

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

18 oktober 2024

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

**over een betere toegankelijkheid tot
orthodontische zorg**

(ingediend door de heer Patrick Prévot c.s.)

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

18 octobre 2024

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

**visant à améliorer l'accessibilité
des soins orthodontiques**

(déposée par M. Patrick Prévot et consorts)

00471

N-VA	: Nieuw-Vlaamse Alliantie
VB	: Vlaams Belang
MR	: Mouvement Réformateur
PS	: Parti Socialiste
PVDA-PTB	: Partij van de Arbeid van België – Parti du Travail de Belgique
Les Engagés	: Les Engagés
Vooruit	: Vooruit
cd&v	: Christen-Democratisch en Vlaams
Ecolo-Groen	: Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
Open Vld	: Open Vlaamse liberalen en democraten
DéFI	: Démocrate Fédéraliste Indépendant

Abréviations dans la numérotation des publications:		Afkorting bij de nummering van de publicaties:	
DOC 56 0000/000	Document de la 56 ^e législature, suivi du numéro de base et numéro de suivi	DOC 56 0000/000	Parlementair document van de 56 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer
QRVA	Questions et Réponses écrites	QRVA	Schriftelijke Vragen en Antwoorden
CRIV	Version provisoire du Compte Rendu Intégral	CRIV	Voorlopige versie van het Integraal Verslag
CRABV	Compte Rendu Analytique	CRABV	Beknopt Verslag
CRIV	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)	CRIV	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaalde beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)
PLEN	Séance plénière	PLEN	Plenum
COM	Réunion de commission	COM	Commissievergadering
MOT	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)	MOT	Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

Dit voorstel neemt de tekst over van voorstel DOC 55 0902/001.

De orthodontie is een tandheelkundige specialisatie die verkeerde tandgroei voorkomt en corrigeert.

Een rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) uit 2008 stelt dat 40 % van de Belgische kinderen een orthodontische behandeling krijgt, meestal in de leeftijdsgroep van 10-14 jaar. In Vlaanderen gaat het over 46 % van de kinderen, in Wallonië over 32 % en in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest over 30 %.

Volgens een veel recentere studie (december 2019, van Solidaris) werd in 2015, 2016 en 2017 bij 38 326 van de 136 884 Waalse kinderen tussen 10 en 15 jaar het initiatief genomen tot een orthodontische behandeling. Bij 31 505 (82 %) van hen werd de behandeling opgestart, dat wil zeggen dat ter behandeling een orthodontisch apparaat werd geplaatst. Bij de 6 821 resterende kinderen was dat niet het geval. Dit betekent dus dat bij bijna één kind op vijf (18 %) de orthodontische behandeling niet werd volbracht, met name door het aanbrengen van een beugel.

De cijfers van deze studie wijzen overigens op grote verschillen naargelang van de sociaaleconomische situatie van de gezinnen; bij de kinderen uit gezinnen met een laag inkomen wordt minder vaak het initiatief tot een behandeling genomen (25 %) dan bij de kinderen uit meer goedgezinnen (40 %).

Het is inderdaad geweten dat er een onbetwistbaar verband bestaat tussen de gezondheid van mond en gebit en de sociaaleconomische situatie van mensen, ook van jongeren.

Al spreekt het voor zich dat de beste resultaten van een orthodontische behandeling bij kinderen en adolescenten lijken te worden verkregen, toch moeten ook sommige volwassenen een dergelijke behandeling volgen, hoofdzakelijk om esthetische redenen die in onze samenleving een steeds belangrijker plaats innemen. De website van de *Union francophone des orthodontistes de Belgique* (UFOB) geeft in verband met volwassenen echter het volgende aan: *“les contraintes de la vie sociale exigent la plupart du temps des traitements plus rapides et... le recours plus systématique à la chirurgie orthognathique puisque l'orthodontiste ne*

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

La présente proposition reprend le texte de la proposition DOC 55 0902/001.

L'orthodontie est une spécialité dentaire qui a pour but de prévenir et de corriger la position défectueuse des dents.

Selon un rapport du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) publié en 2008, 40 % des enfants belges recevaient alors un traitement orthodontique. Le traitement touchait généralement le groupe d'âge des 10-14 ans. La proportion d'enfants traités s'élevait à 46 % en Flandre, à 32 % en Wallonie et à 30 % en Région de Bruxelles-Capitale.

Selon une étude, beaucoup plus récente, publiée en décembre 2019 par Solidaris, sur les 136 884 enfants wallons âgés entre 10 et 15 ans, 38 326 enfants avaient initié un traitement orthodontique en 2015, 2016 et 2017. Parmi eux, 31 505 (82 %) avaient démarré leur traitement, c'est-à-dire que leur traitement avait donné lieu à la pose d'un appareillage. Ce qui n'avait pas été le cas pour les 6 821 enfants restants. Autrement dit, cela signifie que près d'un enfant sur 5 (18 %) n'avait pas poursuivi le traitement orthodontique jusqu'à son terme, à savoir la pose de l'appareil dentaire.

Les chiffres présentés dans cette étude montrent par ailleurs de grandes différences en fonction de la situation socio-économique des ménages; les enfants issus de ménages à bas revenus initient moins souvent un traitement (25 %) par rapport à ceux issus de familles plus aisées (40 %).

On sait en effet qu'il y a un lien indiscutable entre la santé bucco-dentaire et la situation socio-économique des personnes, y compris des jeunes.

Si c'est évidemment chez les enfants et les adolescents que les résultats des traitements orthodontiques semblent les meilleurs, il n'en demeure pas moins que certains adultes sont également amenés à suivre ce type de traitement en raison principalement des exigences esthétiques sans cesse plus grandes de notre société. Cependant, concernant les adultes, et comme cela est mentionné sur le site Internet de l'Union francophone des orthodontistes de Belgique: *“les contraintes de la vie sociale exigent la plupart du temps des traitements plus rapides et... le recours plus systématique à la chirurgie orthognathique puisque l'orthodontiste ne*

peut plus miser sur la croissance et la correction des dysfonctions éventuelles pour l'aider dans la conduite et à la réussite du traitement."

Uit wetenschappelijke studies blijkt dat het verzaken aan een orthodontische ingreep in bepaalde gevallen geen schadelijke medische gevolgen heeft. Omgekeerd moet voor bepaalde specifieke problemen een beroep worden gedaan op orthodontie: een open verhemelte, een hazenlip, een aangeboren afwezigheid van verschillende tanden, sterk vooruitstekende bovenste snijtanden, zware malocclusie of ingegroeide tanden.

De oorzaken van die tandproblemen zijn uiteenlopend: andere eetgewoonten met als gevolg dat de kauwspieren nog onvoldoende worden gebruikt, slechte slikbewegingen door een verkeerde positie van de tong bij kinderen die duimzuigen of een fopspeen gebruiken, kinderen die enkel via de mond ademen door chronische rinitis of allergieën enzovoort.

Waakzaamheid, preventie en – logischerwijs – geregelde tandartsbezoeken vanaf een zo jong mogelijke leeftijd moeten uiteraard worden aanbevolen om een mogelijke scheefgroei van tanden te voorkomen, of toch minstens te beperken.

Volgens het voormelde verslag van het KCE uit 2008 wordt 64 % van de orthodontische behandelingen uitgevoerd door een orthodontist en de overige door gewone tandartsen. De orthodontie kan immers worden uitgeoefend door een gewone tandarts, maar de FOD Volksgezondheid erkent niettemin binnen de tandheelkunde specialisten in de orthodontie, die een specifieke RIZIV-nummer toegewezen krijgen na een bijkomende opleiding van vier jaar.

Over het algemeen schrijft de zorgverstreker de meest aangewezen behandelwijze voor na diverse voorafgaande onderzoeken. Die onderzoeken kunnen van velerlei aard zijn: observatie van de mond, het gezicht, de ademhalingsgewoonten en de houding, het nemen van afdrukken, foto's en radiografieën maar soms ook specifiekere onderzoeken zoals een NMR, een scan of een nko-balans.

De UFOB verwoordt het als volgt: *"Le traitement actif démarre avec la pose de l'appareil de correction. Un grand nombre d'appareils différents existent du plus simple pour corriger un défaut mineur au plus compliqué. Certains traitements demandent un seul appareil d'autres une succession de différents appareils. Certains traitements sont brefs, d'autres durent plusieurs années. Quel que soit le traitement, tous les appareils orthodontiques doivent être contrôlés régulièrement à*

peut plus miser sur la croissance et la correction des dysfonctions éventuelles pour l'aider dans la conduite et à la réussite du traitement."

Selon des études scientifiques, il apparaît, dans un certains nombres de cas, que l'absence d'intervention orthodontique n'entraîne pas de conséquences médicales dommageables. À l'inverse, certains problèmes spécifiques requièrent un recours à l'orthodontie: fente palatine, fissure labiale, absence congénitale de plusieurs dents, incisives supérieures fortement avancées, malocclusion sévère ou encore dents incluses.

Les causes de ces problèmes dentaires sont multiples: changement des habitudes alimentaires avec comme conséquence que l'on ne sollicite plus assez les muscles de la mastication, mauvaise déglutition due à une mauvaise position de la langue chez les enfants qui sucent leur pouce ou une sucette, respiration qui se fait uniquement par la bouche chez les enfants victimes de rhinites chroniques ou d'allergies, etc...

La vigilance, la prévention et donc des visites régulières chez le dentiste dès le plus jeune âge doivent bien sûr être prônées afin de prévenir, ou à tout le moins limiter, les malpositions qui pourraient survenir.

Selon le rapport précité du KCE de 2008, 64 % des traitements orthodontiques sont effectués par un orthodontiste, les autres étant réalisés par des dentistes généralistes. L'orthodontie peut en effet être exercée par un praticien généraliste mais le SPF Santé publique reconnaît néanmoins, au sein de l'Art dentaire, des dentistes spécialistes en orthodontie auxquels un numéro INAMI particulier est attribué après quatre années de formation complémentaires.

Généralement, après différents examens préliminaires (observation de la bouche, du visage, des habitudes de respiration, de posture, prises d'empreintes, réalisation de photos et de radiographies mais aussi parfois des examens plus spécifiques comme une IRM, un scanner, ou encore un bilan ORL...), un projet de traitement le plus adapté est établi par le prestataire de soins.

Comme le mentionne l'Union francophone des orthodontistes de Belgique: *"Le traitement actif démarre avec la pose de l'appareil de correction. Un grand nombre d'appareils différents existent du plus simple pour corriger un défaut mineur au plus compliqué. Certains traitements demandent un seul appareil d'autres une succession de différents appareils. Certains traitements sont brefs, d'autres durent plusieurs années. Quel que soit le traitement, tous les appareils orthodontiques doivent être*

un rythme qui va dépendre à la fois de l'appareil utilisé et du stade du traitement."

Deze realiteit heeft een grote invloed op de kosten van de orthodontische behandelingen, die dus erg kunnen variëren naar gelang van de aangewezen behandeling en de duur ervan. Volgens de UFOB kost een dergelijke behandeling 500 tot 5 000 euro. Dat die cijfers zo sterk uiteenlopen heeft te maken met het feit dat de orthodontist, tenzij hij bij het akkoord tussen tandartsen en ziekenfondsen is aangesloten, vrij zijn honoraria mag vaststellen voor de behandeling die hij toedient, alsook vrij mag beslissen welk facturatieschema hij het meest aangepast acht aan zijn praktijkvoering.¹

Blijkens de in 2019 door Solidaris uitgevoerde studie lopen de totale kosten sterk uiteen van kind tot kind (deze kosten houden dus geen rekening met de tegemoetkoming van de verplichte ziekteverzekering, van de aanvullende verzekering, of nog van de facultatieve tandzorgverzekering). Zo kan een beugel voor meer dan 5 % van de kinderen tot meer dan 2 000 euro kosten; in 1 geval op 10 liggen de kosten echter aanzienlijk lager, namelijk minder dan 600 euro. Uit die cijfers blijkt ook dat de kosten voor een beugel systematisch hoger liggen wanneer het kind gedekt is door een facultatieve tandzorgverzekering. Dat roept natuurlijk vragen op.

Volgens Solidaris bedragen de kosten voor een volledige orthodontiebehandeling gemiddeld 1 756 euro per kind, maar die kosten kunnen aanzienlijk variëren naargelang van de patiënt en kunnen voor 5 % van de patiënten zelfs oplopen tot 3 000 euro. De verschillen inzake de totale kosten van de orthodontiebehandelingen hangen voorts af van meerdere parameters. Wanneer het kind over een tandzorgverzekering beschikt (wat het geval is voor 1 kind op 4), bedragen de kosten gemiddeld 1 899 euro, tegenover "slechts" 1 713 euro voor een kind zonder tandzorgverzekering. Voor een kind met verhoogde tegemoetkoming bedragen die kosten 1 625 euro, tegenover 1 713 euro voor wie de gewone tegemoetkoming ontvangt.

Een en ander valt te verklaren door het feit dat vrij weinig orthodontisten 'geconventioneerd' zijn. De UFOB geeft daarvoor de volgende verklaring: *"Aucun traitement orthodontique approprié, répondant aux exigences d'alignement, de finition et de discrétion des patients, ne peut être effectué au tarif de la convention dento-mutualiste"*. Volgens de UFOB is het *"impossible de respecter les tarifs de la convention tant la discordance entre les honoraires fixés par l'Accord dento-mutualiste et le coût réel des traitements orthodontiques est devenue importante"*.

¹ <https://orthodontiste.be/articles/traitement-orthodontique>

contrôlés régulièrement à un rythme qui va dépendre à la fois de l'appareil utilisé et du stade du traitement."

Et cette réalité influence grandement le coût de ces traitements orthodontiques qui se révèlent donc très variables en fonction du traitement nécessaire et de la durée de celui-ci. Selon l'Union francophone des orthodontistes de Belgique, il "serait de 500 à 5 000 euros". Cette différence s'explique par le fait que, sauf s'il a adhéré à la convention dento-mutualiste, "l'orthodontiste a la liberté de fixer ses honoraires pour le traitement qu'il réalise ainsi que le schéma de facturation qu'il trouve le plus adapté à sa pratique propre"¹.

Selon l'étude réalisée en 2019 par Solidaris, le coût total (donc, avant l'intervention de l'assurance obligatoire, de l'assurance complémentaire ou encore de l'assurance dentaire facultative) varie sensiblement d'un enfant à l'autre. Ainsi, l'appareil peut coûter jusqu'à plus de 2 000 euros pour plus de 5 % des enfants alors que, à l'inverse, les montants sont nettement moins élevés et inférieurs à 600 euros dans 1 cas sur 10. Leurs chiffres montrent également que le coût de l'appareil est systématiquement plus élevé lorsque l'enfant est couvert par une assurance dentaire facultative, ce qui est évidemment interpellant.

Toujours selon Solidaris, le coût en orthodontie s'élève ainsi à 1 756 euros en moyenne par enfant pour un traitement complet mais ce coût peut varier considérablement d'un patient à l'autre et avoisiner les 3 000 euros pour 5 % d'entre eux. Le coût total du traitement d'orthodontie diffère aussi en fonction de plusieurs paramètres: notamment si l'enfant est couvert par une assurance dentaire comme c'est le cas pour un enfant sur quatre (1 899 euros en moyenne contre 1 713 euros pour ceux qui ne sont pas assurés) ou encore s'il bénéficie de l'intervention majorée (1 625 euros versus 1 794 euros pour les bénéficiaires ordinaires).

En cause notamment le faible taux de conventionnement des orthodontistes. Car, comme l'indique l'UFOB: "aucun traitement orthodontique approprié, répondant aux exigences d'alignement, de finition et de discrétion des patients, ne peut être effectué au tarif de la convention dento-mutualiste". Il est, selon lui, "impossible de respecter les tarifs de la convention tant la discordance entre les honoraires fixés par l'Accord dento-mutualiste et le coût réel des traitements orthodontiques est devenue importante".

¹ <https://orthodontiste.be/articles/traitement-orthodontique>

Desondanks werd de jongste jaren in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging aanzienlijke vooruitgang op dat vlak geboekt, aangezien onder meer werd voorzien in een gedeeltelijke terugbetaling van die behandelingen. Bij de behandelingen wordt een onderscheid gemaakt tussen een “vroeg” orthodontische behandeling en de “klassieke” orthodontische behandeling.

In het geval van een “vroeg” orthodontische behandeling moet de behandeling worden opgestart vóór de 9^{de} verjaardag. De tegemoetkoming is forfaitair (twee forfaitaire bedragen). Een kennisgeving aan de adviseerend geneesheer van de verzekeringsinstelling is vereist. Die vroeg behandeling bestaat in een vroegtijdige en snelle orthodontische behandeling om het gebit specifiek te corrigeren. Die specifieke behandeling beoogt de ouders te sensibiliseren voor het belang van een vroeg correctie, teneinde bepaalde problemen in te perken, ernstige verwikkelingen te voorkomen en de tanden aldus makkelijker uit te lijnen aan de hand van een eventuele “klassieke” orthodontische behandeling, waarvan de duur zelfs kan worden ingekort.

In het geval van een “klassieke” orthodontische behandeling moet aan de adviseerend geneesheer vooraf een kennisgeving worden bezorgd, die moet worden ingediend vóór de 15^{de} verjaardag van het kind. De behandeling moet worden opgestart binnen twee jaar nadat de adviseerend geneesheer daarin heeft toegestemd en moet worden beëindigd uiterlijk op de leeftijd van 22 jaar. De terugbetaling gebeurt forfaitair voor de apparaten en voor de regelmatige behandelingen (maximum 36 sessies), en bedraagt ongeveer 800 euro.

Tot slot wordt orthodontie niet meer terugbetaald vanaf de leeftijd van 22 jaar, tenzij in het geval van craniofaciale groeistoornissen die directe gevolgen hebben voor de stand van en de verhouding tussen de tanden.

Zoals het KCE in zijn voormeld rapport uit 2008 aan geeft, maakt ons huidig gezondheidszorgstelsel geen onderscheid tussen, enerzijds, de patiënten met lichte (esthetische), matige en ernstige afwijkingen en, anderzijds, de patiënten die zich in een medisch precaire situatie bevinden (onder meer patiënten met een gespleten bovenlip en/of een open verhemelte, met andere aangeboren craniofaciale afwijkingen of met oligodontie). Over sommige van de landen die het heeft bestudeerd, stelt het KCE het volgende: “In veel landen is het verplicht om de behandelingsbehoefte van de patiënt te meten. Dit is onder andere het geval in het Verenigd Koninkrijk, Duitsland en Zweden. (...) Verschillende indices worden gebruikt.” Van de aangewende indices beveelt het KCE het gebruik aan van de *Index of Orthodontic Treatment*

Dans le cadre de l'assurance soins de santé obligatoire, des avancées importantes ont pourtant été réalisées dans ce domaine ces dernières années, notamment à travers un remboursement partiel de ces traitements. Une distinction y est opérée entre le traitement orthodontique de première intention et le traitement orthodontique classique.

Dans le premier cas, le traitement doit avoir lieu avant le 9^e anniversaire. La prise en charge est forfaitaire (2 montants forfaitaires). Une notification au médecin-conseil de l'organisme assureur est demandée. Ce traitement de première intention consiste en une intervention orthodontique précoce et rapide afin d'apporter des corrections spécifiques à la dentition. Cette intervention spécifique avait pour objectif de sensibiliser les parents à l'intérêt d'une correction précoce qui peut limiter certains problèmes, prévenir des complications sévères et rendre, dès lors, l'alignement définitif plus facile à réaliser par un éventuel traitement orthodontique classique dont la durée peut même se voir réduite.

Dans le second cas, celui d'un traitement orthodontique classique, une notification préalable au médecin-conseil est obligatoire et doit être introduite avant le 15^e anniversaire de l'enfant. Le traitement doit débiter dans les 2 ans à dater de l'accord. L'intervention prend fin au plus tard à l'âge de 22 ans. Le remboursement est forfaitaire pour l'appareillage, puis pour le traitement régulier (maximum 36 séances) et s'élève à +/- 800 euros.

Enfin, à l'exception des troubles de la croissance craniofaciale accompagnés d'effets directs sur la position et la relation des dents, il n'existe plus de remboursement pour l'orthodontie à partir du 22^e anniversaire.

Actuellement, comme le mentionne le KCE dans son rapport précité de 2008, notre système de soins de santé ne fait pas de distinction entre les patients présentant des malpositions mineures (esthétiques), moyennes, graves ou ceux se trouvant dans une situation médicalement précaire (notamment ceux qui souffrent d'une fente labiale et/ou palatine, d'autres malformations craniofaciales congénitales ou d'oligodontie). Dans certains des pays étudiés par le KCE, “il existe une obligation d'attribuer, à chaque patient, une appréciation du besoin en traitement orthodontique. Tel est le cas, entre autres, au Royaume-Uni, en Allemagne et en Suède. Divers indices sont utilisés aux fins de cette appréciation.” Parmi les indices utilisés, le KCE recommande l'utilisation de l'IOTN (*Index of Orthodontic Treatment Need*), le PAR

Need (IOTN), de Peer Assessment Ratio (PAR) en de Index of Complexity, Outcome and Need (ICON).

Aldus deed het KCE in 2008 de aanbeveling de patiënten met een grote behandelingsbehoefte aanspraak te laten maken op een volledige, of op zijn minst sterk verhoogde terugbetaling. Volgens het KCE worden in België overigens jaarlijks ongeveer 260 mensen met een dergelijke aandoening geboren.

In de in 2019 uitgebrachte studie van Solidaris staat hetzelfde; ook daarin wordt aanbevolen de orthodontiebehandelingen om medische redenen beter terug te betalen.

Op grond van die vaststellingen menen de indieners van dit voorstel van resolutie dan ook dat diverse maatregelen moeten worden genomen om de orthodontiebehandelingen financieel toegankelijk te maken. Ondanks het bestaan van bepaalde in het kader van de aanvullende verzekeringen toegekende tegemoetkomingen, in weerwil van de in het verleden aangenomen resoluties en van de forse geboekte vooruitgang inzake de terugbetaling door de individuele gezondheidszorgverzekering, blijven die complexe orthodontiebehandelingen kennelijk heel duur, waardoor ze nog steeds nauwelijks toegankelijk zijn voor een groot deel van de bevolking.

Ofschoon in een terugbetaling is voorzien, blijft die immers ontoereikend gelet op de werkelijk aangerekende bedragen, die per geval fors verschillen. In de wetenschap dat een zwakke sociaaleconomische status hand in hand gaat met een precare behandeling van mond en gebit, ligt het voor de hand dat die financiële ontoegankelijkheid, gekoppeld aan de onzekerheid omtrent de tarieven van die behandelingen, de situatie van de kwetsbaarste sociaaleconomische groepen nog ingewikkelder maakt.

(Peer Assessment Ratio) et l'ICON (Index of Complexity, Outcome and Need).

En 2008, le KCE recommandait ainsi de permettre aux patients présentant un besoin élevé en traitement de bénéficier d'un remboursement complet ou, à tout le moins, significativement supérieur. Le KCE estime, par ailleurs, que ce cas de figure concernerait environ 260 patients nés chaque année.

L'étude de Solidaris publiée en 2019 ne dit pas autre chose et recommande également un meilleur remboursement dans le cas des traitements orthodontiques pour raison médicale.

Fort de ces constats, les auteurs de la présente proposition de résolution estiment donc nécessaire de prendre diverses mesures afin de rendre les traitements orthodontiques accessibles sur le plan financier. Car, malgré certaines interventions accordées dans le cadre d'assurances complémentaires, malgré les résolutions adoptées par le passé, et même si des avancées importantes ont été réalisées en termes de remboursement par l'assurance soins de santé individuelle (ASSI), ces traitements orthodontiques complexes restent clairement très coûteux, ce qui les rend encore difficilement accessibles à une partie importante de la population.

En effet, si un remboursement est prévu, il demeure actuellement insuffisant au regard des montants réellement facturés qui varient fortement selon les cas. Ainsi, lorsqu'on sait qu'un statut socioéconomique faible va de pair avec une santé buccodentaire précaire, il est une évidence que cette inaccessibilité financière, couplée à l'insécurité tarifaire de ces traitements, complique davantage encore la situation des groupes socio-économiques les plus vulnérables.

Patrick Prévot (PS)
Caroline Désir (PS)
Ludivine Dedonder (PS)

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

DE KAMER VAN VOLKSVERTEGENWOORDIGERS,

A. stelt vast dat heel wat orthodontiekosten niet door de ziekte- en invaliditeitsverzekering worden gedekt, en ten laste van de gezinnen blijven in het kader van de prothetische behandelingen van kinderen en adolescenten;

B. wijst op de uiteenlopende en variërende prijzen die voor orthodontiebehandelingen worden gehanteerd;

C. verwijst naar de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt;

D. attendeert op het rapport van het KCE van 2008, met als titel "Orthodontie bij kinderen en adolescenten";

E. gelet op het in december 2019 door Solidaris uitgebracht onderzoek, met als titel "Orthodontie: Quand le coût fait grincer des dents";

F. verwijst naar de wet van 10 april 2014 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid, meer bepaald naar het hoofdstuk "financiële transparantie van geneeskundige verzorging";

G. acht het nodig kwaliteitsvolle tandheelkundige zorg voor kinderen en jongeren toegankelijk te maken, in het bijzonder wat de orthodontische behandelingen betreft;

H. acht het nodig de tarieven van het akkoord tandartsen-ziekenfondsen te verbeteren, om geschikte orthodontische behandelingen mogelijk te maken die beantwoorden aan de door de patiënten gestelde eisen inzake uitlijning, afwerking en discretie;

I. stelt vast dat slechts 56,97 % van de tandartsen het akkoord tandartsen-ziekenfondsen 2024-2025 heeft onderschreven;

VERZOEKT DE REGERING:

1. de terugbetaling van de orthodontische behandelingen ten behoeve van kinderen en adolescenten te verbeteren, door meer bepaald de patiënten voor wie een behandeling hoognodig is recht te geven op volledige terugbetaling;

2. te overwegen het terugbetalingsbeleid te baseren op de ernstgraad van de dentofaciale afwijking en de malocclusie;

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

LA CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS,

A. considérant les coûts importants non couverts par l'assurance maladie-invalidité et restant à charge des familles dans le cadre des traitements prothétiques des enfants et adolescents;

B. considérant la diversité et la variabilité des prix pratiqués dans le cadre des traitements orthodontiques;

C. vu la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient;

D. vu le rapport du KCE de 2008 relatif à l'orthodontie chez les enfants et les adolescents;

E. considérant l'étude de Solidaris parue en décembre 2019, intitulée "Orthodontie: Quand le coût fait grincer des dents";

F. vu la loi du 10 avril 2014 portant des dispositions diverses en matière de santé et plus particulièrement en ce qui concerne le volet transparence des soins de santé;

G. considérant la nécessité de permettre une accessibilité à des soins dentaires de qualité pour les enfants et adolescents, en particulier en matière de traitements orthodontiques;

H. considérant la nécessité d'améliorer les tarifs de la convention dento-mutualiste afin de permettre des traitements orthodontiques appropriés, répondant aux exigences d'alignement, de finition et de discrétion des patients;

I. vu que seuls 56,97 % des dentistes ont adhéré à l'accord dento-mutualiste 2024-2025;

DEMANDE AU GOUVERNEMENT:

1. d'améliorer le remboursement des traitements orthodontiques chez les enfants et adolescents, en permettant plus particulièrement de faire bénéficier les patients présentant un besoin élevé en traitement d'un remboursement complet;

2. d'envisager une différenciation de la politique de remboursement en fonction de la sévérité des déviations dentofaciales et des malocclusions;

3. het nodige te doen om, qua tegemoetkoming en orthodontische behandeling, de tarieven in het akkoord tandartsen-ziekenfondsen te verbeteren;

4. meer tandartsen en orthodontisten aan te moedigen om het akkoord tandartsen-ziekenfondsen te onderschrijven en dus te werken met de in het akkoord vastgestelde basistarieven;

5. de tandarts of orthodontist te verplichten om, als de patiënt erom vraagt, een schriftelijke offerte voor de totale kosten van de orthodontische behandeling voor te leggen, waarbij een onderscheid wordt gemaakt tussen de kosten voor de tandapparaten en het ereloon;

6. de prijzen van de orthodontische apparaten specifiek te ontleden en zo nodig te overwegen regels ter zake uit te vaardigen;

7. bij de deelstaten een betere follow-up te bepleiten van de tandgezondheid van de kinderen en de adolescenten tijdens de gezondheidsonderzoeken op school.

10 oktober 2024

3. de faire le nécessaire pour permettre une amélioration des tarifs de la convention dento-mutualiste en matière de prise en charge et de traitement orthodontique;

4. d'encourager davantage de dentistes et orthodontistes à adhérer à l'accord dento-mutualiste et donc à travailler avec les tarifs de base fixés par la convention;

5. d'obliger le dentiste ou l'orthodontiste, lorsque le patient en fait la demande, à remettre une offre écrite concernant le coût total du traitement orthodontique, en distinguant le coût relatif aux appareils orthodontiques de ses honoraires;

6. de prévoir une analyse spécifique relative aux prix des appareillages orthodontiques et d'envisager, le cas échéant, leur encadrement;

7. de plaider auprès des entités fédérées afin d'améliorer le suivi dentaire des enfants et des adolescents lors des bilans de santé à l'école.

10 octobre 2024

Patrick Prévot (PS)
Caroline Désir (PS)
Ludivine Dedonder (PS)