

NATIONAAL AKKOORD TANDHEELKUNDIGEN-ZIEKENFONDSEN

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

1. INLEIDING.

- a) De NCTZ verwijst in bijlage naar de oriëntatienota tandheelkundige zorg in de ziekteverzekering, die ze heeft uitgewerkt en als kader dient voor het toekomstig beleid inzake mondgezondheid en voor de akkoorden die zij afsluit.
- b) De NCTZ zal op basis van de nationale en internationale literatuur, een performantieanalyse van de Belgische mondzorg, de resultaten van de dataregistratie mondgezondheid en de gegevens van de permanente steekproef en van de IMA databank, tijdens de looptijd van dit akkoord meetbare indicatoren, hun meest recente waarde en benchmarks identificeren die toelaten de evolutie te volgen en eventuele verbeterdoelstellingen te definiëren waar de NCTZ een bijdrage toe kan leveren met betrekking tot:
 - Vermijdbare mondaandoeningen of -problemen (bvb. cariës, trauma, , functionele stoornissen, pijn, tandenloosheid, parodontale aandoeningen, erosie, ...)
 - Gezondheidsgedrag (bvb. roken, alcohol, cariogene of potentieel erosieve voeding, interdentaal hygiëne, ...)
 - Effectieve toegang tot mondzorg
 - Tariefzekerheid
 - Het verminderen van sociale ongelijkheid
 - Het zorgaanbod
 - De kwaliteit van de zorg
- c) De NCTZ wil specifieke maatregelen nemen om het risico op fraude door sommige tandheelkundigen weg te nemen. Deze initiatieven zullen de huidige toegang tot de tandheelkundige zorg niet verstoren, wel zullen ze oneigenlijke uitgaven vermijden, waardoor middelen worden vrijgemaakt die zullen worden aangewend voor de verbetering van het mondzorgbeleid.

2. BESCHIKBARE MARGE.

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

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

3. HONORARIA

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

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

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

4. NOMENCLATUUR 2015.

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

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

5. MONDZORGTRAJECT.

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

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

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

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

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

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

6. NOMENCLATUUR 2016.

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

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

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

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

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

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

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

7. FLEXIBILITEIT BINNEN HET AKKOORD.

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

8. ANTI-FRAUDE MAATREGELEN.

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

8.1. De NCTZ wil uitvoering geven aan:

1. het herinvoeren van een nomenclatuurmechanisme met P waarden ter beperking van de outliers in de tandheelkunde.
2. Het afschaffen van de mogelijkheid tot het toepassen van de derdebetalersregeling voor tandheelkundige verstrekkingen aan de rechthebbenden die zich in een occasionele individuele financiële noodsituatie bevinden (cfr. artikel 6, 2^e lid 5^o van het KB van 10.10.1986). De NCTZ meent dat deze clausule, die soms als opstap wordt gebruikt voor fraude, overbodig is geworden vermits andere voorzieningen reeds voldoende sociale bescherming bieden (zoals de derdebetalersregeling, verhoogde tegemoetkoming, maximumfactuur en het statuut van chronische aandoening).
3. de effectieve toepassing van het afleveren van een kwijting of ereloonnota aan de patiënt door de tandheelkundige in het kader van de derdebetalersregeling (cfr. artikel 4bis, §2 van het KB van 10.10.1986) afdwingen op het terrein, en in afwachting van de elektronische facturatie, het bewaren van een dubbel van deze nota in het dossier van de patiënt. Deze maatregel moet toelaten dat de patiënt steeds in kennis wordt gesteld van de gefactureerde bedragen en zorg. De verzekeringsinstellingen zullen een

- initiatief nemen om a) hun leden te informeren van de via derdebetaler aangerekende zorg, b) de consumptieprofielen van hun leden op te volgen.
4. de verplichte lezing van de eID in het kader van de elektronische facturatie via Mycarenet.

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

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

9. DIVERSEN.

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

9.2. De NCTZ vraagt om in samenwerking met het NIC, en de DAC, DGEC en DGV van het RIZIV, een constructieve oplossing te vinden, teneinde de tandheekkundige, die geen vergissing noch een fout heeft begaan, te ontheffen van de terugbetaling van de niet verschuldigde verstrekking
Een oplossing hiervoor, met inbegrip van de hangende betwistingen, dient zo snel mogelijk te worden gezocht. en ten laatste voor 30.6.2015.

9.3. In het Federaal Regeerakkoord en de beleidsnota van de Minister van Sociale zaken en volksgezondheid, wordt voorzien in het uitwerken van een kadaster van de praktijken en de gezondheidsberoepen, dit o.a. door de gegevens van de FOD Volksgezondheid en het RIZIV samen te nemen onder de vorm van dynamische statistieken.
De NCTZ sluit zich aan bij dit project en vraagt om het kadaster operationeel te maken tegen eind 2016, dit in functie van de inzetbare middelen IT en HR.

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

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

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

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

- het toelaten van tandsteenverwijdering tijdens een zitting jaarlijks mondonderzoek, in eerste instantie vanaf 1/4/2015 via een interpretatieregule om ze vervolgens onder de vorm van een toepassingsregel op te nemen in de nomenclatuur;
- het overhevelen van het codenummer 317052-317063 van artikel 14l) naar artikel 5 van de nomenclatuur te onderzoeken en de budgettaire gevolgen ervan vast te stellen;
- het in kaart brengen van tandverzorging onder algemene anesthesie, aan de hand van een pseudo code.

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

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

10. HERIJKING NOMENCLATUUR.

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

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

11. CORRECTIEMAATREGELEN

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

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

Overeenkomstig artikel 51,§2 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, passen de partijen

correctiemechanismen toe, zodra wordt vastgesteld dat de jaarlijkse partiële begrotingsdoelstelling overschreden wordt of dreigt overschreden te worden, naargelang de oorzaak en zoals vastgesteld op basis van de permanente audit met inbegrip van de modaliteiten die in het tweede lid zijn voorzien. Uitgavenverhogingen ten gevolge van uitbreidingen van de derdebetalersregeling en overschrijdingen van de quota zoals vastgesteld in het KB van 19/8/2011 zullen geen aanleiding geven tot correctiemaatregelen en zullen worden opgenomen in de technische ramingen die de basis vormen voor de partiële begrotingsdoelstelling voor het volgend jaar.

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

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

12. SOCIAAL STATUUT

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

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

13. DUUR VAN HET AKKOORD

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

1. door één van de partijen :

a) binnen dertig dagen na de bekendmaking in het Belgisch Staatsblad, van correctiemaatregelen of structurele besparingsmaatregelen die niet voortvloeien uit de toepassing van punt 11 en niet zijn goedgekeurd door de vertegenwoordigers van de

tandheeskundigen overeenkomstig de regels die zijn vastgesteld in artikel 50, § 8, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

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

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

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

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

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

2. door een tandheeskundige :

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

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

b) vóór 15 december 2015 voor het volgende jaar.

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

14. VOORWAARDEN WAARONDER HET AKKOORD WORDT TOEGEPAST

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

- a) Wanneer de tandheeskundige zijn hele activiteit volgens de voorwaarden van dit akkoord verricht
- b) wanneer de tandheeskundige minstens 32 uur gespreid over minstens 4 dagen opgeeft als zijn activiteit volgens de voorwaarden van het akkoord, met vermelding van de plaats(en) van deze activiteit.
- c) wanneer de tandheeskundige 3/4 van zijn totale activiteit opgeeft als de activiteit volgens de voorwaarden van het akkoord, met een minimum van 8 uren, met vermelding van de uren en plaats(en) van de totale activiteit.

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

- Ingeval de rechthebbende bijzondere eisen stelt zoals de plaats of het tijdstip van de behandeling, zonder dat hiervoor een absolute tandheerkundige of medische noodzaak bestaat
- - ingeval de verstrekkingen bedoeld in punt 7 worden aangerekend, zonder hierbij de in datzelfde punt vermelde te respecteren maximumtarieven te overschrijden. Voor de conserverende verzorging zullen maximumtarieven worden bekend gemaakt op de website van het RIZIV, na goedkeuring door de Nationale commissie tandheerkundigen

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

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

15. FORMALITEITEN

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

In die brief moet het volgende staan :

Ik, ondergetekende,

Naam en voornamen :

Volledig adres :

.....

.....

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

verklaar dat ik weiger toe te treden tot termen van het op 23 december 2014 gesloten Nationaal akkoord tandheerkundigen-ziekenfondsen.

Datum :

Handtekening :

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

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

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

In de brief moet het volgende staan :

Ik, ondergetekende,

Naam en voornaam :

Volledig adres :

.....

.....

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

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

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

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

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

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

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

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

Datum:

Handtekening:

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

Die wijzigingen moeten door de betrokken practici worden meegedeeld aan het secretariaat van de Nationale commissie tandheerkundigen-ziekenfondsen, ofwel onverwijld, van bij de

toepassing ervan, als ze worden toegepast na aanplakking en zonder opzegging, ofwel dertig dagen vóór de toepassing ervan, waarbij de datum van de mededeling ervan de aanvang van de in het eerste lid bedoelde opzeggingstermijn is.

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

Gesloten in Brussel, 23 december 2014

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

De vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen,

Bijlage bij het Nationaal akkoord tandheekkundigen-ziekenfondsen 2015-2016

Oriëntatienota tandheekkundige zorg in de ziekteverzekering

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

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

A. Vaststellingen en knelpunten:

1. Volgens de gezondheidsrekeningen 2011 (bron FOD SZ) wordt 1.382 miljoen euro besteed aan tandheekkundige zorg, waarvan 791 miljoen publiek gefinancierd en 120 miljoen door remgelden. Deze cijfers zijn eerder een onderschatting. Zo is bvb. de tandheekkundige zorg in de ziekenhuizen niet opgenomen in deze cijfers. Een belangrijk deel (43%) van de tandheekkundige uitgaven betreffen dus private out of pocket uitgaven of (in mindere mate) via aanvullende verzekering gedekte uitgaven. Globaal werd in 2012 24,8% van de gezondheidsuitgaven privaaf gefinancierd, voor de ambulante verstrekkingen was dat 12,4%. Enkel voor farmaceutische producten is er een vergelijkbare privaafinanciering (43%). Het aandeel van het tandheekkundig budget in het totaal RIZIV verzorgingsbudget ligt in België lager dan in de meeste andere ontwikkelde landen en is daarenboven verder dalende.
2. Er zijn belangrijke verschillen inzake mondgezondheid naargelang de socio-economische kenmerken van de bevolking. Zo was in 2008 11,3% van de bevolking volledig edentat (geen enkele natuurlijke tand meer), maar was dit 30,1% voor laag en ongeschoolde versus 4,2% voor hooggeschoolden (bron Gezondheidsenquête, WIV). Dit hangt samen met een groot verschil in mogelijkheden tot en aandacht voor mondgezondheid en gezond gedrag, wat wijst op de nood aan veel meer ondersteuning van het verwerven van gezondheidsvaardigheden (health literacy).
3. De toegang tot de tandheekkundige zorg is momenteel in de feiten niet gelijk over de socio-economische groepen, dit zowel voor terugbetaalbare zorg en in het bijzonder voor tandzorg buiten het verzekeringspakket. De enquête "Uw gezondheidszorg; Uw mening telt" in opdracht van het RIZIV toont bvb. aan dat 29% van de groep mensen met de meeste gezondheidsproblemen verklaart het geld niet te hebben om de tanden te laten verzorgen. De enquêteresultaten bevestigen de bevindingen van diverse andere onderzoeken omtrent sociale ongelijkheid. Deze situatie verklaart ook dat ondanks het succes dat de voorbije jaren werd geboekt op vlak van preventieve tandzorg een kloof blijft bestaan tussen sociale groepen. Dat blijkt bvb. uit de evolutie van het aantal rechthebbenden dat per jaar gebruik heeft gemaakt van preventieve tandheekkundige zorg naargelang wel of niet voorkeurregeling. De kostprijs van een tandheekkundige behandeling is soms onvoorspelbaar (bijvoorbeeld een complexe endodontische behandeling). Dit wordt in enquêtes aangehaald als een rem om beroep te doen op tandheekkundige zorg.

4. Het belang van goede mondzorg wordt maatschappelijk nog onvoldoende erkend. Bepaalde bevolkingsgroepen – zoals ouderen of personen met een handicap, diabetes of cardiovasculaire aandoening – zijn meer kwetsbaar en worden onvoldoende verzorgd omdat nog geen aangepaste zorgmodellen werden geïmplementeerd, niettegenstaande de modellen hiervoor vanuit het beroep en met de steun van de Nationale Commissie werden ontwikkeld.
5. Louter op basis van het huidig demografisch profiel zal over tien à vijftien jaar in Vlaanderen de beschikbare man/vrouw kracht op ongeveer de helft zijn teruggevallen. Anderzijds wordt langs Franstalige zijde een veel hogere instroom vastgesteld dan gepland. Ten derde is er – in tegenstelling tot een aantal landen – nog geen ruimte gecreëerd om hulpkrachten in te schakelen, aan wie bepaalde zorgen of taken kunnen worden toevertrouwd. Deze situatie houdt het risico in van een overaanbod met overconsumptie en kwaliteitsverlies. Het overaanbod kan tevens het invoeren van hulpkrachten bemoeilijken, waardoor overkwalificatie van het zorgaanbod en dus een hogere kost in de hand wordt gewerkt. Het ontbreekt momenteel bijgevolg duidelijk aan een consequent beleid op vlak van noodzakelijke kwalificaties en aanbodplanning.
6. In 2012 werden 34,5% van de terugbetaalde verstrekkingen (37,6% van de uitgaven) verricht door volledig toegetreden tandheekkundigen, 35% door niet geconventioneerden en 30% door gedeeltelijk toegetreden tandheekkundigen. Niet alleen blijft de gekende (zeer) lage conventioneringsgraad bij de specialisten in orthodontie en parodontologie voortduren, maar ook inzake algemene tandheekkunde neemt de deconventionering in een aantal regio's stelselmatig toe. Ook de algemene conventioneringsgraad zakt naar de 60% toe. De vraag rijst trouwens naar de actuele relevantie van het toetredingssysteem en zijn telling, waarbij bvb. geen rekening wordt gehouden met de werkelijk beroepsactieve beroepsgroep. Deze regels werden 50 jaar geleden vastgesteld. Toen waren er zo'n 1850 tandartsen voor 9 miljoen Belgen, tegenover 9.000 vandaag voor 11 miljoen .
7. De tandheekkundige beroepsorganisaties hebben de voorbije jaren heel wat inspanningen geleverd op vlak van gezondheid bevorderende uitbouw van de tandzorg: getuige de acties inzake sensibilisering, dataregistratie en bijzondere patiëntenoden. Tegelijk valt op dat voor sommige instrumenten zoals het elektronisch patiëntendossier of de praktijkondersteuning, waarover andere disciplines wel beschikken, tot nog toe geen financiering werd vrijgemaakt. De zesde staatshervorming heeft in dat verband sommige bevoegdheden verschoven naar het gemeenschapsniveau.
8. Een zeer beperkte groep van tandheekkundigen maakt misbruik van de ziekteverzekering om zich te verrijken. Er bestaat geen specifiek deontologisch toezichtsorgaan in de tandheekkunde buiten de provinciale geneeskundige commissies en er wordt momenteel te weinig en te traag gereageerd.

B. Krachtlijnen:

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

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

Concreet zal de Commissie kwantificeerbare doelstellingen bepalen, zoals :

- a. aantal rechthebbenden dat beroep doet op preventieve tandheelkundige zorg in de loop van een jaar:
 - i. globaal;
 - ii. relatief verschil VKR / nVKR volgens leeftijdsgroep;
 - b. evolutie DMFT score;
 - c. evolutie DPSI score;
 - d. evolutie aantal edentate personen;
 - e. aantal patiënten verzorgd aan conventietarieven;
 - f. toename van het aantal geconventioneerde tandartsen;
 - g. elektronische facturatie via derdebetalen;
 - h. evolutie van het lokale zorgaanbod (tandartsen en aanwezigheid van x% hulpkrachten in de tandartspraktijken);
 - i. prioritaire technieken die uiterlijk tegen 31.12.2018 in de nomenclatuur opgenomen moeten zijn.
2. Er is consensus dat binnen het thans verzekerde pakket geen verstrekkingen worden vergoed, die niet als basiszorg kunnen worden beschouwd. In tegendeel zelfs, het bestaan van een aantal leeftijdsgrenzen – de meeste ervan tot stand gebracht omwille van budgettaire beperkingen - missen in de meeste situaties een medische of sociale rechtvaardiging. Binnen dit pakket is er ook nood aan actualisatie in functie van nieuwe ontwikkelingen en evoluties in behandelwijze en materiaal. Een evolutie naar meer gestandaardiseerde omschrijvingen van de verstrekkingen in termen van types behandelingen voor pathologiesituaties moet worden overwogen. De honoraria dienen in elk geval beter rekening te houden met de werkelijke kosten van de verstrekking. De Technisch Tandheelkundige Raad kan belast worden met het uitwerken van voorstellen van een meer evenwichtige honorering van deze zorg op basis van geobjectiverde kostprijsberekeningen of gegevens.
 3. De ziekteverzekering komt in de prothetische zorg (zeer) restrictief tussen voor implantaten, niet voor kroon- en brugwerk en gedeeltelijk voor skeletale prothesen. Deze zorg kan bezwaarlijk nog beschouwd worden als "comfort" zorg en moet binnen het bereik van de verplichte verzekering worden gebracht. Tegelijk erkennen de partners dat na informed consent van de patiënt², dit is na duidelijke informatie over de eindfactuur en de mogelijke alternatieven, een zekere flexibiliteit moet kunnen bestaan in de keuze van materialen die kunnen worden aangewend (specifieke vulmaterialen, pinnen,),

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

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

waarbij eventueel een persoonlijke financiële inspanning kan worden gevraagd van de rechthebbenden. Een denkpiste kan het invoeren zijn van minimum – en maximumrichttarieven of van een veiligheidsmarge naar het voorbeeld van de sector van de medische hulpmiddelen, waarbij het aangerekende honorarium hoger kan liggen dan de vergoedingsbasis, binnen een bepaalde marge, wanneer gekozen wordt voor speciale materialen of technieken. Mits een transparante regeling (bijvoorbeeld wat betreft de prijzen waaraan wordt gerefereerd en wat betreft de geïnformeerde toestemming van de patiënt), zou het akkoord zo'n ruimte kunnen bieden aan de toegetreden tandheekkundigen. De Nationale Commissie kan een werkgroep belasten met een voorbereidende analyse.

4. Er bestaat consensus dat de behoefte aan parodontologische zorg zoveel mogelijk vermeden moet worden door adequate preventieve zorg bij de algemene tandarts. De positionering van de gespecialiseerde parodontologie binnen de ziekteverzekering is nog niet duidelijk en er ontbreekt thans een kader van enige tariefzekerheid voor de rechthebbenden. Een eerste stap kan bestaan uit het opnemen van tariefafspraken in de akkoorden. Dit zijn niet noodzakelijk "specifieke verstrekkingstarieven" maar bvb. principes waartoe de tandheekkundige zich verbindt om aan de patiënt de nodige zekerheid te bieden.
5. De plaats van orthodontie in de ziekteverzekering behoeft een specifieke benadering. Een praktisch probleem is het onderscheid kunnen maken tussen medisch prioritaire behandelingen en andere. De poging om via een treatment need indicator te werken heeft niet het gewenste resultaat opgeleverd. Anderzijds zou een akkoord over wat een orthodontische behandeling aan verzekering en rechthebbende samen zou mogen kosten de weg openen om toch een zekere mate van bijkomende bescherming mogelijk te maken.
6. Als opstapsysteem voor terugbetaling van onder andere nieuwe verstrekkingen, kan de maximumfactuur worden overwogen als belangrijk instrument, desgevallend voor een deel van het persoonlijk aandeel door de regeling maximumfactuur ten laste wordt genomen. Op die manier kan immers een terugbetaling worden ingevoerd die voorrang geeft aan de gezinnen met oplopende gezondheidszorgkosten. De budgettaire kost ligt dan lager dan bij een terugbetaling aan de gangbare percentages omdat enkel wordt terugbetaald indien het inkomens specifiek remgeldplafond wordt overschreden. Uit ervaring met de terugbetaling van endoscopisch en viscerosynthesemateriaal is gebleken dat dergelijke benadering (waar gestart werd met een terugbetalingsniveau van 10%) een geleidelijke verhoging van de verzekeringstegemoetkoming niet in de weg heeft gestaan. Immers thans is de minimale terugbetaling 55%.
7. Ook op het vlak van de persoonlijke aandelen zijn aanpassingen mogelijk. Deze moeten op macrovlak in een voor de patiënt budgetneutraal kader doorgang vinden. Het invoeren van vast nominale remgelden (mits toepassing van een cliquet mechanisme voor indexering) verdient de voorkeur (cf. KCE studie nr. 180), waarbij de remgelden op preventieve zorg laag tot nihil moeten zijn. Er wordt gepleit voor een duidelijke band tussen de hoogte van het persoonlijk aandeel en 'het correct volgen van het tandheekkundig zorgtraject', waarbij een voordeel wordt gegeven aan de patiënt die het traject volgt, bijvoorbeeld door middel van 'Mondpaspoort' of een globaal tandheekkundig dossier. Een dergelijk instrument kan een belangrijke plaats krijgen in dit model, als stimulator en om de band tussen tandarts en patiënt te versterken. De responsabiliserende maatregelen dienen stapsgewijs te worden ingevoerd en mits voldoende voorafgaande informatie en sensibilisering naar tandarts en patiënt toe. Bij de uitwerking van dit model zullen er afspraken worden gemaakt over effectieve inning van remgeld, vermits op deze wijze zware misbruiken kunnen worden voorkomen.

8. De Nationale Commissie zal haar medewerking verlenen aan de uitvoering van wettelijke initiatieven inzake verplichte sociale derde betalende en transparantie mits een aantal randvoorwaarden worden vervuld: het ter beschikking stellen van de nodige budgettaire middelen om de beoogde toename in consumptie op te vangen; het tijdig ter beschikking stellen van de mycarenet toegang voor de tandheekundigen via de dentale software en eenvoudige internetoplossingen; het bewaken van de proportionaliteit tussen de administratieve verplichtingen en de in hoofde van de rechthebbende beoogde doelstellingen; waarborgen inzake betaling (betalingsverbintenis); toegang tot historiekgegevens van terugbetaalde verstrekkingen; een heldere reglementering en eenduidige toepassing; een evaluatie en compensatie van de administratieve meerkost. Enkel indien bovenvermelde waarborgen op een in de dagelijkse praktijkvoering haalbare wijze vervuld zijn, waarbij rekening wordt gehouden met een overgangsfase waarin de sancties niet worden toegepast, kan worden gestart met de uitvoering van de verplichte derdebetalersregeling en de transparantiemaatregelen. Inzake deze laatste regeling is er voor de tandheekundige verstrekkingen geen noodzaak om uitvoering te geven aan het artikel 53, §1/2, 5^e lid van de Gvu wet, dit is de melding aan de patiënt van de kostprijssamenstelling.
9. Het is belangrijk dat de tandartsen gemotiveerd blijven, zonder risico's op burn-out, waarbij ze maximaal tijd kunnen spenderen aan hun patiënt in de tandartsstoel. Dit stemt overeen met de herhaaldelijke verwijzingen in het federaal Regeerakkoord 2014 naar een verlichting van de administratieve lasten voor zorgverleners. De Nationale commissie tandheekundigen-ziekenfondsen vindt het daarom belangrijk om in praktijk ondersteunende maatregelen te voorzien.
10. De Nationale commissie meent dat het huidige akkoordensysteem moet evolueren naar een nieuw model met enerzijds vaste tarieven voor de basiszorg en anderzijds een pakket waarvoor richttarieven gelden (zie krachtlijn 3). Ondersteunende maatregelen ten voordele van de tandarts die tot het akkoord toetreedt (zoals sociale voordelen) dienen te worden afgestemd op de mate waarin de beoogde tariefzekerheid feitelijk wordt gerealiseerd.
11. De Nationale commissie wenst bij de uitvoering van artikel 51, §2 van de Gvu Wet, rekening te houden met geregistreerde effecten ten gevolge van de niet toepassing van het KB 19/8/2011 - betreffende de planning van het aanbod van de tandheekunde. Een overschrijding van de partiële begrotingsdoelstelling te wijten aan een sterkere toename van de uitgaven die in verband kan worden gebracht met een sterkere toename in aantal verstrekkers van de ene taalrol, dan voorzien in het KB van 19/8/2011, mag geen aanleiding geven tot correctiemechanismen ten laste van de verstrekkers.
12. Tenslotte herhaalt de Nationale Commissie haar nadrukkelijke vraag aan de politieke overheid om een deontologische regeling in te stellen voor tandheekundigen, en om een redelijk maar zeer efficiënt controlebeleid, dat zeer kort op de bal speelt van zodra dysfuncties worden vastgesteld.