Évaluation de l'équité – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2020. KCE Reports 334Bs. D/2020/10.273/28, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_334B_Evaluation_equite_sante_belge_Synthese.pdf; OECD Health data. Health expenditure and financing (System of Health Accounts) [Web page]. 2020 [cited 11/09/2020]. Available from: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>; Devos C, Cordon A, Lefèvre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert N, et al. Performance of the Belgian health system – Report 2019. Health Services Research (HSR). Brussel: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2019. KCE Reports (313), *Performance of the Belgian health system – report 2019* (fgov.be).

¹⁵ Cès, S. and Baeten, R. (2020), Inequalities in access to healthcare in Belgium. Brussels: European Social Observatory, July 2020, 184 p, http://www.ose.be/files/publication/health/2020_Ces_Baeten_NIHD_Inequalities_access_care_Synthese_NL.pdf.

¹⁶ Devos C, Cordon A, Lefèvre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert N, Gerkens S, Maertens de Noordhout C, Devleesschauwer B, Haelterman M, Léonard C, Meeus P. Performance du système de santé belge – rapport 2019. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2019. KCE Reports 313A. D/2019/10.273/32, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_313B_Rapport_Performance_2019_Rapport%20FR.pdf.

¹⁷ Devos C, Cordon A, Lefèvre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert N, Gerkens S, Maertens de Noordhout C, Devleesschauwer B, Haelterman M, Léonard C, Meeus P. Performance du système de santé belge – RAPPORT 2019. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2019. KCE Reports 313B. D/2019/10.273/32, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_313B_Rapport_Performance_2019_Rapport%20FR.pdf.

¹⁴ Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C. De performantie van het Belgische gezondheidssysteem: evaluatie van de billijkheid – Synthèse. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2020. KCE Reports 334As. D/2020/10.273/28, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_334A_Billijkheid_Belgisch_gezondheidssysteem_Synthese.pdf; OECD Health data. Health expenditure and financing (System of Health Accounts) [Web page]. 2020 [cited 11/09/2020]. Available from: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>; Devos C, Cordon A, Lefèvre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert N, et al. Performance of the Belgian health system – Report 2019. Health Services Research (HSR). Brussel: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2019. KCE Reports (313), *Performance of the Belgian health system – report 2019* (fgov.be).

¹⁵ Cès, S. and Baeten, R. (2020), Inequalities in access to healthcare in Belgium. Brussels: European Social Observatory, July 2020, 184 p, http://www.ose.be/files/publication/health/2020_Ces_Baeten_NIHD_Inequalities_access_care_Synthese_NL.pdf.

¹⁶ Devos C, Cordon A, Lefèvre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert N, Gerkens S, Maertens de Noordhout C, Devleesschauwer B, Haelterman M, Léonard C, Meeus P. De performantie van het Belgische gezondheidssysteem – rapport 2019. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2019. KCE Reports 313A. D/2019/10.273/32, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_313A_Performantie_Rapport_2019_Rapport%20NL.pdf.

¹⁷ Devos C, Cordon A, Lefèvre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert N, Gerkens S, Maertens de Noordhout C, Devleesschauwer B, Haelterman M, Léonard C, Meeus P. De performantie van het Belgische gezondheidssysteem – rapport 2019. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2019. KCE Reports 313A. D/2019/10.273/32, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_313A_Performantie_Rapport_2019_Rapport%20NL.pdf.

soins chez le dentiste. L'intervention majorée¹⁸ a assuré une accessibilité plus équitable aux soins de médecine générale, mais pas aux soins dentaires.

10. Il apparaît ainsi que le recours aux soins chez les dentistes augmente en fonction des revenus; les revenus plus élevés (c'est-à-dire la classe moyenne supérieure et les plus hauts revenus) ont davantage recours aux soins dentaires.¹⁹

11. Il apparaît que les personnes ayant une (très) mauvaise santé, un niveau d'éducation peu élevé, de bas revenus ou qui se trouvent dans une situation financière difficile (à l'exception des personnes isolées de 18 à 64 ans et des parents isolés) ont moins recours aux soins dentaires (préventifs) – la probabilité qu'elles aient régulièrement recours aux soins dentaires est réduite de 10 à 21 %.

12. Inversement, il apparaît que les personnes ayant une (très) bonne santé, un diplôme de l'enseignement supérieur, des revenus plus élevés, ainsi que les indépendants ont précisément davantage recours aux soins dentaires – la probabilité qu'elles y aient recours est de 11 à 12 % supérieure à la moyenne de population (chiffres de 2016).²⁰

13. La part de la population adulte rapportant des besoins en soins dentaires non satisfaits a augmenté de 1,6 % (2008) à 2,7 % (2012) puis 3,7 % (2016). Ces résultats sont plus mauvais que la moyenne européenne et que ceux de nos voisins.

14. Dans le groupe des plus bas revenus, il apparaît que la proportion de personnes ayant des besoins de soins non satisfaits en Belgique est même parmi les plus élevées d'Europe. Dans le groupe ayant des besoins

tegemoetkoming¹⁸ zorgde weliswaar voor een billijkere toegankelijkheid tot de huisartsenzorg, maar niet voor die van de tandzorg.

10. Gebruik van zorg bij tandartsen blijkt dus met het inkomen te stijgen; de hogere inkomens (de hoge middenklasse en de hoogste inkomens) maken meer gebruik van tandzorg.¹⁹

11. Mensen met een (zeer) slechte gezondheid, een laag opleidingsniveau, een laag inkomen of in een financieel moeilijke situatie (met uitzondering van alleenstaanden tussen 18 en 64 jaar en alleenstaande ouders) blijken minder een beroep te doen op (preventieve) tandzorg, met een afname van de kans op regelmatig gebruik van tandzorg tussen 10 en 21 %.

12. Anderzijds blijken mensen met een (zeer) goede gezondheid, met een tertiaire opleiding, met een hoger inkomen en zelfstandigen net meer van de tandzorg gebruik te maken, en de kans dat ze er gebruik van maken, ligt ook 11 tot 12 % boven het bevolkingsgemiddelde (cijfers 2016).²⁰

13. Het aandeel van de volwassen bevolking dat zegt onvervulde tandzorgbehoeften te hebben, steeg van 1,6 % (2008) over 2,7 % (2012) naar 3,7 % (2016). Deze resultaten zijn slechter dan het Europese gemiddelde en dan dat van onze buurlanden.

14. Bij de laagste inkomens blijkt het aandeel mensen met onvervulde zorgbehoeften in België zelfs tot de hoogste in Europa te behoren. In de groep met onvervulde tandzorgbehoeften is de kans op regelmatige

¹⁸ Le pourcentage de bénéficiaires de l'intervention majorée a sensiblement augmenté ces dernières années, puisqu'il est passé de 13,6 % en 2008 à 18,5 % en 2016. Cette hausse s'explique d'une part par la modification des conditions et les actions déployées afin d'amener la population à faire usage de ce droit, et d'autre part par la proportion croissante de personnes à bas revenus. (voir KCE-rapport 334 Bs).

¹⁹ Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C. Performance du système de santé belge: évaluation de l'équité – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2020. KCE Reports 334Bs. D/2020/10.273/28, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_334B_Evaluation_equite_systeme_sante_belge_Synthese.pdf.

²⁰ Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C. Performance du système de santé belge: Évaluation de l'équité – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2020. KCE Reports 334Bs. D/2020/10.273/28, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_334B_Evaluation_equite_systeme_sante_belge_Synthese.pdf.

¹⁸ Het aandeel personen met een verhoogde tegemoetkoming nam de laatste jaren aanzienlijk toe, van 13,6 % in 2008 naar 18,5 % in 2016. Dit is enerzijds te wijten aan een aanpassing van de voorwaarden en actieve inspanningen om mensen het recht te laten opnemen, maar anderzijds ook doordat het aandeel mensen met een laag inkomen in de bevolking toeneemt. (zie KCE-rapport 334 As).

¹⁹ Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C. De performantie van het Belgische gezondheidssysteem: evaluatie van de billijkheid – Synthèse. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2020. KCE Reports 334As. D/2020/10.273/28, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_334A_Billijkheid_Belgisch_gezondheidssysteem_Synthese.pdf.

²⁰ Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C. De performantie van het Belgische gezondheidssysteem: evaluatie van de billijkheid – Synthèse. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2020. KCE Reports 334As. D/2020/10.273/28, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_334A_Billijkheid_Belgisch_gezondheidssysteem_Synthese.pdf.

non satisfaits en soins dentaires, la probabilité d'aller régulièrement chez le dentiste est nettement moins élevée que dans le groupe sans besoins non satisfaits en soins dentaires.²¹

15. La proportion des personnes dont les besoins de soins dentaires ne sont pas satisfaits n'a pas augmenté significativement entre 2011 et 2017.²²

16. 15,7 % des Belges indiquent que les coûts des soins médicaux constituent une lourde charge financière. Ils sont même 28,5 % parmi les ménages dont le revenu est inférieur à 60 % du revenu médian. Notre pays se classe ainsi à la huitième place au sein de l'UE.

Bien que les dépenses à la charge du patient (*"out of pocket"*) soient parmi les plus basses en Europe, l'accès aux soins dentaires est problématique, ce qui peut s'expliquer par la répartition du budget de la santé, le faible taux de conventionnement des dentistes, la nomenclature et le régime du tiers payant.

Ces données chiffrées suggèrent que l'augmentation du report des soins pourrait s'expliquer dans une certaine mesure par une hausse des contributions personnelles – surtout des suppléments –, par une hausse du besoin de soins et par des ressources financières limitées pour une proportion importante de la population. Il convient cependant d'approfondir la question, afin de mettre en évidence l'incidence réelle de la part des contributions personnelles et du régime du tiers payant sur l'accès et le recours effectif aux soins dentaires et de prendre les mesures appropriées.

Les ménages de la classe moyenne inférieure et supérieure semblent encore être en mesure de faire face en partie à la hausse des contributions personnelles, mais pour les personnes menacées de pauvreté ou souffrant de privation matérielle sévère, la situation est beaucoup plus difficile. En 2016, un tiers des personnes membres

tandartsbezoeken bovendien beduidend lager dan in de groep zonder onvervulde tandzorgbehoeften.²¹

15. Het percentage van mensen met onvervulde behoeften met betrekking tot tandzorg is niet significant gestegen tussen 2011 en 2017.²²

16. 15,7 % van de Belgen geeft aan dat medische zorgkosten een hoge financiële last vormen. Voor gezinnen waarvan het inkomen lager is dan 60 % van het mediaan inkomen is dat zelfs 28,5 %. Daarmee staan we op plaats 8 binnen de EU.

Hoewel de *"out of pocket"*-uitgaven tot de lagere in Europa behoren, zit er met betrekking tot de toegang van de tandzorg iets scheef. Dat kan te verklaren zijn door de verdeling van het gezondheidsbudget, de lage conventioneringsgraad van tandartsen, de nomenclatuur en de derdebetalersregeling.

De cijfers suggereren dat de toename in uitstel van zorg in bepaalde mate verklaard zou kunnen worden door een stijging van de eigen betalingen – en dan vooral van de supplementen –, een stijgende zorgnood en een beperkte financiële draagkracht voor een aanzienlijk deel van de bevolking. Hieromtrent dient echter bijkomend onderzoek te worden uitgevoerd, zodat de concrete invloed van het aandeel eigen betalingen en de derdebetalersregeling op de toegang tot en het effectieve gebruik van de tandzorg kan worden scherpgesteld en de gepaste maatregelen kunnen worden genomen.

De gezinnen in de lage middenklasse en hoger lijken de stijgende eigen betalingen nog gedeeltelijk te kunnen opvangen, maar voor de bevolking met armoederisico of met ernstige materiële deprivatie blijkt dit veel moeilijker te zijn. In 2016 werd een derde van de mensen in een gezin met ernstige materiële deprivatie geconfronteerd

²¹ Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C. Performance du système de santé belge: Évaluation de l'équité – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2020. KCE Reports 334Bs. D/2020/10.273/28, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_334B_Evaluation_equite_systeme_sante_belge_Synthese.pdf OECD Health data. Health expenditure and financing (System of Health Accounts) [Web page]. 2020 [cited 11/09/2020]. Available from: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>; Devos C, Cordon A, Lefèvre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert N, et al. Performance of the Belgian health system – Report 2019. Health Services Research (HSR). Brussel: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2019. KCE Reports (313), *Performance of the Belgian health system – report 2019* (fgov.be).

²² Cès, S. and Baeten, R. (2020), Inequalities in access to healthcare in Belgium. Brussels: European Social Observatory, July 2020, 184 p, http://www.ose.be/files/publication/health/2020_Ces_Baeten_NIHD_Inequalities_access_care_Synthese_NL.pdf.

²¹ Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C. De performantie van het Belgische gezondheidssysteem: evaluatie van de billijkheid – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2020. KCE Reports 334As. D/2020/10.273/28, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_334A_Billijkheid_Belgisch_gezondheidssysteem_Synthese.pdf; OECD Health data. Health expenditure and financing (System of Health Accounts) [Web page]. 2020 [cited 11/09/2020]. Available from: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>; Devos C, Cordon A, Lefèvre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert N, et al. Performance of the Belgian health system – Report 2019. Health Services Research (HSR). Brussel: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2019. KCE Reports (313), *Performance of the Belgian health system – report 2019* (fgov.be).

²² Cès, S. and Baeten, R. (2020), Inequalities in access to healthcare in Belgium. Brussels: European Social Observatory, July 2020, 184 p, http://www.ose.be/files/publication/health/2020_Ces_Baeten_NIHD_Inequalities_access_care_Synthese_NL.pdf.

d'un ménage souffrant de privation matérielle sévère ont été confrontées à des besoins de soins dentaires non satisfaits; ces personnes sont amenées à choisir entre des dépenses liées aux besoins de base (nourriture, loyer, services publics, hygiène) et les soins de santé en général et les soins dentaires en particulier.²³

Selon l'étude de l'OSE²⁴, si l'accès aux soins de santé est entravé par des obstacles financiers et des problèmes organisationnels (tels que le transport), des caractéristiques personnelles et psychosociales peuvent également créer des barrières supplémentaires. Il s'agit notamment de "la perception que ces personnes ont des professionnels de la santé (distance culturelle, etc.), des réactions psychosociales telles que la minimisation des problèmes de santé, l'anxiété, la distraction par d'autres difficultés, les problèmes de santé mentale, etc."²⁵ Par conséquent, une approche holistique et sensibilisatrice – et pas simplement axée sur l'aspect financier – est nécessaire pour rendre l'accès aux soins dentaires plus équitable.

L'aspect purement financier n'explique pas tout chez les personnes nécessitant des soins

Les personnes présentant des besoins de soins non satisfaits sont généralement plus susceptibles de faire partie de groupes financièrement défavorisés, selon le rapport 334 As du KCE.

Il convient toutefois de noter que les groupes présentant des besoins médicaux non satisfaits sont financièrement plus vulnérables que ceux présentant des besoins de soins dentaires non satisfaits; les ménages ayant des revenus plus élevés et une plus grande résilience financière ont, eux aussi, tendance à reporter les soins dentaires.²⁶

met onvervulde tandzorgbehoeften; deze mensen worden geconfronteerd met een afweging tussen uitgaven voor basisbehoeften (voedsel, huur, nutsvoorzieningen, hygiëne) en gezondheidszorg in het algemeen en tandzorg in het bijzonder.²³

Toegang tot de gezondheidszorg wordt volgens de studie van het OSE²⁴ echter niet alleen bemoeilijkt door financiële obstakels en organisatorische problemen (zoals het vervoer), ook persoonlijke en psychosociale kenmerken kunnen extra hindernissen opwerpen. Het betreft o.a. "het beeld dat deze mensen hebben van gezondheidswerkers (culturele afstand enz.), psychosociale reacties zoals het minimaliseren van gezondheidsproblemen, angst, afleiding door andere moeilijkheden, mentale gezondheidsproblemen enz."²⁵ Een holistische en sensibiliserende – en niet louter op het financiële aspect gefocuste – benadering is bijgevolg noodzakelijk om de toegang tot de tandzorg billijker te maken.

Er is meer aan de hand dan het louter financiële aspect bij de zorgbehoevenden

Mensen met onvervulde zorgbehoeften behoren volgens het KCE-rapport 334 As over het algemeen vaker tot financieel zwakkere groepen.

Opmerkelijk is echter wel dat de groepen met onvervulde medische noden financieel kwetsbaarder zijn dan die met onvervulde tandzorgbehoeften; ook gezinnen met hogere inkomens en met meer financiële veerkracht plegen dus tandzorg uit te stellen.²⁶

²³ Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C. Performance du système de santé belge: Évaluation de l'équité – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2020. KCE Reports 334As. D/2020/10.273/28, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_334B_Evaluation_equite_systeme_sante_belge_Synthese.pdf.

²⁴ Cès, S. and Baeten, R. (2020), Inequalities in access to healthcare in Belgium. Brussels: European Social Observatory, July 2020, 184 p, http://www.ose.be/files/publication/health/2020_Ces_Baeten_NIHDI_Inequalities_access_care_Synthese_NL.pdf.

²⁵ Cès, S. and Baeten, R. (2020), Inequalities in access to healthcare in Belgium. Brussels: European Social Observatory, July 2020, 184 p, http://www.ose.be/files/publication/health/2020_Ces_Baeten_NIHDI_Inequalities_access_care_Synthese_NL.pdf.

²⁶ Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C. Performance du système de santé belge: Évaluation de l'équité – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2020. KCE Reports 334As. D/2020/10.273/28, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_334B_Evaluation_equite_systeme_sante_belge_Synthese.pdf.

²³ Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C. De performantie van het Belgische gezondheidssysteem: evaluatie van de billijkheid – Synthèse. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2020. KCE Reports 334As. D/2020/10.273/28, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_334A_Billijkheid_Belgisch_gezondheidssysteem_Synthese.pdf.

²⁴ Cès, S. and Baeten, R. (2020), Inequalities in access to healthcare in Belgium. Brussels: European Social Observatory, July 2020, 184 p, http://www.ose.be/files/publication/health/2020_Ces_Baeten_NIHDI_Inequalities_access_care_Synthese_NL.pdf.

²⁵ Cès, S. and Baeten, R. (2020), Inequalities in access to healthcare in Belgium. Brussels: European Social Observatory, July 2020, 184 p, http://www.ose.be/files/publication/health/2020_Ces_Baeten_NIHDI_Inequalities_access_care_Synthese_NL.pdf.

²⁶ Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C. De performantie van het Belgische gezondheidssysteem: evaluatie van de billijkheid – Synthèse. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2020. KCE Reports 334As. D/2020/10.273/28, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_334A_Billijkheid_Belgisch_gezondheidssysteem_Synthese.pdf.

En 2009, on a, dans le but d'améliorer l'accessibilité aux soins buccaux, supprimé le ticket modérateur pour les mineurs. Davantage d'enfants sont certes allés chez le dentiste, mais cela n'a en fin de compte pas donné le résultat escompté. On a observé en général une augmentation du nombre de visites chez le dentiste, cette augmentation n'étant pas plus importante chez les mineurs que chez les adultes²⁷.

Des observations antérieures suggèrent que les motifs financiers sont par conséquent très importants, mais ils ne sont certainement pas la seule raison de reporter des soins dentaires.²⁸ Par exemple, l'augmentation de l'intervention a rendu l'accès aux soins de médecine générale plus équitable, mais pas celui aux soins dentaires.²⁹

Entraves potentielles dans le cadre des soins bucco-dentaires actuels - Remboursabilité, échange de données, transparence et charges administratives

La nomenclature des différents traitements dentaires est soumise à des conditions compliquées ou à des limites d'âge qui déterminent le caractère remboursable des traitements. Les choses sont encore plus compliquées pour les personnes qui n'étaient pas encore dans un rythme de contrôle régulier.³⁰

L'introduction d'un "trajet de soins buccaux" en Belgique a entraîné une très légère augmentation des visites chez le dentiste. Ce trajet a un effet pénalisant (stimuli négatifs), en ce sens que le remboursement est moindre si l'on n'est pas allé chez le dentiste l'année précédente. Ce succès limité peut s'expliquer par le fait que pour les personnes bénéficiant d'une intervention majorée, la différence est tout au plus de 1 ou 2 euros, de sorte que l'effet incitatif est minime. Pour les personnes ne bénéficiant pas d'une intervention majorée, en revanche, le trajet de soins buccaux peut être une entrave supplémentaire, puisqu'une visite irrégulière

In 2009 werd - in een poging om de toegankelijkheid tot de mondzorg te verbeteren - het remgeld voor minderjarigen afgeschaft. Daardoor gingen weliswaar meer kinderen naar de tandarts, maar dit leidde finaal niet tot het verwachte resultaat. Er werd in het algemeen een toename van het tandartsbezoek vastgesteld, waarbij de stijging bij de minderjarigen niet groter was dan bij de meerderjarigen²⁷.

Voorgaande waarnemingen doen vermoeden dat financiële motieven bijgevolg wel heel belangrijke, doch zeker niet de enige redenen uitmaken om tandzorg uit te stellen.²⁸ Zo zorgde de verhoogde tegemoetkoming weliswaar voor een billijkere toegankelijkheid van huisartsenzorg, maar niet voor die van de tandzorg.²⁹

Mogelijke drempels binnen de huidige mondzorg - Terugbetaalbaarheid, gegevensuitwisseling, transparantie en administratieve lasten

Voor de nomenclatuur van verschillende tandheelkundige behandelingen worden ingewikkelde voorwaarden of leeftijdsgrenzen gehanteerd, die de terugbetaalbaarheid van de behandelingen bepalen. Dit kan nog meer drempelverhogend werken voor mensen die nog niet in een vast controleritme zaten.³⁰

De invoering van een "mondzorgtraject" in België heeft voor een zeer lichte toename van het tandartsbezoek gezorgd. Dit traject werkt bestraffend (negatieve incentive), in die zin dat er minder wordt terugbetaald wanneer men in het voorgaande jaar geen tandartsbezoek heeft gehad. Mogelijke redenen voor het beperkte succes zijn dat voor mensen met een verhoogde tegemoetkoming het verschil hoogstens 1 of 2 euro is, waardoor het aanmoedigende effect minimaal is. Voor mensen zonder verhoogde tegemoetkoming, daarentegen, kan het mondzorgtraject de drempel nog verder verhogen, aangezien men bij een onregelmatig tandartsbezoek

²⁷ Vandeleene G, Lambert L, Camilotti G, Avalosse H. Tandzorg: financiële incentives in vraag gesteld (2019). https://www.cm.be/media/CM-INFO-NL-276-Tandzorg_tcm47-60117.pdf

²⁸ Van Camp, Y., "Vlaamse jeugd laat tanden niet zien", 4 januari 2019, <https://www.n-va.be/nieuws/vlaamse-jeugd-laait-tanden-niet-zien>.

²⁹ Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C. Performance du système de santé belge: Évaluation de l'équité - Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2020. KCE Reports 334As. D/2020/10.273/28, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_334B_Evaluation_equite_systeme_sante_belge_Synthese.pdf.

³⁰ Cour des comptes, Remboursement des soins dentaires - Pour une gestion publique plus performante, Rapport de la Cour des comptes transmis à la Chambre des représentants, Bruxelles, mars 2016, https://www.ccrek.be/docs/2016_16_RemboursementSoinsDentaires.pdf.

²⁷ Vandeleene G, Lambert L, Camilotti G, Avalosse H. Tandzorg: financiële incentives in vraag gesteld (2019). https://www.cm.be/media/CM-INFO-NL-276-Tandzorg_tcm47-60117.pdf.

²⁸ Van Camp, Y., "Vlaamse jeugd laat tanden niet zien", 4 januari 2019, <https://www.n-va.be/nieuws/vlaamse-jeugd-laait-tanden-niet-zien>.

²⁹ Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C. De performantie van het Belgische gezondheidssysteem: evaluatie van de billijkheid - Synthèse. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2020. KCE Reports 334As. D/2020/10.273/28, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_334A_Billijkheid_Belgisch_gezondheidssysteem_Synthese.pdf.

³⁰ Rekenhof, Terugbetaling van tandzorg - Voor een performanter overheidsbeheer, Verslag van het Rekenhof aan de Kamer van volksvertegenwoordigers Brussel, maart 2016, https://www.ccrek.be/docs/2016_16_TerugbetalingTandzorg.pdf.

chez le dentiste coûte jusqu'à environ 20 euros de plus qu'une visite s'inscrivant dans le trajet de soins buccaux.

Il existe par ailleurs une incertitude tarifaire. En effet, de nombreux dentistes (+/- 40 %) se sont retirés de la convention tarifaire. Il s'ensuit que l'accord national dento-mutualiste a été approuvé de justesse. Les dentistes non conventionnés ne respectent pas les tarifs de l'INAMI. Le faible taux de conventionnement s'explique notamment par le mécontentement important que suscite la nomenclature existante, qui n'est plus adaptée à la pratique actuelle de la profession et qui contraint les praticiens à facturer des suppléments pour pouvoir obtenir une rémunération raisonnable pour les services rendus.

Le ministre Vandenbroucke a récemment répondu à une question écrite de Mme Frieda Gijbels que le système d'accords actuel et les tarifs qu'il prévoit ne parviennent plus à attirer suffisamment de dentistes et qu'il est essentiel de disposer d'une offre suffisante de dentistes conventionnés pour garantir le droit des assurés à la certitude tarifaire et à l'accessibilité des soins. Le ministre a indiqué qu'il avait l'intention de se pencher sur ces questions dans les mois à venir.³¹

Autre élément intéressant: on a assisté ces dernières années à une évolution vers de grands cabinets qui sont surtout des investissements, les gérants de ces cabinets n'étant pas toujours des dentistes actifs. Des fonds d'investissement étant parfois impliqués, il est permis de se demander si cette évolution n'est pas en contradiction avec l'utilisation de moyens de la communauté et l'accessibilité des soins. Il est nécessaire d'établir un cadre légal clair dans lequel les soins dentaires peuvent être organisés. Les structures financières doivent être transparentes et contrôlables. Il faut garantir au patient la liberté individuelle dans le choix des soins (pas d'obligation de se faire soigner au sein du groupe) sans que cette liberté puisse avoir un quelconque impact financier. Ainsi, un patient qui décide de se faire soigner en dehors d'une chaîne de cabinets d'orthodontie/de parodontie ne doit pas risquer de se voir appliquer des tarifs plus élevés pour les soins généraux prodigués dans cette chaîne de cabinets.

Il est également important que les moyens consacrés aux soins bucco-dentaires soient utilisés de manière rationnelle. Il faut éviter la surconsommation en permettant un échange optimal de données (y compris de radiographies) entre dentistes et médecins. La transparence

tot ongeveer 20 euro méér moet betalen dan wanneer men al in het mondzorgtraject zit.

Verder is er sprake van tariefonzekerheid doordat veel tandartsen (+/- 40 %) uit de tariefovereenkomst zijn gestapt, waardoor het nationaal akkoord tandheelkundigen-ziekenfondsen maar ternauwernood goedgekeurd geraakte. De niet-geconventioneerde tandartsen houden zich niet aan de afgesproken RIZIV-tarieven. Een verklaring voor de lage conventiegraad is het grote ongenoegen dat bestaat over de bestaande nomenclatuur, die niet meer afgestemd zou zijn op de hedendaagse manier van praktijkvoering en die ervoor zorgt dat supplementen moeten worden aangerekend om een redelijk honorarium voor de geleverde prestaties te kunnen vragen.

Uit een recent antwoord van minister Vandenbroucke op een schriftelijke vraag van Frieda Gijbels bleek in die zin het volgende: "Daarnaast slaagt het huidige akkoordensysteem en de daarin vastgestelde tarieven er niet meer in om voldoende tandartsen aan te trekken en is het hebben van een voldoende aanbod van geconventioneerde tandartsen essentieel om de rechten van de verzekerden op tariefzekerheid en toegankelijkheid van de zorg te garanderen. Wij willen de komende maanden aan deze punten werken [...]".³¹

Een ander aandachtspunt is dat er de laatste jaren een evolutie is naar grote investeringspraktijken, waarbij de zaakvoerders niet altijd actieve tandartsen zijn. Aangezien er soms investeringsfondsen mee gemoeid zijn, stelt zich de vraag of die evolutie niet op gespannen voet staat met het gebruik van gemeenschapsmiddelen en de toegankelijkheid van de zorg. Er bestaat een nood aan een duidelijk wettelijk kader waarbinnen de tandzorg moet worden georganiseerd. Financiële structuren moeten transparant en controleerbaar zijn. De individuele vrijheid van zorgkeuze (niet bindend binnen de groep) voor de patiënt moet gewaarborgd blijven en mag geen financiële impact hebben. Zo mag een patiënt die beslist om zich buiten de praktijk van een keten van orthodontie /parodontologie te laten behandelen daardoor geen hogere tarieven riskeren voor algemene zorg in de ketenpraktijk.

Ook is het van belang dat de middelen die naar mondzorg gaan ook rationeel worden ingezet. Overconsumptie moet worden vermeden door een optimale gegevensuitwisseling tussen tandartsen en artsen mogelijk te maken (onder meer van radiografieën). Ook moeten

³¹ Réponse du ministre Vandenbroucke à la question n° 246 du 2 décembre 2020 de Mme GIJBELS Frieda (Document: 55 2020202106791).

³¹ Antwoord van minister Vandenbroucke op de parlementaire vraag nr. 246 van 2 december 2020 van mevrouw GIJBELS Frieda (Document: 55 2020202106791).

des factures doit également être garantie: les codes de nomenclature, mais aussi le traitement, doivent être communiqués dans un langage compréhensible, de façon à permettre au patient de procéder à un premier contrôle de la note d'honoraires.

Il faut par ailleurs veiller à ne pas augmenter inutilement la charge administrative pour le dentiste, dont la tâche principale est de prodiguer des soins.

Enfin, il importe qu'un patient puisse être interrogé et aidé dans la langue de la région dans laquelle le cabinet est situé. Il est dès lors capital que le dentiste ait une connaissance approfondie de la langue de cette région. Il doit aussi être capable de saisir les nuances de la communication et de faire preuve de suffisamment d'empathie - également verbale - pour comprendre le patient et le traiter dans un contexte souvent anxiogène et stressant.

Extension du régime du tiers payant, liaison au futur Dossier dentaire global et responsabilisation

Les obstacles financiers et la couverture d'assurance semblent jouer un rôle important dans l'accès inégal aux soins dentaires, bien qu'il existe encore d'autres facteurs en la matière. Il semble également que les soins pour lesquels le patient ne doit pas s'acquitter d'un paiement direct – ou alors peu élevé – sont répartis de façon plus équitable.³²

Le système du Dossier médical global (DMG) qui existe déjà au niveau des médecins généralistes permet d'assurer un meilleur suivi des patients et de réduire le ticket modérateur. Il n'existe toutefois pas encore de "Dossier dentaire global" (DDG) qui aurait pour effet, par analogie avec le Dossier médical global, de stimuler le concept de "dentiste de famille". L'instauration d'un tel dossier pourrait pourtant encourager les patients à faire suivre leur santé buccale dans un seul cabinet, ce qui permettrait de réduire le ticket modérateur et d'assurer un meilleur suivi et un meilleur accompagnement.

En outre, l'instauration du régime du tiers payant pour les personnes précarisées sur le plan socioéconomique pourrait renforcer l'accessibilité des soins buccaux. Le fait de lier ensuite ce système de tiers payant à l'existence d'un DDG permettrait selon nous d'intégrer les soins préventifs et la coordination du dossier du patient

transparente factures worden gegarandeerd, waarbij niet alleen de nomenclatuurcodes, maar ook de behandeling in begrijpelijke taal wordt uitgeschreven, zodat de patiënt al een eerste controle kan doen van de ereloonnota.

Tevens moet er over gewaakt worden dat er geen onnodige extra administratie gecreëerd wordt voor de tandarts, die tenslotte als kerntaak zorgverlening heeft.

Tot slot is het van belang dat een patiënt kan onderhouden en geholpen worden in de taal van de regio waar de praktijk gevestigd is. Daartoe is vanwege de tandarts een grondige kennis van de taal van de regio in kwestie van groot belang. Men moet ook de kleine nuances in communicatie kunnen begrijpen en voldoende empathie aan de dag kunnen leggen, ook woordelijk, om patiënten te kunnen begrijpen en hen te behandelen in een context die vaak voor angst en stress zorgt.

Uitbreiding van de derdebetalersregeling, de koppeling aan een te implementeren Globaal Dentaal Dossier en responsabilisering

Hoewel het niet de enige factoren zijn, blijken financiële drempels en de verzekeringsdekking belangrijke factoren te zijn in de onbillijk verdeelde toegang tot de tandzorg. Ook blijkt dat de toegang tot zorg, waarbij er geen of een lage directe betaling is op het moment van gebruik, billijker verdeeld is.³²

De regeling van het Globaal Medisch Dossier (GMD) bij de huisarts faciliteert een betere opvolging van patiënten en zorgt voor lager remgeld. Er bestaat echter tot nader order nog geen "Globaal Dentaal Dossier" (GDD), naar analogie met het Globaal Medisch Dossier, dat zou toelaten om het concept van de "huistandarts" te stimuleren. Nochtans zou dit mensen ertoe kunnen aanmoedigen om hun mondgezondheid in één praktijk te laten opvolgen, met lager remgeld én een betere opvolging en begeleiding tot gevolg.

Daarnaast kan de invoering van een derdebetalersregeling voor socio-economisch zwakkere personen de toegankelijkheid van de mondzorg ten goede komen. Deze derdebetalersregeling vervolgens koppelen aan het beschikken over een GDD lijkt de auteurs een plausibele piste om de preventieve zorg en de coördinatie

³² Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C., Performance du système de santé belge: évaluation de l'équité – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2020. KCE Reports 334As. D/2020/10.273/28, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_334B_Evaluation_equite_syste_sante_belge_Synthese.pdf.

³² Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C. De performantie van het Belgische gezondheidssysteem: evaluatie van de billijkheid – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2020. KCE Reports 334As. D/2020/10.273/28, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_334A_Billijkheid_Belgisch_gezondheidssysteem_Synthese.pdf.

dans la politique générale de soins buccaux et de soins de santé du patient. Certaines conditions préliminaires (réforme de la nomenclature, augmentation du taux de conventionnement, contrôle) devraient toutefois être réunies dans ce cadre, en concertation avec les associations professionnelles concernées, afin d'obtenir un résultat optimal (voir ci-dessous).

Lors d'une consultation chez le dentiste, le patient qui bénéficie d'une intervention majorée ne paierait plus que le ticket modérateur, ainsi que d'éventuels suppléments. Le montant total des honoraires serait mentionné sur le reçu. De cette façon, le patient aurait encore conscience du coût des soins dentaires.

Il faudra également veiller à imposer un délai limité en ce qui concerne le paiement du dentiste par la mutualité.

Nous préconisons également des factures claires et transparentes, et non des attestations truffées de codes que personne ne comprend, comme c'est le cas actuellement, afin que le patient puisse déjà effectuer une première vérification de l'exactitude des données.

Questions préliminaires relatives au régime du tiers payant

Enfin, il convient de souligner que, s'il est déjà utilisé dans le secteur des soins dentaires, le régime du tiers payant se caractérise par un (trop) faible contrôle et une grande vulnérabilité à la fraude.³³

En outre, ainsi que nous l'avons signalé ci-dessus, la nomenclature utilisée pour les soins dentaires est désespérément dépassée et ne reflète pas la structure réelle des coûts des traitements, ce qui oblige les dentistes à facturer des suppléments. Par ailleurs, la remboursabilité de nombreux traitements dentaires est limitée dans le temps ou dépend de traitements antérieurs. De ce fait, elle est extrêmement difficile à estimer, à plus forte raison lorsque le patient consulte différents dentistes (ou en première et en deuxième ligne). Généraliser le régime du tiers payant n'est donc pas évident dans le contexte actuel.

Par conséquent, l'instauration d'une application systématique du régime général du tiers payant dans les soins dentaires doit nécessairement être précédée d'une réforme de la nomenclature qui corresponde à la pratique contemporaine, ainsi que d'un renforcement du contrôle en la matière. Ces ajustements préliminaires sont donc

van het patiëntendossier mee te nemen in het algemeen mondzorg- en gezondheidsbeleid van de patiënt. In dat kader dienen echter eerst enkele preliminaire randvoorwaarden (hervorming van de nomenclatuur, verhoging van de conventioneringsgraad, controle) in orde gebracht te worden, en dit in overleg met de betrokken beroepsverenigingen om een optimaal resultaat te bereiken (zie *infra*).

Bij een raadpleging bij de tandarts betaalt de patiënt met een verhoogde tegemoetkoming dan enkel nog het remgeld, alsook eventuele supplementen. Het volledige honorarium wordt vermeld op het ontvangstbewijs. Zo blijft de patiënt voeling hebben met de kostprijs van de tandzorg.

Ook moet er een gegarandeerd beperkte termijn van betaling zijn de ziekenfondsen aan de tandarts zijn.

Verder pleiten wij voor duidelijke en transparante facturen, niet zoals nu, met getuigschriften vol codes die niemand begrijpt, zodat de patiënt al een eerste controle kan doen met betrekking tot de juistheid van de gegevens.

Preliminaire kwesties met betrekking tot de derdebetalersregeling

Ten slotte dient aangestipt te worden dat in de tandzorg wel degelijk reeds gebruik gemaakt wordt van de derdebetalersregeling, doch dat deze gekenmerkt wordt door (te) weinig controle en een hoge fraudegevoeligheid.³³

Daarnaast is de nomenclatuur in de tandzorg, zoals hoger vermeld, hopeloos achterhaald en niet gebaseerd op de werkelijke kostenstructuur van behandelingen, waardoor tandartsen supplementen dienen aan te rekenen. Bovendien wordt de terugbetaalbaarheid van vele tandheelkundige behandelingen beperkt in de tijd of is die afhankelijk van voorgaande behandelingen. Daardoor is de terugbetaalbaarheid zeer moeilijk in te schatten, des te meer wanneer de patiënt verschillende tandartsen (of eerste en tweede lijn) bezoekt. Dat maakt de veralgemeende implementatie van een derdebetalerssysteem in de huidige context niet evident.

De introductie van een systematische toepassing van de algemene derdebetalersregeling in de tandzorg dient bijgevolg noodzakelijkerwijs te worden voorafgegaan door een hervorming van de nomenclatuur, afgestemd op een hedendaagse praktijkvoering, alsook door een verscherping van de controle hierop. Dergelijke preliminaire

³³ <https://www.hbvl.be/cnt/aid965855>; <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2015/11/08/derdebetalersregelingookvoordetandarts-joyedeloose-1-2491222/>.

³³ <https://www.hbvl.be/cnt/aid965855>; <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2015/11/08/derdebetalersregelingookvoordetandarts-joyedeloose-1-2491222/>.

fondamentaux si l'on veut instaurer un régime du tiers payant social de manière correcte et viable.

aanpassingen zijn dan ook fundamenteel opdat een sociale derdebetalersregeling op een fatsoenlijke en levensvatbare wijze geïntroduceerd zou kunnen worden.

Frieda GIJBELS (N-VA)
Kathleen DEPOORTER (N-VA)
Yoleen VAN CAMP (N-VA)

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

LA CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS,

A. vu les conclusions du rapport 313A du KCE;

B. vu les conclusions du rapport 334As du KCE;

C. eu égard au rapport 2016 de la Cour des comptes relatif au remboursement des soins dentaires;

D. vu la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé;

E. eu égard à l'importance de maintenir des soins bucco-dentaires financièrement abordables pour l'état de santé général et le bien-être de tout un chacun;

F. vu l'instauration de la profession d'hygiéniste bucco-dentaire par le biais de l'arrêté royal du 28 mars 2018;

G. considérant qu'il n'existe pas encore de Dossier dentaire global, par analogie avec le Dossier médical global, en vue d'encourager le concept de "dentiste de famille";

H. considérant que des problèmes d'accessibilité et des injustices - allant croissant - ont été constatés en matière de soins dentaires, touchant en particulier les catégories plus vulnérables d'un point de vue socio-économique, et que cela nécessite un ajustement holistique de la réglementation et un changement de comportement;

I. considérant que les personnes confrontées à une privation matérielle sévère, les chômeurs, les personnes isolées et les bénéficiaires d'une intervention majorée ont moins recours aux soins dentaires (prophylactiques), alors que leurs besoins en soins laisseraient supposer le contraire;

J. considérant que, pour des raisons financières, les patients aux besoins insatisfaits en matière de soins de santé ne disposent généralement pas de réserve pour faire face à des dépenses imprévues et doivent donc choisir entre les dépenses relatives aux besoins de base et celles relatives aux soins dentaires, ce qui se traduit par un recours moindre (et partant, inéquitable) aux soins dentaires;

K. vu l'afflux non négligeable de prestataires de soins bucco-dentaires (notamment des dentistes, parodontologues et orthodontistes) formés à l'étranger et vu

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

DE KAMER VAN VOLKSVERTEGENWOORDIGERS,

A. overwegende de bevindingen van KCE-rapport 313A;

B. overwegende de bevindingen van KCE-rapport 334As;

C. rekening houdend met het rapport van het Rekenhof van 2016 over de terugbetaling van tandzorg;

D. gelet op de wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg;

E. rekening houdend met het belang van een laagdrempelige toegang tot de mondzorg voor de algemene gezondheid en het welbevinden van eenieder;

F. gelet op de introductie van de nieuwe beroepsgroep van de mondhygiënisten door middel van het koninklijk besluit van 28 maart 2018;

G. overwegende dat er nog geen Globaal Dentale Dossier bestaat, naar analogie met het Globaal Medisch Dossier, om het concept van "huistandarts" te stimuleren;

H. overwegende dat er – toenemende – toegankelijkheidsproblemen en onbillijkheden werden vastgesteld met betrekking tot de tandzorg, in het bijzonder voor financieel zwakkere groepen en groepen met lagere opleidingsniveaus, en dat dit een holistische bijsturing in de regelgeving en gedragswijzigingen noodzakelijk maakt;

I. overwegende dat mensen met ernstige materiële deprivatie, werklozen, alleenstaanden en mensen met een recht op verhoogde tegemoetkoming een lager gebruik van de (profylactische) tandzorg hebben dan verwacht kan worden op basis van hun zorgnoden;

J. overwegende dat mensen met onvervulde zorgbehoeften om financiële redenen in de regel geen buffer hebben om onverwachte uitgaven op te vangen en bijgevolg dienen te kiezen tussen uitgaven voor basisbehoeften en tandzorg, met een verminderd (en dus onbillijk) gebruik van de tandzorg tot gevolg;

K. gezien de grote instroom van zorgverleners in de mondzorg (met name tandartsen, parodontologen en orthodontisten) met een buitenlands diploma en gezien

l'importance d'une bonne communication entre le prestataire de soins et le patient, la connaissance active de la langue de la région dans laquelle le prestataire de soins propose ses services étant essentielle pour pouvoir comprendre correctement le patient, réagir avec empathie et lui fournir une bonne explication dans un environnement susceptible de l'effrayer ou de le mettre mal à l'aise, afin de garantir la qualité, le caractère abordable et l'accessibilité des soins;

L. considérant que les obstacles financiers et la couverture d'assurance en matière de soins dentaires créent une répartition inéquitable de l'accès aux soins dentaires et que l'accès aux types de soins ne donnant pas lieu à un paiement direct, ou seulement modique, au moment des soins est réparti de manière plus équitable;

M. considérant que la proportion de la population adulte qui déclare avoir des besoins insatisfaits en matière de soins dentaires va croissant;

N. vu la nécessité de prévenir la surconsommation, les abus et la fraude en matière de soins dentaires;

DEMANDE AU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL:

1. d'élaborer des objectifs de santé bucco-dentaire, avec pour objectif principal et final la conservation d'une dentition saine tout au long de la vie;

2. d'évaluer l'état de la santé buccale et de suivre son évolution, par le biais d'évaluations intermédiaires qui seront examinées à l'aune des objectifs de santé bucco-dentaire;

3. de réaliser une étude ou de faciliter la réalisation d'une étude sur les raisons pour lesquelles des soins bucco-dentaire sont reportés par plusieurs groupes socioéconomiques et groupes d'âge, et de mener le cas échéant des campagnes de sensibilisation adéquates, pour autant que et dans la mesure où ces actions relèvent de ses compétences;

4. de concrétiser le plus rapidement possible la mise en œuvre d'une réglementation durable pour un système de rémunération / un cadre de remboursement permanents et un statut des hygiénistes bucco-dentaires travaillant dans le secteur des soins bucco-dentaires (tout en accordant également de l'attention à la possibilité de les déployer dans des établissements résidentiels, comme des maisons de repos et de soins ou des centres pour personnes handicapées), afin de permettre aux hygiénistes bucco-dentaires d'apporter leur plus-value à ce secteur le plus rapidement possible;

het belang van een goede communicatie tussen zorgverlener en patiënt, waarbij de actieve kennis van de taal van de regio waarin de zorgverlener zijn diensten aanbiedt essentieel is om de patiënt goed te kunnen begrijpen, empathisch te kunnen reageren en een goede uitleg te kunnen geven in een omgeving die voor sommige patiënten angst of ongemak kan opwekken, teneinde de kwaliteit, laagdrempeligheid en toegankelijkheid van de zorg te garanderen;

L. overwegende dat de financiële drempels en de verzekeringsdekking voor tandzorg voor een onbillijk verdeelde toegang tot de tandzorg zorgen, en dat de toegang tot types van zorg, waarbij er geen of een lage directe betaling is op het moment van gebruik, billijker verdeeld is;

M. gelet op de stijgende aandeel van de volwassen bevolking dat zegt onvervulde tandzorgbehoeften te hebben;

N. overwegende dat men overconsumptie, misbruiken en fraude in de tandzorg dient te voorkomen;

VERZOEKT DE FEDERALE REGERING:

1. mondgezondheidsdoelstellingen uit te werken, met als voornaamste en uiteindelijke doel het behoud van een gaaf gebit een leven lang;

2. de mondgezondheid in kaart te brengen en op te volgen, waarbij er tussentijdse evaluaties zullen gebeuren die afgetoetst worden aan de mondgezondheidsdoelstellingen;

3. een studie te doen of te faciliteren met betrekking tot de redenen waarom mondzorg uitgesteld wordt voor verschillende socio-economische groepen en verschillende leeftijdsgroepen en waar nodig gepaste sensibiliseringscampagnes op te zetten, voor zover en in die mate dat dit onder haar betrokken bevoegdheden valt;

4. de implementatie van een duurzame regeling voor een bestendig verloningssysteem / terugbetalingskader en de positie van de mondhygiënisten in de sector van de mond- en tandzorg zo snel mogelijk te bewerkstelligen (waarbij er eveneens aandacht wordt besteed aan de mogelijkheid om hen in te zetten in residentiële instellingen, zoals woonzorgcentra of centra voor personen met een handicap), opdat de mondhygiënisten hun meerwaarde voor de sector zo snel mogelijk zouden kunnen realiseren;

5. de procéder à une analyse des coûts actuels liés aux traitements dentaires, afin d'établir un socle médico-économique pour fixer les montants des honoraires dans la nomenclature et de procéder à une nouvelle répartition du budget des soins de santé sur cette base;

6. d'œuvrer à l'élaboration d'un cadre légal clair organisant les soins bucco-dentaires, tout en accordant une attention spécifique à la transparence et au caractère contrôlable des structures financières, ainsi qu'à la garantie de la liberté de choix individuelle des patients;

7. de tenir compte, dans le cadre d'une révision de la nomenclature, de l'importance des traitements dentaires dits "prophylactiques" (songeons à cet égard à des traitements simples permettant d'éviter des interventions ultérieures plus invasives (et plus onéreuses)), des visites régulières chez le dentiste et des interventions précoces, et de les maintenir pour toutes les catégories d'âge;

8. de tenir compte, dans le cadre d'une révision de la nomenclature, des répercussions de la problématique parodontale sur l'état de santé global et sur la qualité de vie;

9. d'éviter autant que possible, dans le cadre d'une révision de la nomenclature, de travailler sur la base de catégories d'âge – à moins que cela ne se justifie sur le plan scientifique – afin de garantir un accès juste et équitable aux traitements dentaires;

10. de veiller, par le biais de la commission médicale provinciale, à ce que les dentistes qui s'associent pour créer un cabinet dentaire soient des dentistes actifs;

11. de créer un Dossier dentaire global, par analogie avec le Dossier médical global, pour encourager les personnes à centraliser le suivi de leur santé buccale au sein d'un seul cabinet, sans pour autant restreindre leur liberté de choix ou leur liberté de changer de dentiste;

12. d'examiner, avec les associations professionnelles, la possibilité d'une application systématique d'un régime du tiers payant social généralisé dans le cadre des soins buccaux – couplé au Dossier dentaire global à créer –, examen dont la condition *sine qua non* est la mise à jour de la nomenclature et dans le cadre duquel il conviendra de consacrer suffisamment d'attention au fait de rendre le régime du tiers payant étanche à la fraude;

13. d'œuvrer à l'élaboration d'un système performant d'eHealth et d'un dossier dentaire partagé, dans le cadre de laquelle on veillera à ce que les formats d'image des imageries médicales soient échangeables et compatibles avec ceux des autres prestataires de soins;

5. een actuele kostprijsanalyse te maken van de tandheelkundige behandelingen, zodat er een medisch-economische grondslag komt voor de bedragen van de erelonen in de nomenclatuur, en hieraan gekoppeld een herverdeling van het gezondheidsbudget door te voeren;

6. te werken aan een duidelijk wettelijk kader waarbinnen de mond- en tandzorg georganiseerd wordt, met bijzondere aandacht voor de transparantie en controleerbaarheid van de financiële structuren en de waarborging van de individuele keuzevrijheid van patiënten;

7. bij een herziening van de nomenclatuur rekening te houden met het belang van zogenaamde "profylactische" tandheelkundige behandelingen (men denke hierbij aan eenvoudige behandelingen die latere, meer invasieve (en duurder) ingrepen kunnen voorkomen), regelmatige tandartsbezoeken en vroegtijdig ingrijpen, en deze voor alle leeftijdsgroepen te handhaven;

8. bij een herziening van de nomenclatuur rekening te houden met de impact van parodontale problematiek op de algemene gezondheid en de levenskwaliteit;

9. bij een herziening van de nomenclatuur leeftijds-grenzen – tenzij waar wetenschappelijk verantwoord – zoveel mogelijk te vermijden, teneinde een eerlijke en gelijke toegang tot tandheelkundige behandelingen te garanderen;

10. bij een associatie van tandartsen in een groepspraktijk er via de provinciale geneeskundige commissie op toe te zien dat de vennoten actieve tandartsen zijn;

11. naar analogie met het Globaal Medisch Dossier, ook een Globaal Dentaal Dossier uit te werken om mensen te stimuleren hun mondgezondheid in één praktijk te laten opvolgen, zonder daarbij de keuzevrijheid of de vrijheid om van tandarts te veranderen of in te perken;

12. de mogelijkheid van een systematische toepassing van een veralgemeende sociale derdebetalersregeling in de mondzorg – gekoppeld aan een uit te werken Globaal Dentaal Dossier – te onderzoeken, samen met de beroepsverenigingen, waarbij een hedendaagse nomenclatuur daarbij de *conditio sine qua non* is en waarbij er voldoende aandacht dient te gaan naar de fraudebestendigheid van de derdebetalersregeling;

13. werk te maken van een performant systeem van eHealth en een gedeeld tandheelkundig dossier, waarbij erover wordt gewaakt dat de beeldformaten van medische beeldvorming uitwisselbaar zijn en compatibel met die van andere zorgverleners;

14. de veiller à ce que le patient reçoive, après le paiement de tout traitement, une note d'honoraires comportant une vue d'ensemble claire et intelligible des prestations effectuées;

15. d'organiser des tests linguistiques à destination des prestataires de soins buccaux (à savoir les dentistes, les parodontologues et les orthodontistes) titulaires d'un diplôme étranger qui sont en contact avec les patients, les entités fédérées pouvant imposer le test linguistique souhaité sans pour autant imposer l'usage d'une langue spécifique.

29 avril 2021

14. ervoor te zorgen dat de patiënt na elke behandeling die wordt afgerekend een ereloonnota krijgt met een helder en begrijpelijk overzicht van de verrichte prestaties;

15. taaltesten te organiseren voor zorgverleners in de mondzorg (met name tandartsen, parodontologen en orthodonten) met een buitenlands diploma die in contact komen met patiënten, waarbij de deelstaten het gewenste taalniveau kunnen opleggen - zonder hierbij het gebruik van de ene of de andere taal te verplichten.

29 april 2021

Frieda GIJBELS (N-VA)
Kathleen DEPOORTER (N-VA)
Yoleen VAN CAMP (N-VA)