

M/20

Rijksinstituut voor ziekte- en  
invaliditeitsverzekering

Dienst voor  
geneeskundige verzorging

---

Tervurenlaan 211,  
1150 Brussel  
☎ 02/739 71 11

<p style="text-align: center;"><b>OVEREENKOMST TUSSEN DE KINESITHERAPEUTEN EN DE VERZEKERINGSINSTELLINGEN</b></p>
---

Tijdens de vergadering van de Overeenkomstencommissie Kinesitherapeuten – Verzekeringsinstellingen van 10 december 2019, onder het voorzitterschap van de heer Patrick Verliefe, daartoe gedelegeerd door de heer Mickaël DAUBIE, leidend ambtenaar, is overeengekomen als volgt tussen:

enerzijds,

de verzekeringsinstellingen,

en anderzijds,

AXXON, Physical Therapy in Belgium

### VOORWOORD

De Commissie zet zijn inspanningen verder om op termijn de waarde van de M 24 verstrekkingen op 25 euro te brengen. In deze overeenkomst worden hiertoe concrete stappen gezet, door een herwaardering van verstrekkingen voor de “Fb”-pathologieën en de “zware aandoeningen”, zowel wat betreft de M 24 als de verstrekkingen met langere duur.

Daarnaast bevat de overeenkomst opnieuw bepalingen betreffende kwaliteitspromotie.

Inzake het voortzetten van de maatregelen van de overeenkomst M/18 en zijn wijzigingsclausule worden concrete initiatieven genomen :

- De Technische raad voor kinesitherapie wordt belast met het voortzetten van de werkzaamheden , in samenwerking met het NIC, om uiterlijk op 1 juli 2021 te komen tot een verregaande digitalisering van de interacties tussen de kinesitherapie-sector en de verzekeringsinstellingen.
- De werkzaamheden worden voortgezet opdat, in het kader van de overeenstemming en de continuïteit tussen de M- en K-nomenclaturen, de Overeenkomstencommissie in de loop van deze overeenkomst, op basis van een ontwerp van de Technische Raad voor kinesitherapie, een proefproject voorstelt aan het Verzekeringscomité waarin aan patiënten na een multidisciplinaire behandeling in het ziekenhuis een voortgezette ambulante intensieve monodisciplinaire behandeling wordt verleend.
- De Overeenkomstencommissie vraagt aan de Technische raad voor kinesitherapie de werkzaamheden voort te zetten om een proof of concept voor te stellen aan het

Verzekeringscomité waarin tijdseenheden in functie van de zorgnood van de patiënt worden gedefinieerd en dat vanaf 1 januari 2021 kan worden uitgerold. Deze proof of concept past binnen het kader van een art. 56 project (RIZIV).

- De Overeenkomstencommissie zal de resultaten onderzoeken van het lopende proefproject betreffende de evidence based kinesitherapeutische behandeling van claudicatio.

Daarnaast worden in 2020 ook nieuwe maatregelen voorbereid :

- Overeenkomstig wat wordt vermeld in artikel 4, §1, laatste lid van deze overeenkomst, zal de Overeenkomstencommissie de Technische raad voor kinesitherapie belasten met het onderzoeken van de mogelijkheid om een nomenclatuurwijziging uit te werken met het oog op het beschrijven van welke toestellen en producten geen deel uitmaken van de honoraria van de kinesitherapiezittingen zoals bedoeld in §16 van de nomenclatuur en die bijgevolg als niet-vergoedbare verstrekking kunnen worden geattesteerd volgens de modaliteiten beschreven in art. 5 § 2 van deze overeenkomst. Het is zinvol om te onderscheiden wat wel of niet het onderwerp kan zijn van een “verbruiksvergoeding” gevraagd door de geconventioneerde kinesitherapeut (niet-herbruikbaar materiaal, uniek gebruik,...).
- De Overeenkomstencommissie zal de Technische raad verzoeken de mogelijkheid te onderzoeken om een specifieke “educatieverstrekking” in te voeren.
- De Overeenkomstencommissie stelt een proefproject via Art. 56 (RIZIV) voor aan het Verzekeringscomité inzake het uitvoeren van de aanbevelingen van de klinische richtlijn rond lage rugpijn (KCE-richtlijn 287), met als doel via de kinesitherapeutische aanpak chroniciteit te voorkomen : dit proefproject wordt volledig uitgeschreven in 2020 om in januari 2021 van start te gaan.
- De Overeenkomstencommissie zal de impact onderzoeken van de niet-gedifferentieerde terugbetalingen (sinds de invoering van de vaste remgelden) tussen de eerste 60 behandelingszittingen in de “FB-lijst en de zittingen “61 tot 80”, evenals de mogelijke herallocatie van de beschikbare middelen.
- De Overeenkomstencommissie zal in 2020 een methodiek uitwerken om efficiëntiewinsten die voortvloeien uit maatregelen uit het verleden te identificeren en te ramen en waar mogelijk te herinvesteren in de sector.

\* \* \* \* \*

**Eerste artikel.** Deze overeenkomst omschrijft, wat de honoraria en hun betalingswijze betreft, de betrekkingen tussen de kinesitherapeuten en de rechthebbenden van de verzekering, zoals zij bepaald zijn bij de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994.

**Art. 2. §1** De honoraria zijn verschuldigd voor elke verstrekking, opgenomen in de nomenclatuur die door de Koning bij toepassing van artikel 35 van bovengenoemde wet is vastgesteld, op voorwaarde dat de kinesitherapeut die ze heeft verricht, de vereiste bekwaming bezit, overeenkomstig die nomenclatuur.

**§2** Overeenkomstig het koninklijk besluit van 8 december 1997 tot bepaling van de toepassingsmodaliteiten voor de indexering van de prestaties in de regeling van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, kan de waarde van de vermenigvuldigingsfactor M vanaf 1 januari van elk jaar worden aangepast aan de evolutie van de waarde van het in artikel 1 van dat koninklijk besluit bedoeld gezondheidsindexcijfer tussen 30 juni van het tweede jaar ervoor en 30 juni van het jaar ervoor. Daartoe constateert de Overeenkomstencommissie, met hetzelfde quorum als het quorum dat noodzakelijk is voor het sluiten van een overeenkomst, dat er een toereikende begrotingsmarge is.

**Art. 3** De Overeenkomstencommissie legt de volgende maatregelen vast:

**§1** Door een aanpassing van de waarde van de vermenigvuldigingsfactor M (zie §4 ) worden de honoraria voor de verstrekkingen 560755, 560873, 560991, 561212, 561304, 562413, 562435, 562450, 564476, 561116 en 562472 (M 48-verstrekkingen uit de rubriek “zware aandoeningen”) op 45 euro gebracht.

Door een aanpassing van de waarde van de vermenigvuldigingsfactor M (zie §4 ) worden de honoraria voor de verstrekkingen 562332, 562354, 562376 en 562391 (M 36- verstrekkingen uit de rubriek “zware aandoeningen”) op 37,50 euro gebracht.

Door een aanpassing van de waarde van de vermenigvuldigingsfactor M (zie §4 ) worden de honoraria voor de verstrekkingen 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639752, 639833, 639774 en 639785 (M 36-verstrekkingen uit de rubriek “Fb-aandoeningen”) op 37,50 euro gebracht.

**§2** Door een aanpassing van de waarde van de vermenigvuldigingsfactor M (zie §4 ) worden de honoraria voor de verstrekkingen 560652, 560770, 560895, 561245, 561315, 561326 en 561013 (M 24-verstrekkingen uit de rubriek “zware aandoeningen”) op 25 euro gebracht.

Door een aanpassing van de waarde van de vermenigvuldigingsfactor M (zie §4 ) worden de honoraria voor de verstrekkingen 563614, 563710, 563813, 564174, 564185 en 563916 (M 24-verstrekkingen uit de rubriek “Fb-aandoeningen”) op 25 euro gebracht.

De Overeenkomstencommissie vraagt aan de Technische Raad voor kinesitherapie een nomenclatuuraanpassing uit te werken opdat door middel van nieuwe nomenclatuurcodes een groep van verstrekkingen in het begin een behandeling op jaarbasis kan geïdentificeerd worden zodanig dat er eventuele gedifferentieerde tergbetalingsmodaliteiten kunnen worden vastgelegd vanaf 1 januari 2021.

**§3** Premie voor kwaliteitspromotie

In afwachting van het betrokken koninklijk besluit ontvangt de kinesitherapeut die de aanvraagvoorwaarden vervult en op 29.02.2020 op het PE-online platform voor het jaar 2019 heeft voldaan aan de kwaliteitscriteria, een premie van 2.000 €, ongeacht hij toegetreden is of niet.

De kinesitherapeut die de aanvraagvoorwaarden vervult en op 28.02.2021 op het PE-online platform voor het jaar 2020 heeft voldaan aan de kwaliteitscriteria, ontvangt eveneens een premie van 2.000 €, ongeacht hij toegetreden is of niet.

Vanaf 1 januari 2020 worden een aantal taken die in voormeld koninklijk besluit zullen worden opgenomen toevertrouwd aan de Overeenkomstencommissie. Deze taken zijn :

De Overeenkomstencommissie kinesitherapeuten verzekeringsinstellingen kan aanbevelingen van goede praktijkvoering formuleren in het kader van het kwaliteitspromotiesysteem.

Ze kan tevens wijzigingen van criteria voorstellen voor cycli navolgend op de lopende cyclus. Hiervoor kan ze het advies van experts opvragen.

Pro-q-kine stelt ter goedkeuring aan de bovengenoemde Overeenkomstencommissie zijn programma voor het beheren van het kwaliteitspromotiesysteem voor.

Daarnaast levert ze haar jaarlijks, ter informatie, een gedetailleerd verslag over het geheel van zijn werkzaamheden en in het bijzonder over de kinesitherapeuten die hij erkend heeft.

Ook wordt een lijst van de erkende navormingen bezorgd en de opvolging van de aanbevelingen van de overeenkomstencommissie welke deze heeft geformuleerd in uitvoering van bovenstaande. Dit verslag zal eveneens aan het Verzekeringscomité voor geneeskundige verzorging ter goedkeuring voorgelegd worden.

**§4** Vanaf de ingangsdatum van deze overeenkomst wordt de waarde van de vermenigvuldigingsfactor M vastgesteld op :

- 0,927692 voor de verstrekkingen 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 voor de verstrekkingen 564756, 564793, 564830, 564874, 564911, 564955 ;
- 0,602500 voor de verstrekkingen 560523, 561260 ;
- 0,451250 voor de verstrekkingen 560055, 560151, 560254, 563054, 563150, 563253, 563651, 563754, 563850 ;
- 0,826875 voor de verstrekkingen 560416, 560571, 561131, 561352, 561676, 563415, 563496, 564012, 564093, 564351, 564373, 564395, 564432, 564550, 564572, 564631, 564653 ;
- 0,912081 voor de verstrekkingen 561190, 563474, 564071, 564454, 564491, 564616, 561411, 563555, 564152 ;
- 0,456250 voor de verstrekkingen 563452, 563533, 564056, 564130, 564594, 564675 ;
- 0,722500 voor de verstrekkingen 560534, 560545, 561713, 561724, 563570, 563581 ;
- 0,410000 voor de verstrekkingen 560453, 560615, 564410 ;
- 0,612500 voor de verstrekkingen 561551, 561562 ;
- 0,639167 voor de verstrekkingen 561433, 561455, 561470, 561492, 561540 ;
- 0,510833 voor de verstrekkingen 561514, 564535, 561573 ;
- 1,063333 voor de verstrekking 564255 ;
- 0,745632 voor de verstrekkingen 639494, 639516, 639531, 639575, 639601, 639612, 639623, 639634, 639811 ;
- 0,885247 voor de verstrekkingen 560711, 560836, 560954, 561072, 563076, 563172, 563275, 563371, 563673, 563776, 563872, 563975, 564771, 564815, 564852, 564896, 564933, 564970 ;
- 1,041667 voor de verstrekkingen 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 voor de verstrekkingen 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 561304, 562413, 562435, 562450, 562472, 564476 ;

- 0,805209 voor de verstrekkingen 639332, 639354, 639376, 639413, 639446, 639450, 639461, 639472, 639796 ;
- 0,587500 voor de verstrekkingen 560696, 560814, 560932, 561050, 561282 ;
- 0,470000 voor de verstrekkingen 561175, 561396, 564513 ;
- 0,578333 voor de verstrekking 564233 ;
- 0,984583 voor de verstrekkingen 560313, 560394, 561094, 561654, 563312, 563393, 563990, 564336 ;
- 0,508333 voor de verstrekkingen 560350, 563356, 563953 ;
- 0,759896 voor de verstrekking 639553 ;
- 0,833750 voor de verstrekking 639391.

Onafhankelijk van de bovenstaande waarden van de sleutelletter M, wordt de waarde van de sleutelletter aangepast voor de verstrekkingen vermeld in §11bis zodat een honorarium van 25 euro wordt vastgelegd voor de verstrekkingen 566016, 566053, 566075, 566112, 566134, 566171, 566193, 566230, 566252, 566296, 566344, 566392, 566403 en 566355 en een honorarium van 30,65 euro voor de verstrekkingen 566031, 566090, 566156, 566215, 566274, 566311 en 566370.

**§5** In afwachting van de integratie van de verplaatsingstoelagen in artikel 7 van de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen mogen de honoraria voor verstrekkingen verricht bij de patiënt thuis vanaf 1 januari 2020 worden verhoogd met maximum 1,13 euro, behalve voor de verstrekking 564211 waarvoor de toeslag maximum 1,31 euro bedraagt, door middel van de onderstaande toeslagen. Deze toeslag is niet van toepassing voor de verstrekkingen “schriftelijke verslag” en de “tweede zitting van de dag”. Deze toeslag dekt forfaitair de kosten van de verplaatsing van de kinesitherapeut.

Voor de verstrekkingen verricht bij de patiënt thuis : 560313, 560350 en 560394 vermeld in § 1er, 1°, II, en 561654 vermeld in §1er, 4°, II, wordt deze toeslag geattesteerd middels de pseudocode 639170. De toeslag bij deze verstrekkingen wordt niet vergoed door de verzekering voor geneeskundige verzorging.

Voor de verstrekkingen 566193 en 566230 verricht bij de patiënt thuis, vermeld in §1, 9°, II, wordt deze toeslag geattesteerd middels de pseudocode 639273. De toeslag bij deze verstrekkingen wordt vergoed aan 60% voor de voorkeurgerechtigden en aan 15% voor de niet-voorkeurgerechtigden.

Voor de verstrekkingen 561013, 561094, 561116, 639391, 639553 en 562391 verricht bij de patiënt thuis, vermeld in §1, 2°, II, wordt deze toeslag geattesteerd middels de pseudocode 639133. Bij de verstrekking 562472, die ten minste twee verschillende periodes van behandeling moet inhouden, kan deze toeslag 2 maal op dezelfde dag worden geïnd en geattesteerd middels 2 maal de pseudocode 639133. De toeslag bij deze verstrekkingen wordt vergoed aan 60% voor de voorkeurgerechtigden en aan 15% voor de niet-voorkeurgerechtigden.

Voor de verstrekkingen 563312, 563356 en 563393 verricht bij de patiënt thuis, vermeld in §1, 5°, II, wordt deze toeslag geattesteerd middels de pseudocode 639192. De toeslag bij deze verstrekkingen wordt vergoed aan 60% voor de voorkeurgerechtigden en aan 15% voor de niet-voorkeurgerechtigden.

Voor de verstrekkingen 563916, 564336, 563953, 563990 en 639715 verricht bij de patiënt thuis, vermeld in §1, 6°, II wordt deze toeslag geattesteerd middels de pseudocode 639155. De toeslag bij deze verstrekkingen wordt vergoed aan 60% voor de voorkeurgerechtigden en aan 15% voor de niet-voorkeurgerechtigden.

Voor de verstrekking 564211 verricht bij de patiënt thuis, vermeld in §1, 7° wordt deze toeslag geattesteerd middels de pseudocode 639111. De toeslag bij deze verstrekking wordt volledig vergoed.

In alle gevallen moet de pseudocode 639111, 639133, 639155, 639170 of 639192 worden vermeld op het getuigschrift voor verstrekte hulp onder elke verstrekking waarbij deze toeslag is gevorderd.

Als deze toeslag wordt geïnd, informeert de zorgverlener de rechthebbende hiervan vóór het begin van de behandeling.

Deze toeslag kan worden aangerekend door een kinesitherapeut, ongeacht of hij al dan niet is toegetreden tot de nationale overeenkomst.

**§6** In afwachting van de integratie, gepland op 01/01/2021, van de “toeslag voor de eerste behandelingsverstrekkingen” voor “courante” en “Fa”-aandoeningen in artikel 7 van de nomenclatuur wordt die toeslag behouden vanaf 1 januari 2020.

Deze toeslag is mogelijk bij de volgende verstrekkingen, hierna “basisverstrekkingen” genoemd: 560011, 560114, 560210, 560313, 560501, 560534-560545, 563010, 563113, 563216, 563312, 563570-563581.

Die toeslag wordt geattesteerd via de volgende pseudocodes:

#### “Courante” aandoeningen

Pseudocode van de toeslag	Bedrag	Toeslag bij:
562671	2,74 EUR	Per verstrekking, de eerste tot en met 9 <sup>e</sup> verstrekking van 560011, 560114, 560210 of 560313
562682	2,74 EUR	Per verstrekking, de eerste tot en met 9 <sup>e</sup> verstrekking van 560501
562693-562704	7,66 EUR	Per verstrekking, de eerste tot en met 9 <sup>e</sup> verstrekking van 560534-560545

#### Aandoening van de “Fa-lijst”

Pseudocode van de toeslag	Bedrag	Toeslag bij:
562715	2,74 EUR	Per verstrekking, de eerste tot en met 20 <sup>e</sup> verstrekking van 563010, 563113, 563216 of 563312
562730 - 562741	7,66 EUR	Per verstrekking, de eerste tot en met 20 <sup>e</sup> verstrekking van 563570-563581

De pseudocode van de aangerekende toeslag moet in alle gevallen worden vermeld op het getuigschrift voor verstrekte hulp, vlak onder of naast de verstrekking waaraan die toeslag is gekoppeld.

De toeslag is mogelijk in het begin van de behandeling (1 tot en met 9de zitting) bij “courante aandoeningen” en (1<sup>ste</sup> tot en met de 20<sup>ste</sup> zitting) bij de “Fa-aandoeningen”.

Met "behandeling" bedoelen we een reeks verstrekkingen bedoeld voor een enkele aandoening. De start van de behandeling is gekoppeld aan de eerste basisverstrekking van een groep van 18 “basisverstrekkingen” in de courante aandoeningen of aan de eerste “basisverstrekking” binnen een validiteitsperiode van een Fa-aandoeningen.

In een bepaalde periode kunnen een courante aandoening en een Fa-aandoening worden behandeld met aparte tellers voor de “basisverstrekkingen”. Ook voor de toeslagen worden aparte tellers gehanteerd, met andere woorden het aantal toeslagen aangerekend in een bepaalde periode voor een courante aandoening heeft geen invloed op het aantal toeslagen dat kan worden aangerekend voor de Fa-aandoening en vice versa.

Voor de ambulante basisverstrekkingen bij de courante aandoeningen zijn de toeslagen mogelijk per blok van 18 zittingen. Een toestemming van de adviserend arts om een bijkomende reeks van 18 “basisverstrekkingen” te attesteren bij nieuwe pathologische situaties (art.7 §10) leidt tot een bijkomende reeks van 9 mogelijks attesteerbare toeslagen. Aangezien per kalenderjaar er maximaal 2 bijkomende reeksen van basisverstrekkingen kunnen worden goedgekeurd bedraagt het maximaal aantal toeslagen per kalenderjaar bij courante aandoeningen 27.



Door de specifieke modaliteiten van de attestering van de behandeling van gehospitaliseerde patiënten in het kader van de courante aandoeningen, o.a. geen beperking tot 18 “basisverstrekkingen” per jaar, geldt voor die situatie een aparte regeling: op jaarbasis kan per patiënt de basisverstrekking 560501 maximaal 9 keer verhoogd worden met een toeslag.

Bij de “Fa” –aandoeningen wordt het aantal basisverstrekkingen bekeken per behandeljaar. Als tijdens dat “behandeljaar” een nieuwe Fa ontstaat, kan na een aanvraag, goedgekeurd door de adviserend arts, een nieuwe Fa worden opgestart waarbij de vorige wordt afgesloten. Het aantal toeslagen dat binnen de eerste Fa werd geattesteerd heeft geen invloed op het aantal toeslagen dat binnen de nieuwe Fa mag worden geattesteerd.

Er zijn maximaal 9 toeslagen mogelijk per ambulante behandeling per pathologische situatie bij de courante aandoeningen. Indien in een behandeling minder dan 9 toeslagen zijn geattesteerd wordt bij een nieuwe pathologische situatie het aantal attesteerbare toeslagen niet verhoogd met het aantal eventueel niet-geattesteerde toeslagen van vorige behandelingen.

Er zijn maximaal 20 toeslagen mogelijk per ambulante behandeling per pathologische situatie bij de “Fa”-aandoeningen. Indien in een behandeling minder dan 20 toeslagen zijn geattesteerd wordt bij een nieuwe pathologische situatie het aantal attesteerbare toeslagen niet verhoogd met het aantal eventueel niet-geattesteerde toeslagen van vorige behandelingen.

Bij de Fa-situatie die een uro-, gynaeco-, colo- of proctologische revalidatie (art. 7, §14, 5°, A, h) vereist, kunnen geen toeslagen worden geattesteerd aangezien die behandeling pas wordt opgestart binnen de Fa-aandoening na 18 basisverstrekkingen in de “courante aandoeningen”. Die behandeling wordt dus beschouwd als zijnde gestart binnen de “courante” aandoeningen.

Als de toeslag wordt aangerekend, dan informeert de zorgverlener de patiënt hierover voor het begin van de behandeling.”.

Deze toeslag kan worden aangerekend door een kinesitherapeut, ongeacht of hij al dan niet is toegetreden tot de nationale overeenkomst.

**§7** In afwachting van zijn integratie, gepland op 01/01/2021, in artikel 7 van de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen wordt de toeslag voor het opstarten van een uitgebreid kinesitherapiedossier behouden in de huidige overeenkomst vanaf 1 januari 2020.

De toeslag bedraagt 6,00 euro voor de verstrekkingen 560011, 560114, 560210, 560313 en 560501. De toeslag voor deze verstrekkingen wordt aangerekend met de pseudocode 639855 (ambulant) - 639866 (gehospitaliseerd).

De toeslag bedraagt 3,57 euro voor de verstrekkingen 560416, 564395 en 560571. De toeslag voor deze verstrekkingen wordt aangerekend met de pseudocode 639892.

De toeslag bedraagt 4,67 euro voor de verstrekking 560534-560545. De toeslag voor deze verstrekking wordt aangerekend met de pseudocode 639870 (ambulant) - 639881 (gehospitaliseerd).

De honoraria voor de eerste behandelingszitting in het kader van art. 7, §1, 1° (“courante aandoeningen”) van de nomenclatuur mogen verhoogd worden met een toeslag voor het opstarten van een uitgebreid kinesitherapiedossier (“dossieropstart”).

Die toeslag dekt forfaitair de uit te voeren screening en het kinesitherapeutisch onderzoek bij de aanvang van de behandeling. Daarbij wordt een beginbilan en behandelplan met behandeldoelen opgesteld, rekening houdende met (inter)nationale standaarden en aanbevelingen en evidence based practice. Deze elementen (beginbilan, behandelplan en behandeldoelen) moeten opgenomen worden in het kinesitherapeutisch dossier.

Als “eerste behandelingszitting” wordt bedoeld de eerste individuele kinesitherapiezitting in het kader van de “courante” aandoeningen van de eerste nieuwe pathologische situatie die start na 31 december 2019. Met “nieuwe pathologische situatie” wordt verstaan een situatie die optreedt na het begin van de kinesitherapeutische behandeling, die losstaat van de oorspronkelijke

pathologische situatie.

De toeslag wordt volledig vergoed door de verzekering voor geneeskundige verzorging.

Per patiënt kan per kalenderjaar maximum 1 toeslag worden aangerekend. De kinesitherapeut attesteert in voorkomend geval de toeslag middels de hierboven vermelde pseudocodes.

In alle gevallen moet de aangerekende pseudocode op het getuigschrift voor verstrekte hulp worden vermeld vlak onder of naast de verstrekking waarbij die toeslag is gevorderd.

Als die toeslag wordt geïnd, informeert de zorgverlener de rechthebbende vóór het begin van de behandeling.

Deze toeslag kan worden aangerekend door een kinesitherapeut, ongeacht of hij al dan niet is toegetreden tot de nationale overeenkomst.

**Art. 4. § 1.** De kinesitherapeut die toetreedt tot deze overeenkomst, verbindt zich ertoe de in artikel 3 vastgestelde hoegrootheden van de honoraria voor de verstrekkingen, waarin is voorzien in artikel 7 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, in acht te nemen, behalve voor de verstrekkingen nummers 560055, 560151, 560254, 560350, 560453, 560615, 563054, 563651, 563150, 563754, 563253, 563850, 563356, 563953, 563452, 564056, 563533, 564130, 564410, 564594, 564675 waarvoor hij van bedoelde honorariumbedragen mag afwijken zonder evenwel het bedrag van de honoraria voorzien voor de zittingen onderworpen aan de beperkingen in §§ 10 en 14 van artikel 7 van de nomenclatuur te overschrijden (560011, 560114, 560210, 560313, 560416, 560534, 560571, 563010, 563113, 563216, 563312, 563415, 563496, 563570, 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, 564093, 564174, 564395, 564572, 564631).

In geval van wijziging van de nomenclatuur zal de Overeenkomstencommissie de lijst opstellen van de verstrekkingen in de nieuwe nomenclatuur die overeenstemmen met de verstrekkingen in de lijst vermeld in de vorige zin. Deze nieuwe lijst wordt goedgekeurd met hetzelfde quorum als het quorum dat noodzakelijk is voor het sluiten van een overeenkomst.

Behoudens andersluidende bepaling in deze overeenkomst mag de kinesitherapeut die toetreedt tot deze overeenkomst geen honorariasupplementen eisen voor de verstrekkingen opgenomen in de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen.

De bedragen van honoraria die overeenstemmen met kinesitherapieverstrekkingen verleend op voorschrift en niet opgenomen in de bovenvermelde nomenclatuur, worden in de zin van dit lid niet beschouwd als honorariasupplementen.

De Technische Raad voor Kinesithérapie wordt gevraagd een definiëring rond vergoedbare en niet-vergoedbare verstrekkingen uit te werken en wat wel of niet het onderwerp kan zijn van een "verbruikvergoeding" gevraagd door de geconventioneerde kinesitherapeut (niet-herbruikbaar materiaal, uniek gebruik,...).

**§ 2.** Hij mag ook afwijken van de hoegrootheden van die honoraria in geval van bijzondere eisen van de niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbende, namelijk :

- als, op verzoek van de rechthebbende, de verstrekking moet worden verricht vóór 8 uur of na 19 uur;
- als, op verzoek van de rechthebbende, de behandeling tijdens het weekeinde of op een wettelijke feestdag wordt verricht, behalve op uitdrukkelijk voorschrift van de geneesheer, waarin staat dat de behandeling moet worden uitgevoerd op een van de hierboven vermelde dagen;

Vóór het begin van de behandeling zoals omschreven in dit artikel deelt de verstrekker aan de rechthebbende het bedrag van de honoraria mee. In geval van geschil moet het bewijs dat de informatie verstrekt is, door de verstrekker worden geleverd.



Als de kinesitherapeut raadplegingen in zijn spreekkamer vaststelt of op eigen initiatief bij de rechthebbende thuis verzorging verleent, hetzij na 19 uur en vóór 8 uur, hetzij tijdens het weekeinde hetzij op een wettelijke feestdag, mogen de honoraria voor die verstrekkingen evenwel niet worden verhoogd.

Het weekeinde begint 's vrijdags om 19.00 uur en eindigt 's maandags om 08.00 uur.

**§3.** De verplichte afronding van het bedrag dat een patiënt contant betaalt, brengt het respecteren van de bepalingen in deze overeenkomst (voornamelijk de tarieven en de 85%-regel in art. 7) door toegetreden kinesitherapeuten niet in het gedrang op voorwaarde dat wordt afgerond overeenkomstig de geldende regels.

**Art. 5. § 1.** De kinesitherapeut verbindt zich ertoe zijn/haar conventiestatus duidelijk zichtbaar te afficheren in de wachtzaal en desgevallend op zijn website. De kinesitherapeut verbindt zich ertoe vóór de start van de behandeling de rechthebbende te informeren over de betekenis en de gevolgen daarvan.

Eveneens verbindt de kinesitherapeut zich ertoe de rechthebbende te informeren over de gevolgen van de beperkingen voorzien in artikel 7, §§ 10, 12, 13, en 14 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen;

In geval van geschil berust de bewijslast dat de informatie verstrekt is, bij de verstrekker.

**§2** Krachtens artikel 53, §1er/2 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, zijn de zorgverleners ertoe gehouden om aan de rechthebbende een bewijsstuk uit te reiken van de verrichte verstrekkingen die aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering, alsmede van de verstrekkingen die geen aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering en samen met verstrekkingen die er wel aanleiding toe geven worden verricht:

1° in geval de zorgverlener, naast bedragen voor verstrekkingen die aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering, ook bedragen aanreken aan de rechthebbende voor verstrekkingen die geen aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering;

2° in geval het getuigschrift voor verstrekte hulp wordt vervangen door een elektronische gegevensoverdracht door de zorgverlener aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende.

Het totaal bedrag te betalen door de rechthebbende voor de in het eerste lid bedoelde verstrekkingen met inbegrip van de betaalde voorschotten, komen voor op het bewijsstuk.

Als een getuigschrift voor verstrekte hulp dat het geheel van de vergoedbare verstrekkingen specificiert wordt uitgereikt aan de rechthebbende, bevat het bewijsstuk:

- voor het geheel van de vergoedbare verstrekkingen, het totaal te betalen bedrag, met inbegrip van de eventuele supplementen;

- naast elke niet-vergoedbare verstrekking, vermeld in de vorm van een omschrijving, zijn bedrag.

Als geen getuigschrift voor verstrekte hulp dat het geheel van de vergoedbare verstrekkingen specificiert wordt uitgereikt aan de rechthebbende, bevat het bewijsstuk:

- apart, naast elke vergoedbare verstrekking, vermeld zoals op een getuigschrift voor verstrekte hulp tenzij de verstrekkingen worden gegroepeerd overeenkomstig de beslissingen genomen door het Verzekeringscomité, het door de rechthebbende krachtens de tarieven betaalde bedrag, het door de rechthebbende als supplement betaalde bedrag, en, in voorkomend geval, de tegemoetkoming die rechtstreeks wordt aangerekend aan de verzekeringsinstelling;

- naast elke niet-vergoedbare verstrekking, vermeld in de vorm van een omschrijving, zijn bedrag.

De Overeenkomstencommissie verbindt zich ertoe om een standaardformulier uit te werken voor het bovenvermelde bewijsstuk.

**Art. 6.** Voor de verstrekkingen, vermeld in Hoofdstuk III, Afdeling 3, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, wordt door de verzekering een tegemoetkoming verleend die is vastgesteld bij artikel 7 van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen.

**Art. 7.** Onverminderd de bepalingen van artikel 37, § 17 van de wet verbindt de kinesitherapeut zich ertoe in tenminste 85% van de door hem geattesteerde verstrekkingen het persoonlijk aandeel aan de rechthebbende aan te rekenen. Hierbij mag de kinesitherapeut geen onderscheid maken tussen de rechthebbenden, noch op basis van de verzekeringsinstelling waarbij zij zijn aangesloten, noch op basis van de type van verstrekking.

**Art. 8.** De verzekeringsinstellingen zullen, op een door de Overeenkomstencommissie vastgestelde wijze, cijfermateriaal verzamelen over een mogelijke relatie tussen het systematisch niet-innen van het persoonlijk aandeel en een hoog gemiddeld aantal verstrekkingen per rechthebbende.

De verzekeringsinstellingen zullen deze gegevens inzake het jaar 2020 op een geanonimiseerde manier uiterlijk eind oktober 2021 overmaken aan de Overeenkomstencommissie. De Overeenkomstencommissie bepaalt vervolgens vanaf welk punt de individuele kinesitherapeuten zullen geselecteerd worden die door de verzekeringsinstellingen in een procedure op tegenspraak nader zullen worden gecontroleerd op het naleven van hun verbintenissen, meer bepaald deze vermeld in artikel 8.

Door toetreding tot deze overeenkomst verklaart de kinesitherapeut de juistheid van deze cijfergegevens te aanvaarden tot door hem te leveren bewijs van het tegendeel.

De verzekeringsinstellingen zullen zo snel mogelijk bij de Overeenkomstencommissie verslag uitbrengen van het resultaat van deze controle. Naar aanleiding van deze verslagen verschaffen de verzekeringsinstellingen alle in de loop van het voorbije jaar ter beschikking gekomen informatie die nuttig kan zijn om de problematiek van het niet-aanrekenen van het persoonlijk aandeel beter te beheersen.

**Art 9.** De Overeenkomstencommissie is bevoegd om de geschillen bij te leggen die kunnen rijzen inzake de interpretatie of de uitvoering van deze overeenkomst. Ze kan ook geschillen bijleggen inzake de interpretatie van de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen.

**Art. 10. § 1.** De begrotingsdoelstelling voor de verstrekkingen van artikel 7 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen wordt vastgesteld op grond van de wettelijke en verordeningsbepalingen die ter zake gelden.

Overeenkomstig artikel 51, § 2 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, passen de partijen correctiemechanismen toe, zodra wordt vastgesteld dat de jaarlijkse partiële begrotingsdoelstelling overschreden wordt of dreigt overschreden te worden.

**§ 2.** De correctiemaatregelen zijn selectief en omvatten onder meer een vermindering van de uitgaven voor verstrekkingen die het meest bijdroegen tot voornoemde overschrijding of tot het risico daarop. De maatregelen omvatten voor de betrokken verstrekkingen een vermindering van de in artikel 4 bepaalde waarden van de vermenigvuldigingsfactor M. Deze waarden worden minstens verminderd met eenzelfde percentage als dat van de voornoemde overschrijding of van het risico daarop, zoals dit blijkt uit de rapporten die trimestrieel worden opgemaakt in het kader van de permanente audit van de uitgaven inzake geneeskundige verzorging bedoeld in artikel 51, §4 van bovenbedoelde gecoördineerde wet.

Ingeval van niet-toepassing, vastgesteld door de Algemene Raad binnen de maand die volgt op de

voorzien datum van inwerkingtreding van de structurele besparingsmaatregelen bedoeld in artikel 40, §1 van de bovenbedoelde gecoördineerde wet, of van deze bedoeld in artikel 18 van de bovenbedoelde gecoördineerde wet, zal een automatische en onmiddellijk toepasbare vermindering van de honoraria, prijzen of andere bedragen of van de vergoedingstarieven, ambtshalve toegepast worden aan de zorgverleners en de verzekeringsinstellingen op de eerste dag van de tweede maand die volgt op de datum van inwerkingtreding van de bedoelde besparingen.

De toepassing van de vermindering of van de automatische vermindering waarin is voorzien in de eerste twee leden, kan noch door een van de partijen die de overeenkomst hebben gesloten, noch door de individuele zorgverlener die daartoe is toegetreden, worden aangevoerd om die overeenkomst of die toetreding op te zeggen.

**Art. 11.** De overeenkomst wordt afgesloten voor de jaren 2020 en 2021. Ze is niet stilzwijgend verlengbaar.

De individuele toetreding tot deze overeenkomst heeft onmiddellijk uitwerking en ze geldt voor de duur van de overeenkomst. De kinesitherapeuten die toegetreden zijn tot de overeenkomst op 31 december 2019 worden geacht hun toetreding tot deze overeenkomst te behouden, behoudens andersluidende wilsuiting door het gebruik van de beveiligde elektronische applicatie MyRIZIV binnen de dertig dagen volgend op de datum van de publicatie van deze overeenkomst in het Belgisch Staatsblad.

Evenwel kan de overeenkomst worden opgezegd vóór 15 december 2020 :

a) door een van de partijen die bij de overeenkomst betrokken zijn wanneer die vaststelt - met bewijzen ter ondersteuning- dat:

- De Overeenkomstencommissie geen methodiek heeft uitgewerkt om efficiëntiewinsten die voortvloeien uit maatregelen uit het verleden te identificeren en te ramen en met het resultaat daarvan geen rekening werd gehouden bij de partiële begrotingsdoelstelling voor 2021.
- Op 1 januari 2021 niet kan gestart worden met een Proof of concept nieuwe nomenclatuur volgens 'time units' ;
- De Overeenkomstencommissie geen voorstel heeft uitgewerkt inzake het tweede luik sociale voordelen RIZIV ;
- De mogelijkheid niet is onderzocht om de activiteiten van de kinesitherapeuten met een RIZIV-profiel in kaart te brengen volgens de plaats van verstrekking en ongeacht het statuut van tewerkstelling ;
- Onvoldoende werk is gemaakt van de verdere digitalisering van de interacties tussen de kinesitherapie-sector en de verzekeringsinstellingen ;
- Geen proefproject via Art. 56 (RIZIV) is voorgesteld aan het Verzekeringscomité inzake het uitvoeren van de aanbevelingen van de klinische richtlijn rond lage rugpijn (KCE-richtlijn 287), met als doel via kinesitherapeutische aanpak, chroniciteit te voorkomen ;
- Geen proefproject via Art. 56 (RIZIV) is voorgesteld aan het Verzekeringscomité om aan patiënten na een multidisciplinaire behandeling in het ziekenhuis een voortgezette ambulante intensieve monodisciplinaire behandeling te verlenen.

Deze opzegging moet worden gedaan vóór 15 december 2020, met een aangetekende brief, geadresseerd aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor Ziekte- en invaliditeitsverzekering ter attentie van de voorzitter van de Overeenkomstencommissie, door ten minste drie vierde van de leden van de beroepsorganisaties vertegenwoordigd in de Overeenkomstencommissie of drie vierde van de leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen. Deze leden moeten werkende leden zijn of plaatsvervangende leden die hen vervangen en stemrecht hebben. Die opzegging heeft tot gevolg dat de overeenkomst vervalt op 1 januari van het volgende jaar.

b) door een individuele verstrekker vóór 15 december 2020

door het gebruik van de beveiligde elektronische applicatie MyRIZIV, door elke kinesitherapeut die toegetreden is tot de overeenkomst en in dat geval heeft ze tot gevolg dat de toetreding van die ene persoon vervalt vanaf 1 januari die volgt op die opzegging.

**Art. 12.** Voor de toepassing van artikel 49, § 5 van de ZIV-wet gecoördineerd op 14 juli 1994, moet het Verzekeringscomité vaststellen of het quorum van 60% van het aantal toetredingen al dan niet bereikt is. Om uit te maken of vorenbedoeld quorum al dan niet is bereikt, wordt het aantal kinesitherapeuten waarmee het aantal tot de overeenkomst toegetreden kinesitherapeuten in verhouding wordt gebracht, als volgt vastgesteld: het aantal kinesitherapeuten met een verstrekkersprofiel voor het boekingsjaar 2018 (22.842), verhoogd met het aantal in 2019 erkende kinesitherapeuten.

Opgemaakt te Brussel, op 10 december 2019

Voor de verzekeringsinstellingen,

Voor de beroepsorganisatie van  
kinesitherapeuten,

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