

M/17

Institut national
d'assurance
maladie-invalidité

Avenue de
Tervueren 211
1150 Bruxelles
☎ 02/739 71 11

Service des soins
de santé

CONVENTION PROPOSEE PAR LE COMITE DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTE POUR LES KINESITHEREPTEUTES

En l'absence de convention négociée entre les kinésithérapeutes et les organismes assureurs, le Comité de l'assurance a décidé le 27 février 2017 de présenter à chaque kinésithérapeute le texte conventionnel suivant:

Article premier. La présente convention définit, en ce qui concerne les honoraires et les modalités de leur paiement, les rapports entre les kinésithérapeutes et les bénéficiaires de l'assurance, tels qu'ils sont définis par la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Art. 2. Les honoraires sont dus pour toute prestation figurant à la nomenclature établie par le Roi en application de l'article 35 de la loi susvisée et à la condition que le kinésithérapeute qui l'a pratiquée ait la qualification requise, conformément aux indications de ladite nomenclature.

Art. 3. § 1^{er} Le montant de l'objectif budgétaire partiel pour l'année 2017, est fixé par le Conseil des Ministres à 760.636 milliers d'euros.

§2 A partir du 1^{er} avril 2017, les honoraires des prestations effectuées au domicile du patient peuvent être majorés d'une indemnité de maximum 1,01 euros, sauf les prestations « rapport écrit » et la « deuxième séance journalière ». Cette indemnité couvre forfaitairement les coûts de déplacement du kinésithérapeute. L'article 7 de la nomenclature des prestations de santé sera modifié à cet effet. Le kinésithérapeute s'engage à attester le cas échéant l'indemnité au moyen des pseudocodes ci-dessous.

Pour la prestation 564211, effectuée au domicile du patient, reprise au § 1^{er}, 7° de l'article 7 de la nomenclature des prestations de santé cette indemnité sera attestée au moyen du pseudocode 639111 et sera intégralement remboursée.

Pour les prestations, effectuées au domicile du patient, reprises au §1^{er}, 2° de l'article 7 de la nomenclature des prestations de santé, cette indemnité sera attestée au moyen du pseudocode 639133 et sera remboursée à 60% pour les patients à titre préférentiel et 15% pour les patients à titre non-préférentiel. Pour la prestation 562472, qui doit comporter au minimum deux séances de traitement, l'indemnité peut être demandée deux fois le même jour et attestée au moyen de 2 fois le pseudocode 639133.

Pour les prestations, effectuées au domicile du patient, reprises à l'article 1, 6° de l'article 7 de la nomenclature des prestations de santé, cette indemnité sera attestée au moyen du pseudocode 639155 et sera remboursée à 60% pour les patients à titre préférentiel et 15% pour les patients à titre non-préférentiel.

Pour les prestations, effectuées au domicile du patient, reprises à l'article 1, 5° de l'article 7 de la nomenclature des prestations de santé, cette indemnité sera attestée au moyen du pseudocode 639192 et sera remboursée à 60% pour les patients à titre préférentiel et 15% pour les patients à titre non-préférentiel.

Pour toutes les autres prestations, effectuées au domicile du patient, de l'article 7 de la nomenclature des prestations de santé, cette indemnité sera, dans chaque cas, attestée au moyen du pseudocode 639170 et ne fera pas l'objet d'une intervention de l'assurance soins de santé et indemnités. Elle ne sera donc pas remboursée.

Dans tous les cas, le pseudocode 6391111, 639133, 639155, 639170 ou 639192 devra figurer sur l'attestation de soins donnés en dessous de la ou des prestation(s) pour lequel il a été réclamé.

En cas de perception de ce supplément, le dispensateur en informe le bénéficiaire avant le commencement du traitement.

§ 3 Prime pour la promotion de la qualité

Le kinésithérapeute qui adhère à la présente convention qui répond aux conditions de demande et qui a satisfait, au 29.2.2016, aux critères de qualité sur la plateforme PE-online, reçoit pour l'année 2015 une prime de 2.000 €.

§ 4 Le Comité de l'assurance demande au Conseil technique de la Kinésithérapie et à la Commission de conventions d'élaborer des propositions pour :

- A partir du 1^{er} septembre 2017, introduire, dans la nomenclature, pour le 1^{er} septembre 2017, une prestation spécifique pour « première séance de traitement en pathologie courante ». Par patient, cette prestation spécifique pourra être attestée une fois par année civile. L'honoraire sera de 25 % plus élevé que pour une prestation normale de traitement ; la différence sera entièrement remboursée ;
- A partir du 1^{er} octobre 2017, introduire dans la nomenclature la possibilité, pour les patients hospitalisés en soins intensifs d'une deuxième grande séance journalière remboursable ;
- A partir du 1^{er} octobre 2017, introduire dans la nomenclature la possibilité d'une prestation spécifique remboursable pour les patients atteints d'infirmité motrice cérébrale après leur 21^{ème} anniversaire.

§5 A partir de l'entrée en vigueur de la présente convention, la valeur du facteur de multiplication M est fixée à :

- 0,927692 pour les prestations, 560011, 560092, 560114, 560195, 560210, 560291, 560313, 560394, 560501, 560652, 560733, 560770, 560851, 560895, 560976, 561094, 561595, 561610, 561632, 561654, 561702, 563010, 563091, 563113, 563194, 563216, 563290, 563312, 563393, 563614, 563695, 563710, 563791, 563813, 563894, 563916, 563990, 564211, 564270, 564292, 564314, 564336 ;
- 0,920270 pour les prestations 562332, 562354, 562376, 562391, 564756, 564793, 564830, 564874, 564911, 564955, 639656, 639671, 639693, 639715 ;
- 0,602500 pour les prestations, 560523, 561260 ;
- 0,451250 pour les prestations 560055, 560151, 560254, 560350, 563054, 563150, 563253, 563356, 563651, 563754, 563850, 563953 ;
- 0,826875 pour les prestations 560416, 560571, 561131, 561352, 561676, 563415, 563496, 564012, 564093, 564351, 564373, 564395, 564432, 564550, 564572, 564631, 564653 ;
- 0,912081 pour les prestations 561190, 563474, 564071, 564454, 564491, 564616, 561411, 563555, 564152
- 0,456250 pour les prestations 563452, 563533, 564056, 564130, 564594, 564675, ;
- 0,722500 pour les prestations 560534, 560545, 561315, 561326, 561713, 561724, 563570, 563581, 564174, 564185 ;
- 0,410000 pour les prestations 560453, 560615, 564410 ;
- 0,612500 pour les prestations, 561551, 561562 ;
- 0,927500 pour les prestations 561013, 561245 ;
- 0,639167 pour les prestations 561433, 561455, 561470, 561492, 561540 ;
- 0,510833 pour les prestations 561514, 564535, 561573
- 1,063333 pour la prestation 564255 ;
- 0,745632 pour les prestations 639494, 639516, 639531, 639553, 639575, 639601, 639612, 639623, 639634, 639811 ;
- 0,480544 pour les prestations 639730, 639752, 639833 ;
- 0,717105 pour les prestations 639774, 639785 ;
- 0,885247 pour les prestations 560711, 560836, 560954, 561072, 563076, 563172, 563275, 563371, 563673, 563776, 563872, 563975, 564771, 564815, 564852, 564896, 564933, 564970 ;
- 0,805209 pour les prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 561304, 562413, 562435, 562450, 562472, 564476, 639332, 639354, 639376, 639391, 639413, 639446, 639450, 639461, 639472, 639796 ;
- 0,587500 pour les prestations 560696, 560814, 560932, 561050, 561282 ;
- 0,470000 pour les prestations 561175, 561396, 564513 ;
- 0,578333 pour la prestation 564233.

Du 1^{er} janvier 2017 au 31 mars 2017 inclus, les honoraires des certaines prestations à domicile : 560313, 560350, 560394, 561013, 561094, 561116, 561654, 562391, 563312, 563356, 563393, 563916, 563953, 563990, 564211, 564336, 639391, 639553 et 639715 sont déterminés comme suit :

(coefficient qui exprime la valeur relative) x (valeur du facteur M)

+

1 x (valeur du facteur E fixée à 0,385282 EUR au 1^{er} janvier 2017)

La partie des honoraires égale à 1 E correspond à un supplément forfaitaire pour les frais de déplacement.

Les honoraires de la prestation à domicile 562472 est déterminé comme suit :
(coefficient qui exprime la valeur relative) x (valeur du facteur M)

+

2 x (valeur du facteur E fixée à 0,385282 EUR au 1^{er} janvier 2017)

La partie des honoraires égale à 2 E correspond à un supplément forfaitaire pour les frais de déplacement.

Art. 4. § 1^{er}. Le kinésithérapeute qui adhère à la présente convention, s'engage à respecter les taux des honoraires fixés à l'article 3 pour les prestations prévues à l'article 7 de la nomenclature des prestations de santé, sauf pour les prestations numéros 560055, 560151, 560254, 560350, 560453, 560615, 563054, 563651, 563150, 563754, 563253, 563850, 563356, 563953, 563452, 564056, 563533, 564130, 564410, 564594, 564675 pour lesquelles il peut déroger aux taux desdits honoraires sans pour autant dépasser les honoraires prévus pour les séances qui rencontrent les limitations prévues aux §§ 10 et 14 de l'article 7 de la nomenclature (560011, 560114, 560210, 560313, 560416, 560534, 560571, 563010, 563113, 563216, 563312, 563415, 563496, 563570, 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, 564093, 564174, 564395, 564572, 564631).

En cas de modification de la nomenclature, la Commission de conventions établira la liste des prestations de la nouvelle nomenclature qui correspondent aux prestations de la liste mentionnée dans la phrase précédente. Cette nouvelle liste est approuvée avec le même quorum de votes que celui qui est nécessaire à la conclusion d'une convention.

§ 2. Il peut également déroger aux taux des honoraires prévus dans la présente convention en cas d'exigences particulières du bénéficiaire non hospitalisé, à savoir :

- lorsque, à la demande du bénéficiaire, la prestation doit être effectuée avant 8 heures ou après 19 heures ;
- lorsque, à la demande du bénéficiaire, le traitement est effectué le week-end ou un jour férié légal, sauf en cas de prescription expresse du médecin précisant que le traitement doit être effectué un des jours précisés ci-dessus ;

Le dispensateur informe le bénéficiaire avant le commencement du traitement, tel qu'il est défini au présent article, sur le montant des honoraires. En cas de litige, la charge de la preuve que l'information a été donnée incombe au dispensateur.

Cependant, si le kinésithérapeute fixe des heures de consultation à son cabinet ou, de sa propre initiative, donne des soins au domicile du bénéficiaire soit après 19 heures et avant 8 heures, soit durant le week-end, soit un jour férié légal, les honoraires ne peuvent être majorés pour ces prestations.

Le week-end commence le vendredi à 19.00 heures et se termine le lundi à 08.00 heures.

Art. 5. Le bénéficiaire paie lui-même les honoraires au kinésithérapeute sauf en cas de l'application du tiers payant.

Art. 6. § 1^{er}. Le kinésithérapeute s'engage à informer son patient sur son statut de kinésithérapeute conventionné avant le début du traitement et sur les conséquences des limitations prévues à l'article 7, §§ 10, 12, 13 et 14 de la nomenclature des prestations de santé ; en cas de litige, la charge de la preuve que l'information a été donnée incombe au dispensateur.

§ 2. Lorsque le dispensateur applique le système du tiers payant, il envoie les attestations de soins donnés chaque mois à chaque mutualité ou office régional de l'organisme assureur. L'envoi des attestations se fait au plus tard le 20 du mois suivant celui au cours duquel un traitement de kinésithérapie a été arrêté ou, lorsque le traitement porte sur une période de plus d'un mois, suivant celui au cours duquel le traitement a atteint 20 séances.

§ 3. Les attestations sont accompagnées d'un état récapitulatif établi en deux exemplaires. Sur cet état sont mentionnés le nom et le numéro d'inscription des bénéficiaires, le montant des honoraires portés en compte à l'organisme assureur ainsi que le montant global à payer par l'organisme assureur. Cet état porte également les indications nécessaires à l'exécution du paiement.

§ 4. L'organisme assureur règle le montant du décompte mensuel avant la fin du mois suivant celui de l'introduction. Le montant du paiement tient compte des adaptations ou rectifications qui ont été apportées le cas échéant et qui sont notifiées au kinésithérapeute sur le double de l'état récapitulatif qui lui est envoyé. La Commission de convention veillera à ce que les organismes assureurs respectent les délais de paiements précités.

§ 5. En vertu de l'article 53, §1^{er} / 2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, les dispensateurs de soins sont tenus de remettre au bénéficiaire un document justificatif des prestations effectuées donnant lieu à intervention de l'assurance obligatoire ainsi que des prestations n'y donnant pas lieu lorsque ces dernières sont effectuées avec des prestations qui y donnent lieu :

1° dans le cas où le dispensateur de soins porte en compte au bénéficiaire outre des montants pour des prestations donnant lieu à intervention de l'assurance obligatoire des montants pour des prestations qui ne donnent pas lieu à une intervention de l'assurance obligatoire;

2° dans le cas où l'attestation de soins donnés est remplacée par une transmission électronique de données par le dispensateur de soins à l'organisme assureur du bénéficiaire.

Le montant total à payer par le bénéficiaire pour les prestations visées, en ce compris les acomptes payés, figurent sur le document justificatif.

Lorsqu'une attestation de soins donnés détaillant l'ensemble des prestations remboursables est remis au bénéficiaire, le document justificatif comprend :

- pour l'ensemble des prestations remboursables, le total à payer en ce compris les suppléments éventuels;
- en regard de chaque prestation non remboursable, reprise sous la forme d'un libellé, son montant.

Lorsqu'une attestation de soins donnés détaillant l'ensemble des prestations remboursables n'est pas remis au bénéficiaire, le document justificatif comprend :

- de manière distincte, en regard de chaque prestation remboursable reprise comme sur une attestation de soins donnés, sauf si les prestations sont regroupées conformément aux décisions prises par le Comité de l'assurance soins de santé, le montant payé par le bénéficiaire en vertu des tarifs, le montant payé par le bénéficiaire à titre de supplément et, le cas échéant, l'intervention facturée directement à l'organisme assureur;

- en regard de chaque prestation non remboursable, reprise sous la forme d'un libellé, son montant.

Art. 7. Les prestations reprises au Chapitre III, section 3, de la nomenclature des prestations de santé donnent lieu, de la part de l'assurance, à une intervention fixée par l'article 7 de l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle du bénéficiaire dans les honoraires pour certaines prestations.

Art. 8. Sans préjudice des dispositions de l'article 37, § 17 de la loi, le kinésithérapeute s'engage à percevoir la quote-part personnelle au bénéficiaire, dans au moins 85% des prestations attestées par lui. Dans ce cadre, le kinésithérapeute ne peut faire de distinction entre les bénéficiaires, ni sur la base de l'organisme assureur auxquels ils sont affiliés, ni sur la base du type de prestation.

Art 9. La Commission de conventions est compétente pour concilier les contestations qui peuvent surgir à propos de l'interprétation ou de l'exécution de la présente convention. Elle peut également concilier des contestations quant à l'interprétation de la nomenclature des prestations de santé.

Art. 10. § 1^{er}. L'objectif budgétaire pour les prestations de l'article 7 de la nomenclature des prestations de santé est fixé sur base des dispositions légales et réglementaires en vigueur en la matière.

Conformément à l'article 51, § 2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, aussitôt qu'il est constaté que l'objectif budgétaire annuel partiel est dépassé ou risque d'être dépassé, les parties appliquent des mécanismes de correction.

§ 2. Les mesures de correction sont sélectives et comportent entre autres une diminution des dépenses des prestations ayant contribué le plus au dépassement ou au risque précités. Les mesures comportent pour les prestations concernées une diminution des valeurs du facteur de multiplication M fixées à l'article 3. Ces valeurs sont diminuées au moins d'un pourcentage égal à celui du dépassement ou du risque précités, tel qu'il ressort des rapports établis trimestriellement dans le cadre de l'audit permanent des dépenses en soins de santé visé à l'article 51, § 4 de la loi coordonnée susvisée.

En cas de non-application, constatée par le Conseil général dans le mois qui suit la date prévue d'entrée en vigueur des économies structurelles visées au § 1^{er} de l'article 40 de la loi coordonnée susvisée ou de celles visées à l'article 18 de la loi coordonnée susvisée, une réduction automatique et immédiatement applicable des honoraires, prix ou autres montants ou des tarifs de remboursement sera alors appliquée d'office aux dispensateurs et aux organismes assureurs le premier jour du deuxième mois qui suit la date d'entrée en vigueur des économies visées.

L'application de la diminution ou de la réduction automatique prévue aux deux premiers alinéas ne peut être invoquée par le dispensateur individuel qui y adhère pour dénoncer cette convention ou cette adhésion.

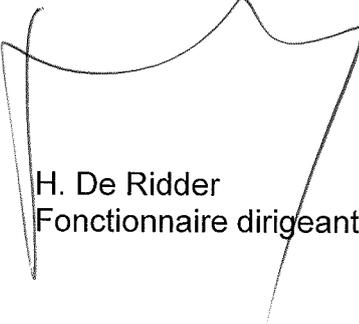
Art. 11. La présente convention entre en vigueur le 1^{er} janvier 2017. Elle est valable jusqu'au 31 décembre 2017. Elle n'est pas tacitement reconductible.

L'adhésion individuelle à la présente convention produit immédiatement ses effets et vaut pour la durée de la convention. Les kinésithérapeutes conventionnés au 31 décembre 2016 sont, sauf manifestation contraire de leur volonté dans les trente jours suivant la date de l'envoi par le Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité de la présente convention, censés maintenir leur adhésion à cette dernière.

Art. 12 Pour l'application de l'article 49, § 5 de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994, le Comité de l'assurance doit constater si le quorum d'adhésions de 60% est atteint ou non. En vue de constater si le quorum visé ci-dessus est ou non atteint, le nombre de kinésithérapeutes auquel il faut rapporter le nombre de kinésithérapeutes ayant adhéré à la convention, est établi comme suit : nombre de kinésithérapeutes ayant un profil pour l'année comptable 2015 (20.771) augmenté du nombre de kinésithérapeutes qui ont obtenu un numéro INAMI en 2016 (1.571).

Bruxelles, le 27 février 2017.

Le Secrétaire du Comité de l'assurance,



H. De Ridder
Fonctionnaire dirigeant

Le Président du Comité de l'assurance,



J. Verstraeten

