INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE INVALIDITE

Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
Avenue Galilée 5/01 - 1210 Bruxelles

Service des Soins de Santé

COMITE DE L'ASSURANCE

Note 2025/297 Bruxelles, le 24 novembre 2025

OBJET : Praticiens de l'art dentaire - Réforme de la nomenclature dentaire

ANNEXE :

Annexe : Réforme de la nomenclature dentaire – version 2.0

CONTENU :

L'Accord national dento-mutualiste (ANDM) 2024-2025 prévoit la réforme de la nomenclature au point 3.V.4 :

« *Tous les partenaires concernés reconnaissent que la nomenclature actuelle dentaire est dépassée puisque la réalité sur le terrain ne correspond plus aux tarifs fixés par l'assurance soins de santé et que les remboursements prévus ne couvrent pas tous les besoins en soins dentaires de la population. Les membres de la Commission nationale dento-mutualiste reconnaissent que le secteur souffre d'un manque structurel de financement. Les honoraires prévus par la nomenclature ne permettent pas de rémunérer correctement les prestataires de soins dentaires, compte tenu des investissements considérables nécessaires ou des techniques et matériaux à utiliser.*"

Afin de mettre en œuvre cette réforme, le Service soumet au Comité **une proposition de méthodologie de projet** qui a été élaborée par un groupe de travail commun de la CNDM (Commission Nationale Dento-Mutualiste) et du CTD (Conseil Technique Dentaire) d'avril à octobre 2025.

Explication du processus :
La proposition actuelle de méthodologie de projet était basée sur une proposition de projet antérieure élaborée en 2017, dans laquelle une analyse des coûts de la pratique dentaire et la nécessité d'une formule détaillée pour la fixation des tarifs étaient décrites (cf. Note CGV 2017/363). Cette proposition a été complétée par des connaissances scientifiques belges et de l'étranger et longuement discutée lors de 7 séances de travail avec des représentants d'organisations professionnelles, des organismes assureurs et de plusieurs universités afin d'aboutir à la note de méthodologie du projet présentée.

Explication des objectifs :
La réforme de la nomenclature dentaire doit aboutir à une nomenclature adaptée, offrant une rémunération correcte, claire et facile à interpréter, et facilitant une attestation appropriée. Cela se traduit par les trois objectifs suivants :

1 Le premier objectif est d'évaluer les tarifs des prestations dentaires, en objectivant autant que possible les coûts des prestations. À cette fin, une étude des coûts est réalisée et une formule concrète est proposée pour calculer des tarifs conventionnés justes pour les prestations dentaires.
2 Deuxièmement, l'objectif est d'assurer l'utilisation appropriée de la nomenclature. L'accent est mis sur les soins efficaces, à savoir l'administration des bons soins, au bon endroit et au bon prix. De plus, des efforts sont déployés pour assurer l'utilisation correcte de la nomenclature en facilitant l'attestation correcte pour les soins bucco-dentaires et en prévoyant les mécanismes de contrôle nécessaires.

3 Enfin, la nomenclature actuelle doit être simplifiée et clarifiée. À cette fin, la description des prestations sera établie en détail, le nombre de règles d'interprétation sera réduit et les concepts utilisés seront clarifiés. En outre, la digitalisation accrue est prise en compte.

Les différentes parties seront réalisées en parallèle en trois phases : une phase préparatoire qui aura lieu en 2025, une phase d'exécution qui aura lieu à partir de janvier 2026 et une phase d'implémentation à partir du 1er janvier 2028. Un détail de la planification est présenté à la fin de l'annexe 1 de la note.

Explication de la méthodologie proposée :
La proposition de méthodologie a déjà été beaucoup plus élaborée qu'en 2017 et peut être consultée entièrement dans l'annexe.

MOTIVATION :

L'ANDM 2024-2025 prévoit la réforme de la nomenclature au point 3.V.4.

IMPACT BUDGETAIRE :

IMPACT ADMINISTRATIF :

PROCEDURE :

Exécution de l'ANDM 2024-2025.

MISSION DU COMITE DE L'ASSURANCE :

Le Comité de l'assurance est invité à prendre connaissance de la méthodologie proposée en annexe à la note et à formuler des éventuelles remarques sur la proposition.

* *

*

Contenu

1. Résumé 2
2. Introduction 3
2.1 Contexte du secteur dentaire 3
2.2 Objectifs et défis 4
2.3 Présentation de l'approche du projet 4
3. La nécessité d'une nomenclature dentaire réformée 4
3.1 Contexte 4
3.2 Lignes directrices pour la réforme de la nomenclature actuelle 5
3.3 Utilisation appropriée des soins dentaires 6
A. Dossier de santé bucco-dentaire partagé 6
B. Indicateurs qui aident à assurer la qualité des prestations dentaires 6
C. L'attestation appropriée des soins bucco-dentaires 6
3.4 Fixer des tarifs conventionnés justes 6
4. Conception de la méthodologie 7
4.1 Méthodologie pour clarifier la nomenclature 8
4.2 Méthodologie pour garantir une utilisation appropriée de la nomenclature 9
4.3 Formule proposée pour le calcul des tarifs conventionnés justes 9
4.4 Méthodologie de définition des éléments de la formule 11
A. Coûts indirects 11
B. Coûts directs 12
C. Valeur de référence 13
D. Temps de référence d'une prestation 13
E. Temps de référence par an « en bouche » 14
F. Risque 14
5. Discussion et validation des résultats obtenus 15
6. Utilisation future de la formule et mises à jour nécessaires 16
6.1 La procédure d'ajout de nouvelles prestations à la nomenclature 16
6.2 Procédure de mise à jour de la formule 16
7. Supervision du projet 17
8. Planification 18
Annexe 1 - Aperçu des participants aux séances de mise en page Approche de la réforme de la Nomenclature Dentaire 19
Annexe 2 – Première version de la planification du projet 21
Annexe 3 – Gestion des versions 23

Avertissement : l'approche mentionnée sera affinée avec un groupe de travail du CTD/CNDM et d'éventuels partenaires externes pour soutenir la mise en œuvre du projet

1. Résumé

Depuis plusieurs années, le secteur dentaire estime que les tarifs fixés par l'assurance soins de santé ne correspondent plus à la réalité du terrain et ne sont donc plus suffisants pour rémunérer les dentistes de manière juste. En outre, le système actuel des accords, avec les tarifs qui y sont fixés, ne parvient plus à attirer suffisamment de dentistes dans l'accord, alors qu'une offre suffisante de dentistes conventionnés est primordiale pour garantir aux assurés des soins dentaires accessibles. Il donc évident qu'une réforme de la nomenclature actuelle et des tarifs conventionnés est nécessaire, afin d'objectiver autant que possible les coûts des prestations de soins dentaires.

Afin de déterminer des tarifs conventionnés justes, on utilise comme point de départ une formule objective, qui contient les éléments suivants : un tarif horaire de référence pour les prestations remboursables, un temps de référence pour l'exécution de la prestation, le risque lié à l'exécution de la prestation et les coûts directs pour les équipements et des matériaux. Le tarif horaire de référence est calculé en tenant compte des coûts indirects pour le fonctionnement nécessaire d'un cabinet dentaire, ainsi que d'une rémunération pour le travail du dentiste et en les divisant par le temps de référence par an pendant lequel un dentiste effectue des prestations remboursables dans la bouche d'un patient. Le résultat de la formule est ensuite discuté au sein de la CNDM afin d'arriver à un tarif conventionné juste, dans lequel des éléments tels que la complexité supplémentaire due à certaines caractéristiques du patient peut être pris en compte.

Outre la révision des tarifs conventionnés, il est également prévu d'examiner comment faciliter une attestation correcte des prestations dentaires ainsi qu'un usage approprié de la nomenclature. On examine, entre autres, quels indicateurs peuvent être utiles dans le contexte de soins appropriés et comment un dossier de santé bucco-dentaire partagé peut contribuer à des soins dentaires de haute qualité.

Enfin, d'un point de vue plus technique, les règles relatives à la nomenclature des prestations dentaires est très complexe. Lors de la révision de la nomenclature actuelle, il est donc nécessaire de simplifier et de clarifier le texte afin qu'il puisse être interprété plus facilement. En outre, l'objectivation des tarifs conventionnés au moyen d'une formule nécessite une meilleure description des prestations dans la nomenclature actuelle, étant donné qu'un même traitement peut être effectué à l'aide de techniques différentes et de matériaux dont les coûts et la qualité peuvent varier considérablement.

Les trois objectifs mentionnés ci-dessus devraient aboutir à une nomenclature réformée qui offre un honoraire juste, qui soit clair et facile à interpréter et qui facilite une utilisation appropriée. L'objectif est d'établir une base objective et transparente pour la fixation des tarifs, afin que les praticiens dentaires soient correctement rémunérés et que les patients aient accès à des soins abordables et de qualité.

Ce projet se déroule entre avril 2025 et janvier 2028. Les différentes parties sont partiellement réalisées en parallèle. La phase préparatoire aura lieu en 2025, au cours de laquelle une première proposition de méthodologie pour le projet est élaborée en cocréation avec le secteur. La phase d'exécution, dans laquelle les informations nécessaires seront collectées, des analyses seront effectuées et les objectifs seront concrétisés, s'étend de janvier 2026 à juin 2027. Enfin, la phase d'implémentation sera préparée de juillet à décembre 2027, après quoi la nomenclature réformée peut entrer en vigueur et la CNDM pourra négocier les honoraires dans le cadre d'un accord.

Avertissement : l'approche mentionnée sera affinée avec un groupe de travail du CTD/CNDM et d'éventuels partenaires externes pour soutenir la mise en œuvre du projet

2. Introduction

2.1 Contexte du secteur dentaire

Le secteur dentaire est confronté depuis de nombreuses années à une spirale négative. Les tarifs fixés par l'assurance soins de santé ne correspondent plus à la réalité du terrain. Les praticiens doivent faire face à une augmentation constante de leurs charges, liée à l'évolution du plateau technique, aux obligations sociales du personnel salarié et aux nouvelles réglementations, telles que l'interdiction des amalgames et leur remplacement par des matériaux composites. Ces contraintes ont un impact direct sur la rentabilité des cabinets dentaires, en particulier pour les petits actes comme les obturations, qui deviennent de moins en moins viables économiquement.

Dans ce contexte déjà tendu, la conclusion et l'entrée en vigueur de l'Accord national dento-mutualiste (ANDM) 2024-2025 ont été particulièrement difficiles, comme en témoigne le taux de refus d'adhésion global de 43,03 %, et cela malgré les investissements dans le budget dentaire ces dernières années[1]. La principale raison de ce rejet, selon les organisations professionnelles, réside dans les tarifs et remboursements prévus par l'assurance maladie, jugés insuffisants par les professionnels du secteur. Les honoraires conventionnés pour les prestations prévues dans la nomenclature ne permettent pas toujours de rémunérer de manière adéquate les prestataires, tandis que cette même nomenclature reste inadaptée pour couvrir les besoins essentiels de la population en matière de soins dentaires. Cela limite l'accès à des traitements de qualité et freine l'évolution du secteur. Il est donc nécessaire de revoir les honoraires conventionnés et d'identifier les prestations qui doivent être réévaluées. Bien qu'il y ait lieu de tenir du cadre budgétaire existant, le sous-financement structurel du secteur dentaire laisse présumer que cette réforme de la nomenclature ne pourra être budgétairement neutre. Par conséquent, le secteur devra peut-être introduire des demandes de besoins supplémentaires dans le cadre des futures procédures budgétaires.

Le système d'accord actuel et les tarifs qui y sont fixés n'arrivent plus à attirer suffisamment de praticiens de l'art dentaire dans l'accord. Disposer d'une offre suffisante de dentistes conventionnés est essentiel pour garantir aux assurés leurs droits à la sécurité tarifaire et à l'accessibilité des soins. Cette difficulté persistante à mobiliser les professionnels met en lumière les limites du système actuel et rend indispensable une réforme de la nomenclature, afin d'objectiver les coûts réels des pratiques dentaires et de permettre une réelle accessibilité aux soins pour l'ensemble de la population.

Dans ce contexte, la réforme de la nomenclature ne doit pas uniquement viser la révision des tarifs, mais elle doit également mettre l'accent sur l'attestation appropriée des prestations, en veillant à garantir aux patients l'accès à des soins dentaires nécessaires, utiles, efficaces et de qualité, tout en renforçant la transparence et la sécurité tarifaire.

Enfin, d'un point de vue plus technique, la règlementation relative à la nomenclature des prestations dentaires est très complexe. Dans le cadre de la réforme, il est donc opportun de simplifier et de clarifier le texte de la nomenclature lui-même afin qu'il soit facile à interpréter tant pour les professionnels de santé que pour les patients. De plus, l'objectivation des coûts dans le cadre de la réforme nécessite une meilleure description des actes dans la nomenclature actuelle, car un même soin peut être réalisé selon des techniques variées et avec des matériaux dont les coûts et la qualité peuvent fortement différer.

[1] Si l'on regarde l'évolution des dépenses et budgets en soins dentaires des 10 dernières années, on peut remarquer que les dépenses ont augmenté en moyenne de 5,3% annuellement.
Alors que les dépenses s'élevaient en 2014 à 855 millions EUR, les dépenses de 2023 s'élèvent à 1,325 milliard EUR, soit une augmentation de 470 millions EUR. Dans l'objectif budgétaire partiel de 2025, cette croissance se poursuit avec un montant prévu de 1,622 milliard EUR pour le secteur dentaire.

- **Pour le budget 2022**: nouvelles mesures pour un montant de 56 millions EUR sur base annuelle (hors indexation)
- **Pour le budget 2023**: nouvelles mesures pour un montant de 7 millions EUR sur base annuelle (hors indexation)
- **Pour le budget 2024**: nouvelles mesures pour un montant de 52 millions EUR sur base annuelle (hors indexation)

2.2 Objectifs et défis

Les objectifs suivants sont visés par ce projet :

1) **Évaluer les tarifs des prestations dentaires, dans le but de prévoir une rémunération équitable pour le prestataire de soin.**

2) **Garantir l'utilisation appropriée de la nomenclature.**

3) **Simplifier et clarifier les libellés des prestations et les règles d'application de la nomenclature actuelle, en tenant compte :**
   - Une réduction du nombre de règles d'interprétation
   - Une clarification des concepts utilisés
   - Une digitalisation accrue

Les objectifs ci-dessus doivent aboutir à une nomenclature adaptée qui **offre une** rémunération correcte**, qui soit claire, facile à interpréter** et **qui facilite une utilisation appropriée.** De cette façon, la qualité des soins peut être fournis par le plus grand nombre possible de dentistes dans le cadre de l'Accord national dento-mutualiste.

2.3 Présentation de l'approche du projet

Le projet présenté comprend trois phases distinctes : une phase préparatoire qui se déroulera en 2025, une phase d'exécution qui débutera en janvier 2026 et une phase d'implémentation à partir du 1er janvier 2028. Tout au long des phases préparatoire et d'exécution, les travaux viseront à aboutir à une proposition de nomenclature réformée pour l'été 2027. Sur la base de cette proposition, élaborée en étroite concertation avec le secteur, les décisions stratégiques et politiques nécessaires pourront être prises sur la base des priorités politiques futures et du cadre budgétaire, afin que la nomenclature réformée puisse être mise en œuvre à partir de janvier 2028. Le calendrier prévu coïncide ainsi avec celui de la nomenclature des médecins et la proposition de réforme du système d'accord.

3. La nécessité d'une nomenclature dentaire réformée

3.1 Contexte

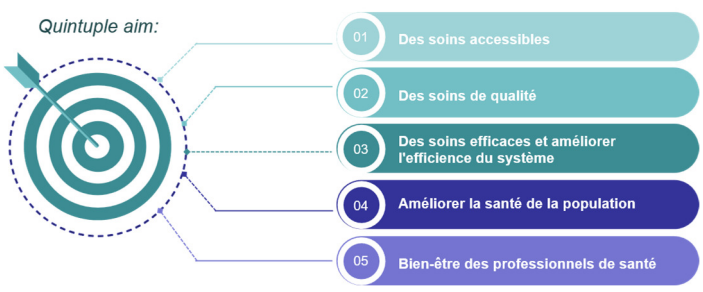
La réforme de la nomenclature dentaire est liée aux **objectifs prioritaires de soins de santé du INAMI** :

1) Une meilleure collecte et un meilleur partage des données, tant au niveau macro, pour afin d'harmoniser les politiques de santé, qu'au niveau du patient individuel pour des soins mieux intégrés
2) Une efficacité accrue : dans le cadre de ce projet, nous visons à utiliser de manière optimale les moyens publics disponibles afin d'obtenir le plus grand bénéfice possible pour la santé de la population.

Ces objectifs en matière de soins de santé sont en outre liés à un certain nombre de domaines politiques prioritaires, qui se sont également traduits par des objectifs en matière de soins de santé. Plus précisément, pour ce projet, il est important d'améliorer l'accessibilité **financière des soins pour** tous, d'éliminer les différences dans la consommation de soins de santé des différents groupes socio-économiques, et d'accorder une attention particulière aux secteurs **où différents problèmes se rejoignent, tels que les soins dentaires et bucco-dentaires**.

Pour déterminer les objectifs de soins de santé, le **Quintuple Aim est aussi utilisé**. Ces objectifs fournissent également une boussole dans ce projet pour son élaboration (voir figure 1).

Figure 1: Quintuple aim



Un autre aspect important à prendre en compte dans l'élaboration de ce projet est l'attention accrue portée aux « **soins efficaces** ». L'assurance soins de santé garantit l'accès à des soins nécessaires, utiles, efficaces et de qualité

pour tous. Les soins inutiles et inefficaces ne sont pas seulement un coût inutile, ils peuvent également présenter un danger pour la santé des patients. Les principes de soins efficaces et scientifiquement fondés guident donc la mise en œuvre de ce projet. Pour atteindre cet objectif, une pratique responsable de la part des prestataires de soins de santé est indispensable. **Les bons soins au bon endroit et au bon prix** sont notre point de départ.

Enfin, la réforme de la nomenclature dentaire fait partie d'un **ensemble plus large de réformes**. Depuis un certain temps, les acteurs de notre système de santé estiment que la nomenclature actuelle ne répond plus aux besoins en termes de structure, de transparence et de tarifs. C'est pourquoi, depuis 2019, l'INAMI travaille à une réforme de la nomenclature des prestations médicales remboursées par l'assurance soins de santé. Cette réforme, qui sera mise en œuvre de manière neutre sur le plan budgétaire, a un impact à la fois sur les hôpitaux et sur les médecins. L'un des objectifs de cette réforme est de pouvoir faire une distinction claire au sein des honoraires entre la partie destinée aux **frais de fonctionnement** et la partie destinée à **compenser le travail** du médecin. Bien que la réforme de la nomenclature dentaire en tant que projet soit distincte de la réforme de la nomenclature médicale, le principe est également suivi ici de distinguer le coût de fonctionnement de la rémunération du travail du dentiste dans le cadre des honoraires. Pour la réforme de la nomenclature dentaire, on ne présume pas qu'elle doit être réalisée de manière neutre sur le plan budgétaire.

3.2 Lignes directrices pour la réforme de la nomenclature actuelle

La nomenclature des prestations de santé est une liste codée des prestations remboursées par l'assurance soins de santé. Les prestations spécifiques au secteur dentaire sont prévues aux articles 4, 5 et 6 du chapitre 3 (soins courants). L'article 4 décrit, entre autres, quels prestataires de soins peuvent avoir accès aux prestations (dentiste généraliste, dentiste spécialiste en orthodontie ou en parodontologie, médecin spécialiste en stomatologie, médecin-dentiste, candidat dentiste généraliste, candidat spécialiste et hygiéniste bucco-dentaire). L'article 5 décrit les prestations elles-mêmes et l'article 6 décrit les règles d'application qui doivent être respectées. Toutefois, il n'est pas rare que certaines règles d'application soient mentionnées immédiatement après la description de la disposition de l'article 5. De plus, les règles d'application sont souvent complexes et il existe plusieurs règles qui interdisent le cumul des prestations. De ce fait, la nomenclature forme souvent un enchevêtrement difficile à démêler lorsqu'il est nécessaire d'examiner les différents articles d'une disposition particulière afin de déterminer qui est autorisé à effectuer la prestation, quel code et quelle description de la nomenclature lui sont associés et quelles règles d'application (telles que les interdictions de cumul) doivent être suivies. Il existe également de nombreuses limites d'âge qui doivent être prises en compte et une distinction est faite entre les prestations pour les enfants et les adultes.

De plus, l'introduction d'hygiénistes dentaires dans le secteur dentaire depuis 2018 doit être prise en compte. Seule une partie des tâches décrites dans le profil de compétences de l'hygiéniste bucco-dentaire fait actuellement partie de la nomenclature, et sont donc remboursables pour les patients. Un dentiste peut déléguer ou confier une partie des prestations dentaires à un hygiéniste bucco-dentaire, mais il subsiste un manque d'une part dans la description claire de la part du dentiste et de celle de l'hygiéniste bucco-dentaire, et d'autre part un cadre légal clair et complet qui règle le remboursement de telles prestations. Dans le cadre du présent projet, la nomenclature actuelle est examinée : les prestations qui sont actuellement accessibles aux hygiénistes bucco-dentaires, le sont également aux dentistes. En application du principe "même rémunération pour un même acte", le tarif de ces prestations sera fixé sur base de la formule élaborée dans cadre de la réforme de la nomenclature. Par ailleurs, lorsque le projet sera terminé, la nomenclature révisée permettra de plus facilement déterminer quels actes pourraient encore être délégués aux hygiénistes bucco-dentaires dans le cadre de leur profil de compétences pour une meilleure intégration des hygiénistes dans le secteur ou quelles prestations pourraient éventuellement être remboursées dans le cadre du budget dentaire existant. En outre, il n'est pas exclu que d'autres initiatives ou projet soient lancés en parallèle du projet actuel pour mieux intégrer les hygiénistes dans le secteur des soins dentaires.

En raison de la situation décrite ci-dessus, le texte actuel de la nomenclature a besoin d'une réforme en profondeur, en mettant l'accent sur la simplification et la clarification de la nomenclature. Une définition claire des actions attendues pour chaque prestation, une réduction du nombre de règles d'interprétation, une clarification des concepts prévus et une approche plus structurée devraient conduire à une nomenclature transparente et facilement applicable par le praticien de l'art dentaire. En outre, cette réforme doit prendre en compte la numérisation de la nomenclature au niveau de l'INAMI. Cette numérisation présente des avantages importants ; les modifications / adaptations de la nomenclature pourront désormais être intégrées plus

Avertissement : l'approche mentionnée sera affinée avec un groupe de travail du CTD/CNDM et d'éventuels partenaires externes pour soutenir la mise en œuvre du projet

facilement dans le logiciel. La nomenclature sera plus facile à consulter tant pour les prestataires de soins que pour l'INAMI et les règles d'application relatives aux prestations pourront plus facilement être liées aux prestations.

3.3 Utilisation appropriée des soins dentaires

L'un des objectifs de ce projet est de garantir des soins dentaires efficaces. Cela se concrétise de deux manières : d'une part, il y a un focus sur des soins efficaces (appropriate care), qui visent à administrer les bons soins, au bon endroit et au bon prix. Sur la base d'une « evidence-based » practice, des choix politiques sont faits pour obtenir les plus grands progrès possibles en matière de santé dans le domaine des soins bucco-dentaires. D'autre part ce projet vise à assurer une utilisation correcte de la nomenclature en facilitant une attestation appropriée des soins bucco-dentaires. En clarifiant la nomenclature et en incorporant les mécanismes de contrôle appropriés, l'utilisation correcte de la nomenclature est facilitée. Il existe plusieurs manières de promouvoir des soins dentaires appropriés. Les points ci-dessous constituent le point de départ pour approfondir ce sujet lors de la mise en œuvre du projet. À cette fin, un groupe de travail composé de représentants du Conseil Technique Dentaire et de la Commission Nationale Dento-mutualiste sera mis en place.

. Dossier de santé bucco-dentaire partagé

L'utilisation d'un « dossier de santé bucco-dentaire partagé » pour les patients facilite un suivi qualitatif des patients, dans le cadre duquel les bons soins sont administrés en temps opportun. Les éléments qui devraient être inclus dans le dossier de santé bucco-dentaire partagé et la manière dont il peut être utilisé de manière optimale seront discutés par le groupe de travail proposé. Les objectifs suivants sont visés avec le dossier de santé bucco-dentaire partagé:

- Permettre un suivi et une prévention adaptés au profil du patient
- Suivi continu de la santé bucco-dentaire du patient (agénésie, extractions, DPSI,...)
- Résumé de l'état bucco-dentaire repris dans le dossier médical global (DMG) des médecins (*Remarque ; pour effectuer les meilleurs soins dentaires possibles, le dentiste a également besoin d'être tenu au courant des affections pertinentes et des médicaments liés au patient. Cependant, ce n'est pas un objectif du présent projet.*)

A. Indicateurs qui aident à assurer la qualité des prestations dentaires

Depuis plusieurs années, l'INAMI met également l'accent sur l'efficacité des soins en enregistrant certains indicateurs. Dans le cadre de ce projet, sur la base de la littérature scientifique, on examine quels indicateurs peuvent être utiles au sein du système dentaire et quelles informations sur le patient sont nécessaires à cet effet. En se concentrant sur les interventions (préventives et curatives) les plus efficaces et efficientes pour obtenir des gains de santé selon les principes de la « evidence-based » practice, les ressources disponibles dans le cadre de l'assurance soins de santé sont consacrées de manière optimale. De cette manière, la réalisation de soins efficaces est stimulée, de sorte que les ressources libérées peuvent être réinvesties dans le secteur de la santé grâce à des gains d'efficacité.

B. L'attestation appropriée des soins bucco-dentaires

Dans le cadre de l'utilisation efficace du budget disponible de l'assurance soins de santé, il est important que la nomenclature prévue soit correctement utilisée et attestée. Ce projet doit examiner comment cela peut être réalisé. Une manière possible d'y parvenir consiste à réutiliser certains composants comme mécanismes garantissant une attestation correcte, par exemple en réutilisant la « composante temps » pour une prestation, qui donne une indication du nombre de prestations pouvant être réalisées de manière réaliste par jour, par semaine ou par mois.

3.4 Fixer des tarifs conventionnés justes

Une partie importante des traitements dentaires est remboursée par l'assurance soins de santé. Les honoraires pour ces prestations sont fixés au sein de la Commission Nationale Dento-Mutualiste (CNDM) sur la base de discussions et de propositions préparées par le Conseil Technique Dentaire (CTD). Dès 2016, la Cour des

comptes a déclaré que les tarifs de la convention devaient être étayés par une analyse médico-économique[2] documentée. Par la suite, l'Accord National dento-mutualiste 2017-18 a proposé une analyse des coûts des cabinets dentaires comme base de calcul des tarifs conventionnés justes. Cette analyse doit permettre, sur la base d'une formule fixée, d'effectuer un calcul objectif des tarifs conventionnés des prestations dentaires. Une telle formule permettrait également de mettre à jour plus facilement à l'avenir les tarifs conventionnés si nécessaire. La formule constitue la base objective, mais le résultat sera toujours suivi d'une concertation au sein de la CNDM pour déterminer les tarifs conventionnés.

Lorsque les tarifs conventionnés pour les prestations remboursables couvriront suffisamment les coûts liés aux techniques et matériaux utilisés, on estime qu'un plus grand nombre de dentistes pourront se conventionner et proposer des soins au tarif de la convention. En plus de tarifs justes, il est également essentiel de définir très clairement les prestations, afin que le dentiste puisse prendre une décision en toute transparence concernant son adhésion à l'accord national dento-mutualiste. La décision d'adhérer ou non à cet accord reste une liberté individuelle du dentiste, tout comme la fixation des tarifs pour les prestations non remboursables.

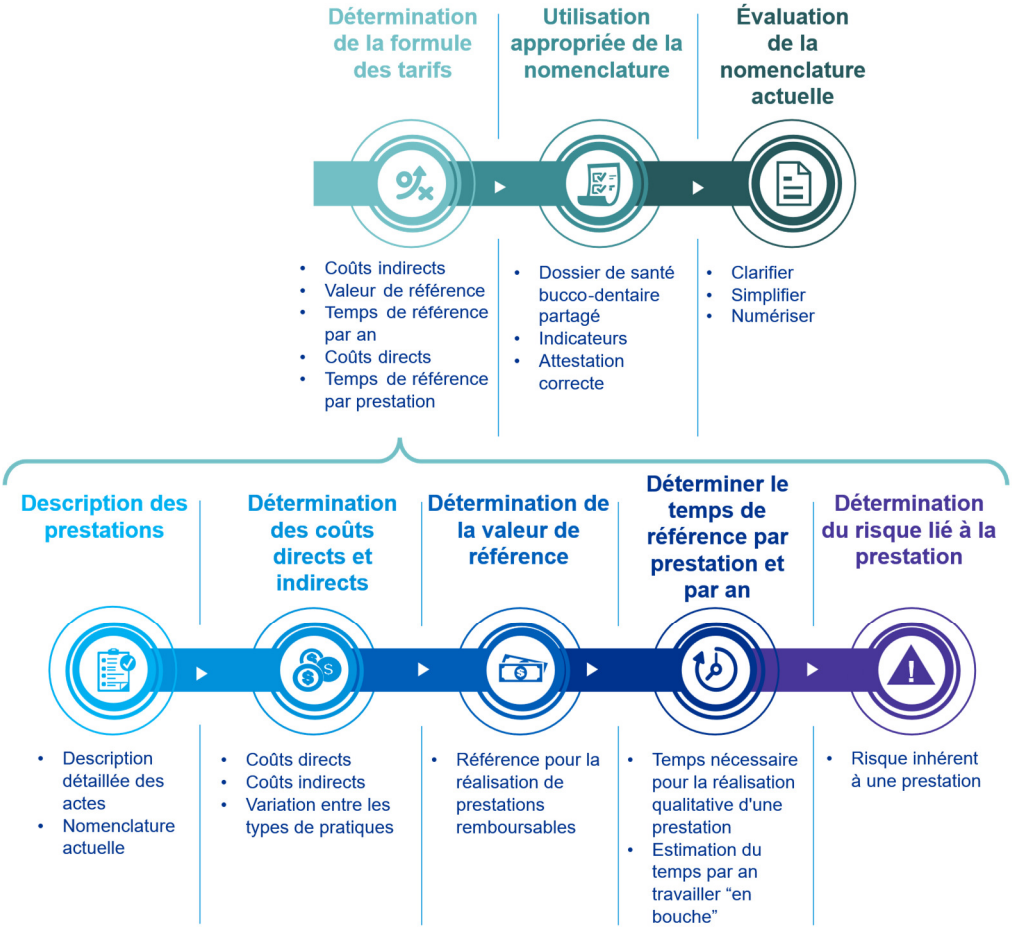
4. Conception de la méthodologie

Cette méthodologie a été élaborée en collaboration avec des représentants du CTD et de la CNDM au cours d'un processus itératif comprenant plusieurs sessions de travail. Les séances de travail ont eu lieu les 3 juillet, 28 août, 11 septembre et 25 septembre 2025. Le présent document en est le résultat et a été validé par le groupe de travail le jeudi 16 octobre. À chaque session, la proposition actuelle de méthodologie a été soumise à la discussion et tous les participants ont pu partager leurs commentaires et remarques. Après chaque session de travail, les participants avaient la possibilité de fournir des commentaires (anonymes) via un formulaire standardisé. Les participants à chaque session de travail sont répertoriés à l'annexe 1.

L'ensemble du projet peut être divisé en plusieurs parties concrètes, comme le montre la figure 2. Cette figure donne un aperçu des différents volets de la réforme de la nomenclature actuelle pour lesquels le point de départ de la méthodologie est décrit dans le présent document.

[2] 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

Figure 2: Vue d'ensemble des différentes composantes méthodologiques



4.1 Méthodologie pour clarifier la nomenclature

Description :

L'adaptation de la nomenclature actuelle se fera par étapes : dans la phase d'exécution du projet, une description claire de toutes les prestations remboursables au sein de la nomenclature sera établie. Cette description comprend les actes minimaux qui doivent être effectués afin de garantir une prestation de haute qualité. Les actes qui ne sont pas toujours nécessaires pour effectuer la prestation, mais qui sont couverts par cette prestation le cas échéant, sont clairement indiquées dans la description. Un exemple est l'administration d'une anesthésie, dont la nécessité dépend des circonstances cliniques, qui peuvent être évaluées par le praticien de l'art dentaire lorsque la prestation est effectuée. Lorsqu'un type de matériel ou d'équipement est explicitement mentionné dans cette description, il est attendu que le dentiste effectue la prestation en utilisant ce matériel ou cet équipement. Ce choix de matériel peut entraîner certaines conséquences, comme par exemple la durée de vie prévue d'une obturation. Certains types d'obturations sont plus coûteuses en termes de prix des matériaux, mais sont censés durer plus longtemps. Si un tel matériel durable (à un coût plus élevé) est décrit, une règle d'application peut également y être associée, indiquant le délai minimum avant qu'une telle prestation puisse être renouvelée sur la même dent. Si le matériel ou l'équipement n'est pas précisément décrit, le dentiste est libre dans son choix à cet égard. Par ailleurs, il est important de prêter attention à la contrôlabilité des prestations, tant au niveau des étapes décrites dans une prestation que de l'utilisation de matériaux ou d'équipements spécifiques. La manière dont ce contrôle peut être effectué de manière optimale doit être prise en compte lors de la rédaction des descriptions.

Les descriptions des prestations seront ensuite utilisées pour déterminer des tarifs de convention justes, à savoir pour déterminer le temps de référence par prestation et pour identifier les coûts directs des équipements et des matériaux. À la fin de la phase d'exécution, ces descriptions des prestations, ainsi que d'éventuelles

autres adaptations, pourront être inscrites dans les textes de nomenclature. Un exemple d'une telle description d'un code de nomenclature est présenté dans le tableau 1.

Méthodologie :
La préparation des descriptions de chaque prestation et l'analyse des autres clarifications ou simplifications qui peuvent être apportées à la nomenclature actuelle (par exemple pour réduire le nombre de règles d'interprétation ou pour clarifier certains concepts) sont effectuées par un groupe de travail composé de représentants du CTD et de la CNDM.

*Tableau 1: Description claire des différentes étapes qui sont attendues dans le cas d'une prestation de la nomenclature *soit dans la description et donc inclus dans le code nomenclature, soit via un code nomenclature distinct*

Code nomenclature 304312	Traitement et obturation d'un canal d'une dent chez le bénéficiaire à partir du 19e anniversaire
	• Indication du traitement • Administration d'une anesthésie – *si nécessaire* • Isolation de la dent et création d'un environnement de travail le plus aseptique possible - avec utilisation obligatoire d'un coffrage* • Création d'un accès à la pulpe dentaire à l'aide d'instruments stériles (rotatifs) • Élimination du tissu pulpaire enflammé • Détermination de la longueur du canal radiculaire • Préparation atraumatique du canal radiculaire à la longueur de travail requise • Rinçage extensive des canaux radiculaires avec un antiseptique prévu à cet effet • Obturation du canal radiculaire avec un matériel d'obturation destiné à cet effet • Etanchéité des canaux avec un matériel de remplissage prévu à cet effet • Réalisation d'une radiographie de contrôle

4.2 Méthodologie pour garantir une utilisation appropriée de la nomenclature

Description :
Dans cette partie, il convient de déterminer, entre autres :

- Quelles données sont nécessaires pour déterminer et suivre le dossier de santé bucco-dentaire partagé de la population ; et y associer des objectifs de santé qui servent de base à des soins efficaces.
- Quels indicateurs pourraient être utiles d'un point de vue scientifique et comment ils peuvent être mis en œuvre et vérifiés dans la pratique.
- De quelle manière l'attestation appropriée des soins bucco-dentaires peut-elle être assurée avec les informations obtenues à partir d'autres parties de ce projet.

Méthodologie:
Un groupe de travail composé de représentants du CTD et de la CNDM, qui devrait au moins inclure l'expertise scientifique des universités, élaborera une proposition sur la base des points de départ décrits ci-dessus.

4.3 Formule proposée pour le calcul des tarifs conventionnés justes

Sur la base d'un certain nombre d'exemples utilisés dans le passé en Belgique ou ailleurs en Europe, une formule a été élaborée pour calculer un point de départ objectif permettant de déterminer des honoraires justes[3,4] Cette formule tient compte d'un certain nombre de principes qui ont été jugés importants par le groupe de travail :

- Une étude de coûts est la base de calcul des coûts réels dans un cabinet dentaire
- Les coûts directs, qui sont spécifiques à certains matériaux ou appareils d'une prestation, sont calculés séparément par prestation.
- Dans la formule, un facteur de risque de la prestation peut être pris en compte. Par défaut, ce coefficient est égal à 1, mais dans le cas de prestations à haut risque, il peut être ajusté à la hausse.

[3] Mémoire de master: Standaard Verkoopskostprijsbepaling Tandartsenkabinet; J. Hendrickx o.l.v. E. De Lembre, Faculteit economie en bedrijfskunde, academiejaar 2006-2007
[4] Document de justification: Tarieven tandheelkundige en orthodontische zorg 2026; NZa, 2 juli 2025

- Dans le cas de traitements complexes, il doit être possible de faire une estimation appropriée du temps nécessaire à la réalisation de la prestation ou du matériel adapté requis pour cela. Lorsqu'une complexité spécifique doit être prise en compte sur la base des caractéristiques du patient, celle-ci est déterminée lors l'interprétation des résultats (voir section 5).
- La formule ne tient pas compte de la génération de surprofits, étant donné que les tarifs conventionnés ne sont pas censés couvrir cet aspect.

La formule a été élaborée selon le principe de la détermination d'un tarif horaire de référence pour l'exécution d'une prestation remboursable. Ce tarif horaire de référence est basé sur les éléments suivants : les coûts indirects, une valeur de référence qui simule la rémunération du temps investi par le dentiste et le temps de référence par an que le dentiste travaille « dans la bouche » des patients.

Le dénominateur de la fraction est calculé sur la base du temps de référence par an « en bouche », car seul ce temps est directement remboursé par l'INAMI. Outre le travail dans la bouche, le dentiste doit encore accomplir d'autres tâches dans le cadre des prestations de soins remboursables, à savoir : compléter le dossier du patient, communiquer et se concerter avec le patient, nettoyer, préparer et ranger le matériel nécessaire, fixer un nouveau rendez-vous, etc. Ces tâches sont connues sous la dénomination de « temps hors fauteuil » et ne sont pas directement remboursées, mais elles sont considérées comme nécessaires à la bonne pratique dentaire. En tenant compte dans le dénominateur de la fraction que du temps de référence « dans la bouche » et non du « temps hors fauteuil », le résultat de la fraction est un taux horaire de référence plus élevé, qui rémunère également le temps consacré aux activités relevant du « temps hors fauteuil ».

La formule de calcul du prix horaire de référence :

$$\frac{\text{Coûts indirects} + \text{Valeur de référence}}{\text{Temps de référence par an « en bouche »}} = \text{Tarif horaire de référence}$$

En multipliant ce tarif horaire de référence par le temps de référence d'une prestation donnée, il est possible de calculer un prix par prestation. De cette manière, la durée d'une prestation est utilisée comme clé de répartition pour les coûts indirects. Un temps de référence d'une prestation plus longue entraîne ainsi des coûts indirects et une valeur de référence plus élevés qu'un temps de référence d'une prestation de courte durée.

Il est également tenu compte d'un facteur lié au risque inhérent à une prestation, ce facteur est multiplié par le temps de référence d'une prestation et par le tarif horaire de référence. Pour la plupart des prestations, ce facteur sera égal à 1, mais pour certaines prestations, il peut être légèrement supérieur.

Enfin, il est tenu compte des matériaux ou équipements spécifiques nécessaires à l'exécution d'une prestation. Le coût direct correspondant est alors ajouté au résultat précédent. De cette manière, un tarif juste peut être calculé, tenant compte à la fois de la rémunération du temps de travail du dentiste (appelée « la partie professionnelle » dans la réforme de la nomenclature médicale) et des coûts directs liés à la prestation.

La formule de calcul du tarif, basée sur le tarif horaire de référence :

$$\text{Tarif convention} = \text{Tarif horaire de référence} \times \text{Temps de référence} \times \text{Risque} + \text{Coût direct}$$

4.4 Méthodologie de définition des éléments de la formule

Sur la base de la vision actuelle du groupe de travail, les méthodologies suivantes pour déterminer les différents éléments de la formule sont proposées. Ces méthodologies constituent un point de départ pour la mise en œuvre de ce projet à partir de janvier 2026 et peuvent encore être ajustées en fonction des décisions du groupe de travail et de l'avancement de la réflexion sur la méthodologie.

. Coûts indirects

Définition:
Les coûts indirects ou « frais généraux » sont des coûts qui ne peuvent pas être clairement attribués à une prestation particulière, car il n'est pas possible de mesurer ou d'enregistrer les coûts. Ces frais sont nécessaires au bon fonctionnement d'un cabinet dentaire.

Exemples:
Les coûts indirects peuvent être liés à un certain nombre de catégories telles que les frais de logement (loyer, électricité, gaz, eau, entretien et réparations, etc.), les frais de bureau (téléphonie, internet, frais postaux, etc.), les coûts d'équipement qui font partie de l'équipement standard d'un cabinet dentaire (équipement de radiographie, etc.)., les coûts de consommation, les frais d'assurance, etc.

Méthodologie de détermination des coûts indirects :
Pour déterminer les coûts indirects, une enquête est réalisée auprès d'un certain nombre de cabinets dentaires. Le contenu de cette enquête est défini par un groupe de travail composé de représentants du CTD et de la CNDM, qui établit un aperçu des coûts indirects nécessaires à recenser. À cette fin, le groupe de travail détermine l'équipement nécessaire à l'aménagement d'un "cabinet dentaire standard" ainsi que les coûts indirects qui y sont associés. En outre, des catégories supplémentaires de coûts indirects, moins essentiels, peuvent être ajoutées à l'enquête, ces derniers pouvant varier fortement d'un cabinet à l'autre. Après la réalisation des enquêtes, le groupe de travail élabore une proposition finale des coûts à retenir comme coûts indirects pour cette partie.

Cette enquête sera menée deux fois : une fois dans le cadre d'un projet pilote et une fois dans un cadre d'une enquête en ligne (voir plus loin). L'objectif de l'enquête dans le cadre du projet pilote est de générer un aperçu de base des coûts indirects par type de pratique. Grâce à l'enquête en ligne, tous les dentistes qui le souhaitent ont ensuite la possibilité de fournir des données supplémentaires du cabinet, afin de se faire une image la plus précise possible des coûts indirects. Ces enquêtes seront réalisées par un partenaire externe (voir également la section 6). Seules les données agrégées et les résultats finaux seront transmis à l'INAMI, aucune donnée individuelle ne sera communiquée.

Enquête dans le cadre du projet pilote :
L 'objectif principal de cette enquête est d'identifier les coûts indirects qui sont présents dans tous les cabinets et identifier les différences significatives entre les différents types de cabinets. En outre, cette enquête vise également à optimiser et à valider l'enquête elle-même afin qu'elle puisse ensuite être utilisée dans une enquête en ligne plus large. Il sera examiné de quelle manière des moyens peuvent être dégagés afin de rémunérer la participation des dentistes à l'enquête.

Afin d'apporter le soutien à l'identification des données nécessaires et de garantir leur exactitude, l'enquête est supervisée par un expert-comptable qui est un membre de l'Institut des Experts-comptables (ITAA). Cette enquête est menée auprès d'un échantillon limité de 18 pratiques. Six types de pratiques sont proposés et doivent être cartographiés dans le cadre de cette étude (voir tableau 2). Parmi chacun de ces types de pratiques, 3 pratiques seront sélectionnées pour débuter l'étude. La sélection des cabinets (par type) doit être répartie de manière équitable entre la Flandre, la Wallonie et la Région de Bruxelles-Capitale. Si les coûts entre les trois cabinets d'un même type ne présentent pas de différences significatives, aucun cabinet supplémentaire de ce type ne sera interrogé. En revanche, si des différences significatives apparaissent, des cabinets supplémentaires de ce type seront sélectionnés, jusqu'à ce qu'aucune différence significative ou nouvel élément ne soit observé ; ce moment marque le point de saturation des données. Ainsi, l'étude commence avec 18 cabinets, qui peuvent être élargis si nécessaire sur la base de la méthodologie décrite ci-dessus.

Outre les pratiques mentionnées ci-dessus, quelques pratiques spécifiques à certaines spécialités, notamment l'orthodontie et la parodontologie, sont également interrogées. L'objectif de cette enquête n'est pas de

cartographier l'impact des caractéristiques des pratiques sur les coûts indirects, mais bien de mettre en évidence la différence de coûts indirects entre un cabinet dentaire de dentiste généraliste et un cabinet dentaire de dentiste spécialiste. C'est pourquoi cinq pratiques supplémentaires sont interrogées pour chacune de ces spécialités.

Tableau 2: Types de pratique à cartographier par sondage dans le cadre du projet pilote

• Pratique en solo sans assistance	• Pratique en solo avec assistance
• Pratique en duo sans assistance	• Pratique en duo avec assistance
• Cabinet de groupe (3 ou plus dentistes) avec assistance, membre d'une chaîne[5]	• Cabinet de groupe (3 ou plus dentistes) avec assistance, pas un membre d'une chaîne

Enquête en ligne :
Afin d'affiner davantage les données recueillies dans le cadre de l'enquête dans le cadre du projet pilote et de cerner les éventuelles différences régionales, l'enquête sera mise en ligne dans une deuxième phase. Tous les propriétaires de cabinets dentaires qui souhaitent participer à cette étude peuvent le faire de cette manière. Outre les informations sur les coûts, on les interrogera également sur les caractéristiques pratiques (voir tableau 3).

Tableau 3: Les caractéristiques de la pratique peuvent être cartographiées via une enquête en ligne

Type de pratique	• Pratique solo / Pratique de groupe • Partie d'une chaîne / Aucune partie d'une chaîne • Avec assistance (+ nombre) / Sans assistance • Présence d'au moins 1 dentiste spécialiste en orthodontie ou parodontologie / Absence d'un dentiste spécialiste en orthodontie ou parodontologie
Type de profils (nombre d'ETP par profil)	• Dentaires : dentiste généraliste ; dentistes avec spécialisation (officielle ou non) (par exemple endodontiste ; orthodontiste ; dentiste pédiatrique ; parodontologue) • Personnel auxiliaire : assistante dentaire, réceptionniste, chef de cabinet, hygiéniste dentaire, partenaire de coopération, ...
Statut de la Convention des dentistes dans la pratique	• Conventionné / non conventionné / partiellement conventionné
Situation géographique	• Code postal
Âge des praticiens	• Année de naissance

A. Coûts directs

Définition:
Les coûts directs sont des coûts qui peuvent être liés sans ambiguïté à une certaine prestation. Dans la plupart des cas, il s'agit de consommables, exceptionnellement certains équipements peuvent également être inclus (qui n'est alors pas inclus dans l'aménagement d'un cabinet dentaire standard dans le cadre des coûts indirects).

Exemples:
Le tableau y ci-dessous (tableau 4) donne quelques exemples de coûts directs.

Tableau 4: Exemples d'identification des coûts directs

Coûts directs liés à l'équipement :	**Coûts directs en lien avec les consommables:**
• Électrotome	• Types d'obturations : composite, porcelaine, ... • Implants • Consommables : serviettes, coton, anesthésie,...

[5] Une chaîne est définie comme trois cabinets ou plus appartenant au même propriétaire.

Méthode de calcul des coûts directs :
Les coûts directs sont déterminés par un groupe de travail formé à partir des membres du CTD et de la CNDM. Pour toutes les prestations remboursables, il faut d'abord établir une description claire des actes minimaux qui doivent être effectués pour une prestation de qualité (voir tableau 1). Sur la base de cette description, les matériaux et l'équipement inclus seront identifiés par le groupe de travail. Un prix de revient standard est ensuite calculé pour tous les matériaux et équipements répertoriés sur la base d'une étude de marché auprès des fournisseurs/grossistes. Pour les équipements, il convient d'examiner de quelle manière leur utilisation peut être spécifiquement cartographiée pour chaque prestation (par exemple, en se basant sur la fréquence d'exécution d'une prestation) et comment les coûts d'achat de ces équipements peuvent ainsi être imputés à chaque prestation individuelle.

B. Valeur de référence

Définition:
La valeur de référence constitue la base de la rémunération du travail du dentiste lors de l'exécution d'une prestation donnée dans la convention. Cette valeur de référence doit être intégré dans la formule de calcul du prix de référence par heure, afin d'éviter que les tarifs soient établis uniquement sur la base de l'équilibre financier d'un cabinet dentaire (et que seuls les coûts directs et indirects soient remboursés). **Toutefois, cette valeur de référence ne reflète en aucun cas la rémunération du dentiste et ne doit donc pas être interprété comme tel**. En effet, la rémunération dépend également de nombreux autres facteurs : la réalisation de prestations non remboursables à côté des prestations remboursables dans l'assurance soins de santé, le choix de se déconventionner (partiellement ou totalement) et de facturer certains suppléments, le nombre de prestations effectuées par jour, le nombre de jours travaillés par an, etc.

Méthodologie pour la détermination de la valeur de référence :
La valeur de référence est déterminée par l'addition de plusieurs composantes, qui ensemble peuvent constituer une base correcte pour la situation spécifique d'un dentiste. Il se compose de deux grandes parties : d'une part, un montant brut de référence correspondant à un dentiste salarié, et d'autre part, un ensemble de composants spécifiques visant à combler la différence de statut entre salarié et indépendant (par exemple: une profession libérale dans le secteur des soins, avec les risques associés au statut d'indépendant, une responsabilité civile vis-à-vis du personnel employé, la responsabilité personnelle de constituer une pension, etc.). La composition de la valeur de référence doit être équilibrée, en faisant un choix correct entre les composantes d'un travailleur salarié et d'une personne non salariée. Un groupe de travail composé de membres de la CNDM et du CTD est chargé d'élaborer une proposition de valeur de référence, sur la base des éléments mentionnés dans le tableau 5. Cette proposition est discutée et, en concertation, il est décidé quels éléments seront finalement retenus.

Tableau 5: Vue d'ensemble des éléments possibles de détermination de la valeur de référence

• Montant brut de référence correspondant à la rémunération d'un dentiste salarié Exemple : un professeur ayant 10 ans d'ancienneté (attention : cela correspond à au moins 26 à 28 ans d'ancienneté au total)	• Responsabilité civile du personnel
• Charges sociales en tant qu'indépendant	• Couverture de revenu garanti
• Cotisation de prévoyance en tant qu'indépendant	• Assurance hospitalisation
• Allocations familiales non perçues	

C. Temps de référence d'une prestation

Définition:
Le temps nécessaire pour effectuer de manière qualitative une prestation d'une complexité qui ne diffère pas de la norme, par un dentiste généraliste, en l'absence de personnel auxiliaire. Dans le cadre de ce projet, seul le temps de référence pour les prestations remboursables dans la nomenclature actuelle est déterminé.

Exemples:
L'exemple suivant est purement indicatif et doit encore être déterminé avec précision lors de l'exécution de l'enquête:

Description de la prestation	Temps (minutes)
Consultation au cabinet d'un titulaire dentaire titulaire du titre professionnel spécial de dentiste généraliste, de spécialiste en stomatologie ou de dentiste, jusqu'à l'âge de 19 ans	15
Examen bucco-dentaire préventif au cours d'une année civile, comprenant l'inventaire et la motivation du patient en lien avec les soins préventifs et curatifs à effectuer, la réalisation d'un examen buccal, conseils de brossage et, le cas échéant, la réalisation d'un nettoyage prophylactique une fois par année civile, uniquement au cours du premier semestre civil, jusqu'au 18e anniversaire	18
Détartrage, par quadrant et par année civile, du 18e au 19e anniversaire	7

Méthodologie de détermination du temps de référence d'une prestation :
Le temps de référence est déterminé par un groupe de travail dédié, composé de représentants du CTD et de la CNDM. Pour ce faire, on utilise la liste des descriptions de tous les actes inclus dans une prestation remboursable, établie au début de la phase d'exécution (voir tableau 1). Sur la base de cette description, le groupe de travail formule, par consensus, une estimation aussi précise que possible du temps de référence nécessaire à la réalisation qualitative de chaque prestation. Le groupe de travail définit clairement les conditions dans lesquelles la prestation est effectuée, par exemple en présence ou en absence d'assistance.

Si le groupe de travail ne parvient pas à un consensus sur un certain nombre prestations de la manière décrite ci-dessus, une méthode supplémentaire peut être utilisée pour déterminer le temps de référence. Par exemple, mesurer le temps réel pour effectuer une prestation dans le cabinet ou mener une enquête auprès des professionnels dentaires[6].

D. Temps de référence par an « en bouche »

Définition:
Le temps de référence par an, exprimé en heures, qu'un dentiste travaille « dans la bouche» des patients.

Exemple:
L'exemple suivant est purement indicatif et doit encore être déterminé avec précision lors de l'exécution de l'étude :

Le nombre d'heures qu'un dentiste travaille effectivement dans la bouche d'un patient. Ce temps est indépendant du temps qu'il consacre à d'autres activités telles que l'administration, la formation, le nettoyage des instruments, la discussion et l'information du patient, le temps perdu à attendre un patient, ... Exemple : 1100 heures par an

Méthodologie de détermination du nombre d'heures "en bouche" par an
Le temps de référence par an en bouche est déterminé par un groupe de travail dédié composé de représentants du CTD et de la CNDM. Ce groupe de travail est chargé de déterminer la méthodologie, qui peut être basée sur une consultation et une recherche de consensus au sein du groupe de travail, une enquête auprès des dentistes du cabinet, ou une méthode plus extensive telle que la mesure de la durée au sein des cabinets dentaires, en suivant un exemple tiré de la littérature scientifique. Cela permet de cartographier avec précision le temps qu'un dentiste consacre à des activités telles que : l'intervention clinique (travail dans la bouche), l'administration (directement liée à l'intervention clinique ou autre), les activités personnelles, l'attente d'un patient, ...[7] Au début de la phase d'exécution, le groupe de travail détermine la méthode la plus souhaitable, en fonction de l'exactitude, de la faisabilité et du coût.

E. Risque

Définition :
Le risque inhérent à l'exécution qualitative de certaines **prestations** remboursables. Ce risque signifie que le

[6] Time to complete contemporary dental procedures – estimates from a cross-sectional survey of the dental team. C. Bannister et al. *BMC Oral Health* (2023) 23:926
[7] Belotti L. et al. (2024). Activities of the oral health teams in primary health care: a time-motion study. BMC Health Services Research. 24. 10.1186/s12913-024-11053-5.

résultat des soins dentaires prodigués est incertain dans certaines circonstances (entraînant des complications possibles). Afin de tenir compte de cette incertitude, et des soins dentaires supplémentaires qui peuvent y être associés en cas d'issue défavorable, un facteur de risque est ajouté à la formule de calcul du tarif de certaines prestations.

Exemple :
L'exemple suivant est purement illustratif :
Le risque associé à l'exécution qualitative d'une extraction dentaire est un risque faible mais réel. Si une extraction se déroule sans problème dans 99 % des cas et entraîne des complications graves et des soins dentaires supplémentaires dans 1 % des cas, le risque de ce 1 % doit être réparti entre les 99 % d'extractions qui se déroulent sans problème. De cette façon, une petite partie de ce risque potentiel est compensée pour chaque extraction individuelle.

Si, en cas de complications graves, 100 € sont nécessaires pour compenser le temps de travail supplémentaire et les matériaux supplémentaires, le facteur de risque allouera 1 € supplémentaire au tarif conventionné d'une extraction. Si un prestataire effectue une extraction 100 fois, et statistiquement effectué 99 d'entre elles sans aucun problème et a connu 1 fois de complications graves, il a été remboursé pour un total de 99 extractions sans problème et 1 extraction avec complications graves. Dans le cas de complications graves, aucune prestation supplémentaire ne peut être facturée, car cette indemnité est déjà comprise dans le risque.

Méthodologie de détermination du risque:
Le risque pour chaque prestation remboursable est déterminé par un groupe de travail composé de représentants du CTD et de la CNDM, dans lequel une représentation des universités est certainement souhaitable. Ce groupe de travail forme un consensus à cet égard sur la base de la littérature scientifique disponible et des discussions.

5. Discussion et validation des résultats obtenus

Sur la base des points de départ décrits ci-dessus, chacun des éléments de contenu est ensuite développé et mis en œuvre. Les composantes de la formule (coûts indirects, montant de référence, temps de référence par an en bouche, temps de référence par prestation, risque et coûts directs) sont déterminées séparément, puis rassemblées et intégrées dans la formule. Cela conduit à un premier résultat par prestation, qui servira de point de départ pour la négociation d'un nouvel accord fixant les nouveaux tarifs conventionnés.

Avant que les tarifs puissent être fixés dans un accord, une phase de concertation est nécessaire au sein des organes de concertation de l'INAMI, afin de discuter des facteurs supplémentaires à prendre en compte dans les résultats obtenus par la formule, pour parvenir à des tarifs conventionnés justes. Ces facteurs peuvent concerner, sans s'y limiter :

- La manière dont la complexité du patient peut être prise en compte. Pour certains groupes cibles (personnes âgées, enfants, patients présentant certaines comorbidités telles que le diabète, un handicap physique ou mental, personnes bénéficiant du statut d'intervention majorée, etc.), un facteur de complexité supplémentaire peut être envisagé, souvent reflété en pratique par un temps de traitement plus long. Étant donné que certains mécanismes existent déjà pour rémunérer le dentiste pour un temps de traitement plus long que la normale (comme le supplément pour personnes à besoins particuliers), il convient à ce stade d'examiner comment ou par quels mécanismes les soins dentaires pour ces groupes cibles peuvent être organisés de manière optimale.
- Le principe de soins appropriés est également visé : les bons soins, au bon endroit, par le bon profil. Les prestations standards sans complexité supplémentaire sont rémunérées de la même manière, quel que soit le profil du prestataire. Les prestations complexes, qui exigeraient beaucoup plus de temps de la part d'un dentiste généraliste ou nécessiteraient un équipement supplémentaire, sont idéalement réalisées par un dentiste spécialiste. Un juste équilibre est recherché afin de déterminer cette rémunération et d'éviter la sur- ou sous-évaluation des prestations de certains profils.
- La fixation d'éventuels tarifs maximums pour certaines prestations, sur la base des directives qui seront établies par le Comité de l'assurances en concertation avec la CNDM.

De cette manière, de nouveaux tarifs conventionnés peuvent être déterminés dans le cadre de l'accord national dentistes-mutualités pour 2028-2029, en fonction des priorités politiques et des moyens budgétaires disponibles.

6. Utilisation future de la formule et mises à jour nécessaires

Le document présenté décrit la méthodologie permettant d'objectiver la manière dont les tarifs conventionnés sont déterminés pour les prestations dentaires. La formule proposée et les éléments qui y sont repris serviront également à l'avenir de point de départ pour la fixation des tarifs. Certains éléments de la formule sont spécifiques à une prestation et doivent être calculés séparément pour chaque prestation, à savoir les coûts directs, le temps de référence par prestation et le risque. Les autres éléments de la formule sont communs à toutes les prestations et ne pourront être mis à jour que périodiquement, à savoir les coûts indirects, la valeur de référence et le temps de référence par an « dans la bouche ». La procédure à suivre lorsque de nouvelles prestations sont ajoutées à la nomenclature et la procédure à suivre pour la mise à jour périodique de la formule sont décrites ci-dessous.

6.1 La procédure d'ajout de nouvelles prestations à la nomenclature

Lorsque de nouvelles prestations sont ajoutées à la nomenclature après la fin de ce projet, la procédure suivante est proposée :

1) Le CTD établit une description de toutes les actes prévus et des matériaux qui seront utilisés à cet effet (comme décrit au point 4.1).
2) Sur la base de la description de la prestation, le CTD identifie les coûts directs liés à certains matériaux et équipements (comme décrit au point 4.4B).
3) Sur la base de la description de la prestation, le CTD détermine le temps de référence de la prestation (comme décrit au point 4.4D).
4) Sur la base des discussions au sein du CTD, le facteur de risque pour la prestation est déterminé (comme décrit au point 4.4F).
5) Tous les éléments mentionnés ci-dessus sont intégrés dans la formule permettant de déterminer le résultat de la formule. Le tarif horaire de référence reste le même que celui calculé au cours de cette étude et n'est pas mis à jour dans le cadre de l'ajout d'une prestation à la nomenclature.
6) Sur la base du résultat de la formule, le CTD élabore une proposition de nomenclature et une valeur relative (coefficient) pour la nouvelle prestation. Il tient également compte de facteurs tels que la complexité du patient pour déterminer la valeur relative de la prestation. Un arrêté royal fixe les prestations, les valeurs relatives (coefficient), les règles d'applications et la qualification requise pour effectuer la prestation.
7) La CNDM fixe les lettres-clés au sein des accords nationaux dento-mutualistes pour fixer les honoraires des prestations (y compris les éventuelles indexations).

6.2 Procédure de mise à jour de la formule

Au sein de ces éléments de la formule, une autre distinction peut être faite : d'une part, les éléments soumis à la réalité financière, à savoir tous les éléments exprimés en euros (coûts indirects, coûts directs, valeur de référence) ; et d'autre part, les éléments calculés indépendamment de la réalité financière (temps de référence par an « en bouche », temps de référence par prestation et risque). La deuxième catégorie d'éléments est plus stable dans le temps, tandis que les éléments financiers fluctuent plus fortement.

La mise à jour des tarifs au fil du temps est prévue via une indexation annuelle, comme c'est le cas aujourd'hui (en fonction de la disponibilité de la masse d'indexation). Après une certaine période (par exemple, après 4 à 6 ans), les différents éléments de la formule de manière distincte seront de nouveaux recalculés Au cours de la mise en œuvre de ce projet, il convient de discuter dans quel délai et de quelle manière ce recalcul devrait idéalement être effectué. À cet égard, il convient de tenir compte de la charge de travail que représente le recalcul par rapport à la valeur ajoutée par rapport à une indexation standard. Pour la mise à jour des éléments non financiers, il est prévu qu'après une certaine période (par exemple après 4 à 6 ans), le CTD évalue dans quelle mesure le temps de référence par prestation, le temps de référence par an « en bouche » et le risque par prestation doivent être revus. Lorsqu'il existe des indications claires que la description de la prestation ne

correspond plus à la réalité sur le terrain, celle-ci doit être révisée et validée, après quoi les autres éléments peuvent également être déterminés sur la base de la nouvelle description.

7. Supervision du projet

Pour la mise en œuvre et le suivi de ce projet, une structure de projet est définie, avec des responsabilités et des missions claires pour chaque partenaire concerné. Les parties suivantes font partie de la structure du projet:

- **Parties prenantes** : Conseil Technique Dentaire, Commission Nationale Dento-Mutualiste, Comité de l'assurance
- **Équipe de projet** composée d'un chef de projet et des collaborateurs issus de l'INAMI et de l'accompagnement de projet. Le chef de projet est responsable de la gestion opérationnelle et de la coordination du projet, en étroite collaboration avec les personnes de liaison qui assurent le lien avec toutes les parties concernées par le projet. Afin de soutenir le chef de projet, l'équipe d'accompagnement du projet assure les tâches suivantes : élaboration, suivi et mise en œuvre du plan d'action ; organisation de la coordination entre les parties prenantes, les groupes professionnels, les mutuelles, les universités et l'INAMI ; rapport à l'INAMI. L'équipe de projet est également soutenue par le partenaire opérationnel et le consortium scientifique.
- **Sponsor du projet :** Mickael Daubie, responsable du soutien général du projet par la mise à disposition des moyens nécessaires, la définition des objectifs, la définition de l'orientation stratégique et la création du soutien nécessaire auprès des parties prenantes.
- **Consortium scientifique** chargé de fournir la justification scientifique de la méthodologie et le soutien technique pour l'exécution des différentes parties. La composition du consortium scientifique tient compte de l'expertise requise dans le cadre de ce projet, à savoir l'expertise dentaire, économique et toute autre expertise éventuelle. Le consortium est donc composé de manière multidisciplinaire, et les universités francophones et néerlandophones sont invitées à y participer.
- **Partenaire opérationnel** chargé d'effectuer les analyses et les calculs nécessaires dans le cadre de la détermination d'un certain nombre d'éléments de la formule. Il s'agit principalement d'un soutien comptable pour la collecte des données correctes et leur traitement correct afin de déterminer les coûts indirects et le montant de référence. Si nécessaire, un partenaire opérationnel peut également être désigné pour d'autres éléments, sur indication du groupe de pilotage.
- **Groupe de pilotage** chargé de suivre l'avancement du projet et de donner une orientation par le biais de décisions stratégiques une fois par mois lorsque cela s'avère nécessaire. Au sein du groupe de pilotage, une répartition représentative entre les différents membres est prévue. Les personnes suivantes font partie du groupe de pilotage :
    - **Président de la Commission Nationale Dento-Mutualiste**: Mickael Daubie
    - **Président du Conseil Technique Dentaire** : Marc Seijnhaeve
    - **INAMI** : Laura Najwer (chef de projet) et Elke Caboor
    - **Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM)**: Rudy Hendrickx et Yaëlle Peti
    - **Associations professionnelles** : délégation de la VVT, de la VBT, de la BUOS, de la CMD et de la SMD ; étant membres du CTD et de la CNDM
    - **Mutualités** : délégation de la Mutualité chrétienne, de la Mutualité libérale, Solidaris, des Mutualités libres, des Mutualités neutres et de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité
    - **Partenaire opérationnel** : désigné par l'ITAA, qui joue un rôle consultatif en matière de choix méthodologiques et d'exécution de la méthodologie
    - **Consortium scientifique** : composé de manière multidisciplinaire, avec délégation des universités néerlandophones et francophones, qui joue un rôle consultatif en matière de choix méthodologiques et d'exécution de la méthodologie
    - **Accompagnement de projet :** Niki Ver Donck & Tine Bernaerts

Avertissement : l'approche mentionnée sera affinée avec un groupe de travail du CTD/CNDM et d'éventuels partenaires externes pour soutenir la mise en œuvre du projet

- **Groupes de travail :** pour l'élaboration des différents volets de ce projet, un groupe de travail composé de représentants du CTD et de la CNDM sera mis en place. Dans certains cas, il a été précisé que la présence des universités était cruciale. Si nécessaire, des représentants de la SECM peuvent également participer. Chaque groupe de travail peut compter au maximum deux représentants de la même organisation professionnelle (outre le président du CTD), deux représentants par mutuelle et un représentant par université.

8. Planification

La figure présentée à l'annexe 2 donne un aperçu du calendrier prévu pour chaque partie. Pour chaque partie, une courte période de préparation est prévue par l'équipe de projet ou un partenaire externe, après quoi des discussions périodiques ont lieu au sein d'un groupe de travail. Pour certaines parties, une période supplémentaire est ensuite prévue pour le traitement des résultats. Enfin, le calendrier indique le délai éventuel disponible pour chaque volet et les volets qui dépendent des résultats d'un autre volet.

Les groupes de travail se réunissent en principe une fois par mois. Au cours de ces réunions, chaque groupe de travail doit discuter d'un élément spécifique, et entre les réunions, du temps est prévu pour fournir des contributions et des commentaires. Entre-temps, chaque groupe de travail rend compte de l'état d'avancement des travaux au groupe de pilotage. Le groupe de pilotage se réunira une fois par mois afin de suivre l'avancement des différents éléments et de fournir les orientations stratégiques nécessaires. Les moments de validation par le CTD, la CNDM et le Comité de l'assurance sont indiqués en bas de la figure.

La mise en œuvre de l'ensemble du projet est prévue sur une période d'un an et demi, jusqu'à l'été 2027. Afin que la nomenclature réformée pour les prestations dentaires puisse entrer en vigueur le 1er janvier 2028, il convient de prévoir, au cours du second semestre 2027, le temps nécessaire à la publication de la nomenclature réformée au Moniteur belge et à la négociation d'un nouvel accord national dento-mutualiste , qu'il est prévu de laisser entrer en vigueur à partir de janvier 2028.

Avertissement : l'approche mentionnée sera affinée avec un groupe de travail du CTD/CNDM et d'éventuels partenaires externes pour soutenir la mise en œuvre du projet

Annexe 1 - Aperçu des participants aux séances d'élaboration de la méthodologie de la réforme de la Nomenclature Dentaire

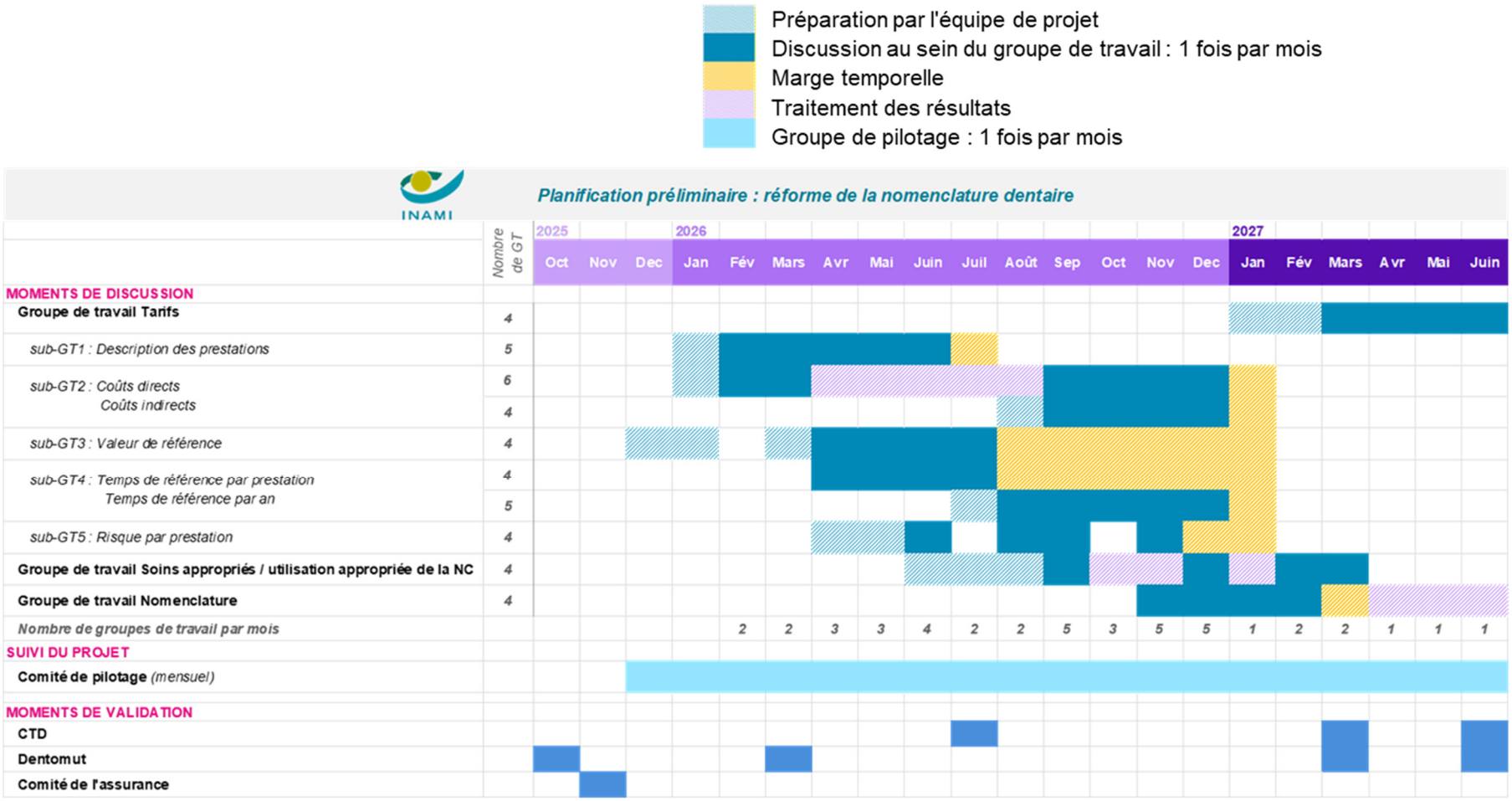
	03/07/2025	28/08/2025			11/09/2025	25/09/2025	16/10/2025
Nom	**Séance: Tarifs 1**	**Séance: Tarifs 2**	**Séance: Soins appropriés 1**	**Séance: Nomenclature 1**	**Séance: toutes les parties**	**Séance: toutes les parties**	**Validation du document de travail**
Président CNDM							
Mickaël Daubie		x		x			
Président CTD							
Marc Seijnhaeve	x	x		x		x	x
Représentant prestataires de soins							
Birgit Baeke		x	x	x	x	x	x
Guy Baeten	x	x	x	x	x	x	
Frédéric Bettens	x					x	
Philippe Decroock	x	x	x	x		x	x
Christel Dekeyser	x						
Stefanie Dekeyser	x	x	x	x	x	x	x
Sewanoude Yvette Dossou		x	x	x	x		
Miet De Paepe		x	x	x		x	x
Mohssin El Hajjaji	x	x	x	x	x	x	
Bruno Gonthier	x	x	x	x		x	
Stefaan Hanson	x	x	x	x	x	x	x
Frank Herrebout	x	x	x	x	x	x	x
Jos Hoffbauer	x						
Vincent Koningsveld	x	x	x	x		x	x
Laetitia Lousse		x	x	x	x		
André Mestrum	x	x	x	x		x	x
Liene Molly	x					x	x
Jean-Louis Richir	x	x	x	x	x	x	x
Clara Rydberg	x	x	x	x	x	x	x
Michelle Thonissen	x	x	x	x	x	x	x
Aurélien Tieleman					x		
Seraf Van Den Bosch	x					x	x
Yann Van Hoecke	x	x	x	x	x	x	x
Robby Verschueren		x	x	x	x	x	x
Gerda Wauman	x		x		x	x	x
Eric Wouters	x						
Représentant d'institutions d'assurance							
Steven Brabant	x	x	x	x		x	x
Tony De Groote	x	x	x	x	x	x	x
Denis Delvenne	x	x	x	x	x	x	x
Annie Hermans	x	x	x	x	x	x	

Avertissement : l'approche mentionnée sera affinée avec un groupe de travail du CTD/CNDM et d'éventuels partenaires externes pour soutenir la mise en œuvre du projet

Benoit Mores					x		
Représentant d'universités							
Martijn Lambert	x	x	x	x	x		
Jasmin Verschueren	x	x	x	x		x	x

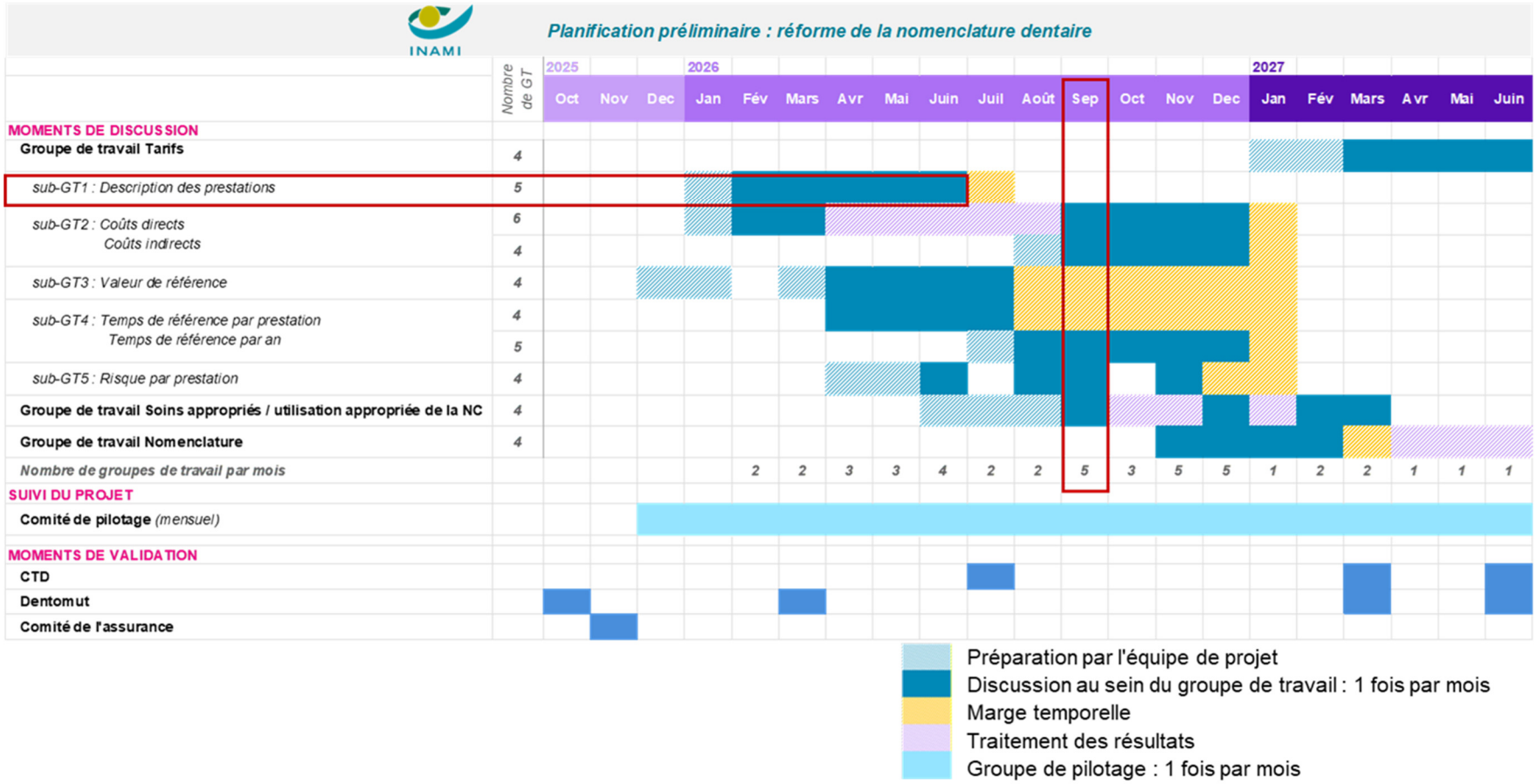
Annexe 2 – Première version de la planification du projet

A. Planning préliminaire



Avertissement : l'approche mentionnée sera affinée avec un groupe de travail du CTD/CNDM et d'éventuels partenaires externes pour soutenir la mise en œuvre du projet

B. Exemple d'interprétation : 5 groupes de travail se réunissent au cours du mois de septembre pour traiter les différents volets et, pour le volet du sous-groupe de travail 1, description des prestations, 5 groupes de travail au total sont prévus sur 5 mois.



Avertissement : l'approche mentionnée sera affinée avec un groupe de travail du CTD/CNDM et d'éventuels partenaires externes pour soutenir la mise en œuvre du projet

Annexe 3 – Gestion des versions

Le tableau ci-dessous présente un aperçu de la gestion des versions de ce document.

Numéro de version	Contenu	Date
Version 0.x	Version à discuter lors des séances de travail	Septembre – Octobre 2025
Version 1.x	Version à discuter et à valider par la CNDM	Octobre 2025
Version 2.x	*Version pour le Comité de l'assurance*	*Novembre 2025*
Version 3.0	*Version finale après validation*	