

M/20

**Institut national d'assurance
maladie-invalidité**

Service des soins de santé

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

**CONVENTION
ENTRE LES KINESITHERAPEUTES ET LES ORGANISMES ASSUREURS**

Lors de la réunion de la Commission de conventions entre les kinésithérapeutes et les organismes assureurs du 10 décembre 2019, sous la Présidence de Monsieur Patrick Verliefde, délégué à cette fin par Monsieur Mickaël DAUBIE, fonctionnaire dirigeant, il a été convenu ce qui suit entre :

d'une part,

les organismes assureurs,

et d'autre part,

- AXXON, Physical Therapy in Belgium

PREAMBULE

La Commission poursuit ses efforts pour, qu'à terme, la valeur des prestations M24 soit portée à 25 euros. Dans cette convention des pas concrets sont apportés à ce niveau par une revalorisation des prestations pour les pathologies « Fb » et les « pathologies lourdes », tant en ce qui concerne les M24 que les prestations de plus longue durée.

En outre, l'accord contient de nouveau des dispositions sur la promotion de la qualité.

En ce qui concerne la poursuite des mesures de la convention M/18 et de son avenant, des initiatives concrètes seront prises pour :

- Charger le Conseil technique de la kinésithérapie de poursuivre les travaux, en collaboration avec le CIN, pour arriver, au plus tard le 1er juillet 2021 à une digitalisation étendue des interactions entre le secteur de la kinésithérapie et les organismes assureurs.
- Poursuivre, dans le cadre de la concordance et de la continuité entre les nomenclatures M et K, les travaux afin que la Commission de conventions soumette au cours de cette convention au Comité de l'assurance, sur base d'un projet du conseil technique de kinésithérapie, un projet pilote dans lequel les patients recevront un traitement monodisciplinaire intensif continu en ambulatoire après un traitement multidisciplinaire à l'hôpital.

- La Commission de conventions demande au Conseil technique de poursuivre ses travaux afin de soumettre au Comité de l'assurance, un « proof of concept » dans lequel des unités de temps sont définies en fonction des besoins en soins des patients et peut être mis en œuvre à partir du 1er janvier 2021. Ce « proof of concept » s'inscrit dans le cadre d'un projet art. 56 (INAMI).
- La Commission de conventions examinera les résultats du projet pilote en cours concernant la prise en charge kinésithérapeutique evidence based de la claudication.

En outre, en 2020 de nouvelles mesures sont aussi préparées :

- Conformément aux dispositions de l'article 4 §1^{er}, dernier alinéa de la présente convention, la Commission de conventions chargera le Conseil technique de la kinésithérapie d'étudier la possibilité d'élaborer une adaptation de la nomenclature en vue de décrire quels dispositifs et produits ne font pas partie des honoraires des séances de kinésithérapie visées au § 16 de la nomenclature et qui, de ce fait, peuvent faire l'objet d'une dérogation non remboursable conformément aux modalités prévues à l'article 5, §2 de cette Convention. Il serait utile de distinguer ce qui peut ou non faire l'objet d'un « montant d'utilisation » réclamé par le kinésithérapeute conventionné (matériel non-réutilisable, à usage unique...).
- La Commission de conventions demande au Conseil technique d'examiner la possibilité d'introduire une "prestation d'éducation" spécifique.
- La Commission de conventions s'engage à proposer au Comité de l'assurance un projet pilote via l'art. 56 (INAMI) selon la mise en œuvre des recommandations de la directive clinique sur la lombalgie (directive KCE 287), dans le but de prévenir la chronicité via l'approche kinésithérapeutique, projet pilote devant être entièrement décrit en 2020 pour démarrer en janvier 2021.
- La Commission de conventions étudiera l'impact des remboursements indifférenciés (depuis l'entrée en vigueur des tickets modérateurs fixes) entre les 60 premières séances de traitement en liste « Fb » et les séances « de 61 à 80 », ainsi que la réaffectation éventuelle des moyens disponibles.
- La Commission de conventions élaborera en 2020 une méthodologie pour identifier et estimer les gains d'efficacité résultant des mesures passées et, si possible, de les réinvestir dans le secteur.

* * * * *

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. §1^{er}. 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.

§ 2. Conformément à l'arrêté royal du 8 décembre 1997 fixant les modalités d'application pour l'indexation des prestations dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé, la valeur du facteur de multiplication M peut être adaptée à partir du 1^{er} janvier de chaque année à l'évolution de la valeur de l'indice santé visé à l'article 1^{er} dudit arrêté royal, entre le 30 juin de la pénultième année et le 30 juin de l'année précédente. Pour ce faire, la Commission de conventions constate qu'il existe une marge budgétaire suffisante par le même quorum de votes que celui qui est nécessaire à la conclusion d'une convention.

Art. 3. La Commission de conventions adopte les mesures suivantes :

§1. Par une adaptation de la valeur du facteur de multiplication M (voir §4) les honoraires des prestations 560755, 560873, 560991, 561212, 561304, 562413, 562435, 562450, 564476, 561116 et 562472 (prestations M48 de la rubrique « pathologies lourdes ») sont portés à 45 euros.

Par une adaptation de la valeur du facteur de multiplication M (voir §4) les honoraires des prestations 562332, 562354, 562376 et 562391 (prestations M36 de la rubrique « pathologies lourdes ») sont portés à 37,50 euros.

Par une adaptation de la valeur du facteur de multiplication M (voir §4) les honoraires des prestations 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639752, 639833, 639774 et 639785 (prestations M36 de la rubrique « pathologies Fb ») sont portés à 37,50 euros.

§2. Par une adaptation de la valeur du facteur de multiplication M (voir §4) les honoraires des prestations 560652, 560770, 560895, 561245, 561315, 561326 et 561013 (prestations M24 de la rubrique « pathologies lourdes ») sont portés à 25 euros.

Par une adaptation de la valeur du facteur de multiplication M (voir §4) les honoraires des prestations 563614, 563710, 563813, 564174, 564185 et 563916 (prestations M24 de la rubrique « pathologies Fb») sont portés à 25 euros.

La Commission de conventions demande au Conseil technique de la kinésithérapie d'élaborer une adaptation de la nomenclature pour que au moyen de nouveaux codes de nomenclature, un groupe de prestation en début de traitement sur base annuelle puisse être identifié de manière à ce que d'éventuelles mesures de remboursement différenciées puissent être définies à partir du 1^{er} janvier 2021.

§ 3 Prime pour la promotion de la qualité

En attente de l'arrêté royal concerné, le kinésithérapeute qui répond aux conditions de demande et qui satisfait, au 29.2.2020, sur la plateforme PE-online pour l'année 2019 aux critères de qualité, reçoit une prime de 2.000 €, qu'il soit conventionné ou non.

Le kinésithérapeute qui répond aux conditions de demande et qui satisfait, au 28.2.2021, sur la plateforme PE-online pour l'année 2020 aux critères de qualité, reçoit également une prime de 2.000 €, qu'il soit conventionné ou non.

A partir du 1^{er} janvier 2020, un certain nombre de tâches qui seront reprises dans l'arrêté royal précité seront confiées à la Commission de conventions. Ces tâches sont :

La Commission de conventions kinésithérapeutes – organismes assureurs peut formuler des recommandations de bonne pratique dans le cadre du système de promotion de la qualité. Elle peut également proposer des changements de critères pour le cycle suivant le cycle en cours. A cette fin, elle peut demander l'avis d'experts.

Pro-q-kiné propose son programme de gestion du système de promotion de la qualité à la Commission de conventions susmentionnée pour approbation.

En outre, elle lui remet, pour information, un rapport annuel détaillé sur l'ensemble de ses activités et en particulier sur les kinésithérapeutes qu'elle a agréés.

Une liste des formations continues reconnues et le suivi des recommandations que la Commission de conventions a formulées en application de ce qui précède sont également fournis.

Ce rapport sera également soumis à l'approbation du Comité de l'assurance.

§ 4. 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, 560501, 560733, 560851, 560976, 561595, 561610, 561632, 561702, 563010, 563091, 563113, 563194, 563216, 563290, 563695, 563791, 563894, 564211, 564270, 564292, 564314, 564701;
- 0,920270 pour les prestations 564756, 564793, 564830, 564874, 564911, 564955 ;
- 0,602500 pour les prestations 560523, 561260 ;
- 0,451250 pour les prestations 560055, 560151, 560254, 563054, 563150, 563253, 563651, 563754, 563850 ;
- 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, 561713, 561724, 563570, 563581;
- 0,410000 pour les prestations 560453, 560615, 564410 ;
- 0,612500 pour les prestations 561551, 561562 ;
- 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, 639575, 639601, 639612, 639623, 639634, 639811 ;
- 0,885247 pour les prestations 560711, 560836, 560954, 561072, 563076, 563172, 563275, 563371, 563673, 563776, 563872, 563975, 564771, 564815, 564852, 564896, 564933, 564970;
- 1,041667 pour les prestations 560652, 560770, 560895, 561013, 561245, 561315, 561326, 562332, 562354, 562376, 562391, 563614, 563710, 563813, 563916, 564174, 564185, 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639752, 639774, 639785, 639833 ;
- 0,937500 pour les prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 561304, 562413, 562435, 562450, 562472, 564476 ;

- 0,805209 pour les prestations 639332, 639354, 639376, 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 ;
- 0,984583 pour les prestations 560313, 560394, 561094, 561654, 563312, 563393, 563990, 564336 ;
- 0,508333 pour les prestations 560350, 563356, 563953 ;
- 0,759896 pour la prestation 639553 ;
- 0,833750 pour la prestation 639391.

Indépendamment des valeurs de la lettre clef M ci-dessus, à partir de la date de leur introduction dans la nomenclature, la valeur de la lettre clef est adaptée pour les prestations mentionnées au paragraphe 11 bis afin qu'un honoraire de 25 euros soit fixé pour les prestations 566016, 566053, 566075, 566112, 566134, 566171, 566193, 566230, 566252, 566296, 566344, 566392, 566403 et 566355 et un honoraire de 30,65 euros pour les prestations 566031, 566090, 566156, 566215, 566274, 566311 et 566370.

§5 En attente de l'intégration des indemnités de déplacement dans l'article 7 de la nomenclature des prestations de santé, les honoraires des prestations effectuées au domicile du patient peuvent être majorés à partir du 1^{er} janvier 2020 à maximum 1,13 euros, sauf la prestation 564211 pour laquelle l'indemnité est de maximum 1,31 euros au moyen des indemnités mentionnées ci-dessous. Cette indemnité n'est pas d'application pour les prestations « rapport écrit » et la « deuxième séance journalière ». Cette indemnité couvre forfaitairement les coûts de déplacement du kinésithérapeute.

Pour les prestations effectuées au domicile du patient : 560313, 560350 et 560394 mentionnées au §1^{er}, 1^o, II, et 561654 mentionnée au §1^{er}, 4^o cette indemnité sera, dans chaque cas, attestée au moyen du pseudocode 639170. L'indemnité pour ces prestations n'est pas remboursée par l'assurance soins de santé et indemnités.

Pour les prestations 566193 et 566230 effectuées au domicile du patient reprises au §1^{er}, 9^o, II, cette indemnité sera attestée au moyen du pseudocode 639273 L'indemnité pour ces prestations est remboursée à 60% pour les patients à titre préférentiel et 15% pour les patients à titre non-préférentiel.

Pour les prestations 561013, 561094, 561116, 639391, 639553 et 562391, effectuées au domicile du patient, reprises au §1^{er}, 2, II, ° cette indemnité est attestée au moyen du pseudocode 639133. 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. L'indemnité pour ces prestations est remboursée à 60% pour les patients à titre préférentiel et 15% pour les patients à titre non-préférentiel.

Pour les prestations 563312, 563356 et 563393, effectuées au domicile du patient, reprises au §1^{er}, 5^o, II, cette indemnité sera attestée au moyen du pseudocode 639192 L'indemnité pour ces prestations est remboursée à 60% pour les patients à titre préférentiel et 15% pour les patients à titre non-préférentiel.

Pour les prestations 563916, 564336, 563953, 563990 et 639715, effectuées au domicile du patient, reprises au §1^{er}, 6^o, II, cette indemnité sera attestée au moyen du pseudocode 639155. L'indemnité pour ces prestations est remboursée à 60% pour les patients à titre préférentiel et 15% pour les patients à titre non-préférentiel.

Pour la prestation 564211, effectuée au domicile du patient, reprise au § 1^{er}, 7^o cette indemnité sera attestée au moyen du pseudocode 639111. L'indemnité pour cette prestation est remboursée intégralement.

Dans tous les cas, le pseudocode 639111, 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.

Cette indemnité peut être attestée par le kinésithérapeute, qu'il ait adhéré ou non à la convention nationale.

§ 6. Dans l'attente de l'intégration, prévu pour le 01/01/2021, de « l'indemnité pour les premières prestations de soins » pour les pathologies "courantes" et "Fa" dans l'article 7 de la nomenclature, cette indemnité à partir du 1er janvier 2020.

Une indemnité peut être attestée pour les prestations suivantes, ici nommées « prestations de base » : 560011, 560114, 560210, 560313, 560501, 560534-560545, 563010, 563113, 563216, 563312, 563570-563581.

Cette indemnité est attestée via les pseudocodes suivants :

Pathologies « courantes »

Pseudocode de l'indemnité	Montant	Indemnité pour revaloriser :
562671	2,74 EUR	Par prestation, de la 1 ^{ère} à la 9 ^{ème} prestation de 560011, 560114, 560210 ou 560313.
562682	2,74 EUR	Par prestation, de la 1 ^{ère} à la 9 ^{ème} prestation de 560501
562693-562704	7,66 EUR	Par prestation, de la 1 ^{ère} à la 9 ^{ème} prestation de 560534-560545

Pathologie de la « liste Fa »

Pseudocode de l'indemnité	Montant	Indemnité pour revaloriser :
562715	2,74 EUR	Par prestation, de la 1 ^{ère} à la 20 ^{ème} prestation de 563010, 563113, 563216 ou 563312
562730-562741	7,66 EUR	Par prestation, de la 1 ^{ère} à la 20 ^{ème} prestation de 563570-563581

Dans tous les cas, le pseudocode de l'indemnité concernée doit être indiqué sur l'attestation de soins donnés, juste en dessous ou à côté de la prestation à laquelle vous liez l'indemnité.

L'indemnité est possible en début de traitement (de la 1^{ère} à la 9^{ème} séance comprise) pour les « pathologies courantes » et (de la première à la 20^{ème} prestation) pour les « pathologies Fa ».

On entend par « traitement » un ensemble de prestations concernant une seule pathologie. Le début du traitement est assimilé à la 1^{re} « prestation de base » d'un groupe de 18 « prestations de base » en pathologie courante ou à la 1^{re} « prestation de base » pendant la période de validité d'une pathologie Fa.

Durant une période donnée, une pathologie courante et une pathologie Fa peuvent être traitées avec des compteurs distincts pour « prestations de base » : un compteur « pathologie courante » et un compteur « pathologie Fa » . Pour l'indemnité, également, des compteurs séparés sont utilisés. En d'autres termes, le nombre d'indemnités prises en compte dans une certaine période pour une pathologie courante n'a pas d'influence sur le nombre d'indemnités qui peuvent être prises en compte pour une pathologie Fa et vice versa.

Pour les prestations ambulatoires de base pour les pathologies courantes, les indemnités sont possibles par bloc de 18 séances. Un accord du médecin conseil pour attester une nouvelle série de 18 « prestations de base » en cas de nouvelle situation pathologique (art 7, §10) entraîne une série possible complémentaire de 9 indemnités attestables. Etant donné que par année calendrier, au maximum 2 séries complémentaires de prestations de base peuvent être accordées, le montant maximum d'indemnités pour les prestations courantes s'élève à 27 par année calendrier.

Dû aux modalités particulières d'attestation du traitement pour les patients hospitalisés dans le cadre des pathologies courantes, entre autre qu'il n'y a pas de limitation à 18 « prestations de base » par année, pour cette situation une réglementation à part est d'application : sur base annuelle par patient, la prestation de base 560501 peut être augmentée maximum 9 fois par une indemnité.

Pour les affections « Fa », le nombre de prestations de base est pris en compte par année de traitement. Si, pendant cette année « de traitement », une nouvelle situation Fa apparaît, après accord du médecin conseil, une nouvelle Fa commence par laquelle la précédente est clôturée. Le nombre d'indemnités qui ont été attestées pour la première Fa n'influe pas sur le nombre d'indemnités qui peuvent être attestées dans la nouvelle Fa.

Il y a un maximum de 9 indemnités possible par traitement ambulatoire par situation pathologique en pathologies courantes. Si, pour un traitement, moins de 9 indemnités sont attestées, pour la nouvelle situation pathologique le nombre d'indemnités n'est pas augmenté du nombre éventuel d'indemnités non attestées pour le traitement précédent.

Un maximum de 20 indemnités est possible par traitement ambulatoire et par situation pathologique pour les pathologies "Fa". Si dans un traitement, moins de 20 indemnités sont attestées lors d'une nouvelle situation pathologique, le nombre d'indemnités attestables n'est pas augmenté du nombre éventuel d'indemnités provenant de traitements antérieurs qui n'a pas été attesté.

Pour une situation Fa nécessitant une rééducation uro-, gynéco-, colo- ou proctologique (art 7., §14, 5°, A, h), les d'indemnités ne peuvent pas être attestées étant donné le fait que le traitement en pathologie Fa peut uniquement être commencé après 18 séances de base en « pathologie courante ». Ce traitement est donc considéré comme étant initié au sein des pathologies « courantes ».

Lorsque cette indemnité est prise en compte, le patient doit être informé avant de commencer le traitement.

Cette indemnité peut être attestée par le kinésithérapeute, qu'il ait adhéré ou non à la convention nationale.

§7. En attente de leur intégration, prévu pour le 01/01/2021, dans l'article 7 de la nomenclature des prestations de santé l'indemnité pour démarrage d'un dossier est maintenue dans la présente convention à partir du 1^{er} janvier 2020.

L'indemnité s'élève à 6,00 euro pour les prestations 560011, 560114, 560210, 560313 et 560501. L'indemnité pour ces prestations est attestée au moyen du pseudocode 639855 (ambulant) – 639866 (hospitalisé).

L'indemnité s'élève à 3,57 euro pour les prestations 560416, 564395 et 560571. L'indemnité pour ces prestations est attestée au moyen du pseudocode 639892.

L'indemnité s'élève à 4,67 euro pour la prestation 560534- 560545. L'indemnité pour cette prestation est attestée au moyen du pseudocode 639870 (ambulant) – 639881 (hospitalisé).

Les honoraires de la première séance de traitement dans le cadre de l'article 7, §1, 1° (pathologie courantes) de la nomenclature peuvent être augmentés d'une indemnité pour le démarrage d'un dossier kinésithérapeutique élaboré (« ouverture de dossier »).

Cette indemnité couvre forfaitairement le screening et l'examen kinésithérapeutique au début du traitement. Dans ce cadre, un bilan de départ et un plan de traitement avec objectifs du traitement est rédigé, en tenant compte des standards et recommandations (inter)nationaux et evidence based practice. Ces éléments (bilan de départ, plan de traitement et objectifs du traitement) doivent être inclus dans le dossier kinésithérapeutique.

Par « première séance de traitement », il faut entendre la première séance kinésithérapeutique individuelle dans la cadre des « pathologies courantes » de la première nouvelle situation pathologique

qui démarre après le 31 décembre 2019. Par « nouvelle situation pathologique », il faut entendre une situation apparue postérieurement à la mise en route du traitement de kinésithérapie qui soit indépendante de la situation pathologique initiale.

L'indemnité est intégralement remboursée par l'assurance soins de santé.

Par patient, maximum une indemnité par année civile peut être attestée. Le kinésithérapeute atteste le cas échéant l'indemnité au moyen des pseudocodes mentionnés ci-dessus.

Dans tous les cas, le pseudocode attesté doit figurer sur l'attestation de soins données juste en dessous ou à côté de la prestation pour laquelle l'indemnité a été réclamée.

En cas de perception de cette indemnité, le dispensateur en informe le bénéficiaire avant le commencement du traitement.

Cette indemnité peut être attestée par le kinésithérapeute, qu'il ait adhéré ou non à la convention nationale.

Art. 4. § 1er. 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.

Sauf disposition contraire prévue dans la présente convention, le kinésithérapeute qui adhère à la présente convention, ne peut exiger des suppléments d'honoraires pour les prestations remboursables reprises dans la nomenclature des prestations de santé de l'assurance soins de santé obligatoire.

Ne sont pas des suppléments d'honoraires au sens de cet alinéa, les montants d'honoraires correspondant à des prestations non-remboursables de kinésithérapie effectuées sur prescription médicale et non reprises dans la nomenclature précitée.

Il est demandé au Conseil technique de la kinésithérapie de développer à une définition concernant ce qu'est une prestation remboursable et non-remboursable et de distinguer ce qui peut ou non faire l'objet d'un «remboursement d'utilisation» réclamé par le kinésithérapeute conventionné (matériel non-réutilisable, à usage unique...).

§ 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.

§3. L'arrondi obligatoire du montant qu'un patient paie en espèces n'affecte pas le respect des dispositions de la présente convention (principalement les tarifs et la règle des 85% à l'art. 7) par les kinésithérapeutes qui ont adhéré, à condition que l'arrondi soit effectué conformément aux règles en vigueur.

Art. 5. § 1er. Le kinésithérapeute s'engage à afficher de façon clairement visible dans la salle d'attente et le cas échéant sur son site web son statut de conventionnement. Le kinésithérapeute s'engage à informer le bénéficiaire, avant le début du traitement sur la signification et les conséquences de cela. De même, le kinésithérapeute s'engage à informer le bénéficiaire sur les conséquences et limitations prévues à l'article 7, §§ 10, 12, 13 et 14 de la nomenclature des soins de santé.

En cas de litige, la charge de la preuve que l'information est donnée incombe au dispensateur.

§ 2. 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.

La Commission de conventions s'engage à l'élaboration d'un formulaire standard de document justificatif.

Art. 6. 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. 7. 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. 8. Les organismes assureurs rassemblent, d'une manière établie par la Commission de convention, du matériel chiffré sur un rapport possible entre la non-perception systématique de l'intervention personnelle et une moyenne importante de prestations par bénéficiaire.

Les organismes assureurs transmettent au plus tard fin octobre 2021 ces données, concernant l'année 2020, de manière anonymisée à la Commission de conventions. La Commission de convention détermine ensuite à partir de quel point les kinésithérapeutes individuels sont sélectionnés pour être contrôlés par les organismes assureurs dans le cadre d'une procédure contradictoire quant au respect de leurs engagements, notamment ceux repris à l'article 8.

En adhérant à la présente convention, le kinésithérapeute déclare reconnaître l'exactitude de ce matériel chiffré jusqu'à preuve du contraire, à fournir par lui.

Les organismes assureurs feront, le plus vite possible, rapport à la Commission de conventions du résultat de ce contrôle. À l'occasion de ces rapports, les organismes assureurs fournissent toutes les informations mises à disposition au cours de l'année écoulée et qui peuvent être utiles pour mieux maîtriser la problématique de la non-attestation de la quote-part personnelle.

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. § 1er. 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 4. 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 § 1er 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 ni par une des parties ayant conclu la convention, ni par le dispensateur individuel qui y adhère pour dénoncer cette convention ou cette adhésion.

Art. 11. La convention est conclue pour les années 2020 et 2021. 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 2019 sont supposés maintenir leur adhésion à cette convention, sauf manifestation contraire de leur volonté exprimée en utilisant l'application électronique sécurisée MyINAMI dans les trente jours suivant la publication de la présente convention au Moniteur belge.

Toutefois, elle peut être dénoncée avant le 15 décembre 2020:

a) Par une des parties à la convention si elle constate - preuves à l'appui – que :

- La Commission de conventions n'a pas mise au point une méthodologie pour identifier et estimer les gains d'efficacité résultant des mesures passées et les résultats obtenus n'ont pas été pris en compte dans le cadre de l'objectif budgétaire partiel 2021 ;
- Le 1^{er} janvier 2021 un projet pilote pour un nouveau concept de nomenclature basé sur les 'time units' ne peut pas démarrer ;
- La Commission de conventions n'a pas élaboré de proposition concernant le second volet des avantages sociaux INAMI ;
- La possibilité de mesurer l'activité des kinésithérapeutes ayant un profil INAMI en fonction du lieu de prestation et quel que soit le statut professionnel n'est pas examinée ;
- Un travail insuffisant est fait pour une digitalisation plus poussée des interactions entre le secteur de la kinésithérapie et les organismes assureurs ;
- Un projet pilote via l'art. 56 (INAMI) n'est pas proposé au Comité de l'assurance concernant la mise en œuvre des recommandations de la directive clinique sur la lombalgie (directive KCE 287), dans le but de prévenir la chronicité via l'approche kinésithérapeutique ;
- Aucun projet pilote via l'art. 56 (INAMI) n'est proposé au Comité de l'assurance pour donner aux patients, après un traitement multidisciplinaire à l'hôpital, un traitement monodisciplinaire intensif continu en ambulatoire.

Cette dénonciation doit être faite avant le 15 décembre 2020, par lettre recommandée, adressée au Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, à l'attention du Président de la Commission, par les trois quarts au moins des membres des organisations professionnelles représentées à la Commission de conventions ou trois quart des membres représentants des organismes assureurs. Ces membres doivent être des membres effectifs et des membres suppléants qui les remplacent et ont voix délibérative. Cette dénonciation a pour effet de faire cesser la convention au 1^{er} janvier de l'année suivante.

b) Par prestataire individuel avant le 15 décembre 2020

En utilisant l' application électronique sécurisée MyINAMI, par tout kinésithérapeute ayant adhéré à la convention et dans ce cas, elle a pour effet de faire cesser l'adhésion de cette seule personne à partir du 1^{er} janvier qui suit cette dénonciation.

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 2018 (22.842) augmenté du nombre de kinésithérapeutes qui ont obtenu un numéro INAMI en 2019.

Fait à Bruxelles, le 10 décembre 2019

Pour les organismes assureurs,

Pour l'organisations professionnelle des
kinésithérapeutes,

K. DE KOEKELAERE

C. BRIART

A. ERRACHIDI

P. BRUYNOOGHE

F. MAROY

L. DIELEMAN

A. TIELENS

P. LAROCK

G. TROCH

S. PEETERS

M. VAN IMSCHOOT

D. VERLEYEN

V. VANRILLAER