

M/22

Institut national d'assurance
maladie-invalidité

Service des soins de santé

Avenue Galilée 5/01
1210 Bruxelles
☎ 02/524 97 97

**TEXTE DE CONVENTION ADOPTÉE PAR LE COMITÉ DE L'ASSURANCE POUR LES
KINESITHERAPEUTES**

En l'absence de convention négociée entre les kinésithérapeutes et les organismes assureurs, le Comité de l'assurance a adopté le 25 avril 2022 le texte de convention suivant.

Ce texte de convention permet la mise en œuvre prochaine de la mesure générale du Gouvernement d'un budget supplémentaire de 2% pour l'année 2022.

PREAMBULE

La kinésithérapie, plus que jamais un maillon essentiel de soins

Des études montrent qu'il convient de porter une plus grande attention au secteur.

La crise Covid a clairement démontré l'importance de la kinésithérapie dans la rééducation des patients après un long séjour à l'hôpital. Mais la kinésithérapie joue également un rôle important dans de nombreux autres domaines, notamment la problématique de la lombalgie et de la récupération/augmentation de la fonction cardiorespiratoire et/ou musculo-squelettique dans les pathologies aiguës et chroniques, ainsi que le renforcement de l'autonomie du patient. Il faut y investir prioritairement dans les années à venir.

Des investissements dans le secteur peuvent également avoir des effets de retour à réaliser dans d'autres domaines des soins de santé et dans le secteur du handicap. En termes de politique, une plus grande attention doit être accordée à la prévention des complications dans les pathologies aiguës et chroniques dans lesquelles la kinésithérapie est actuellement sous-utilisée.

Perspective de croissance et d'accessibilité

En 2021, la Commission de conventions kinésithérapeutes – organismes assureurs, a élaboré un plan pluriannuel pour la kinésithérapie conformément aux objectifs du gouvernement, aux orientations contenues dans la proposition du Comité de l'assurance lors de l'adoption du budget 2021 et à la convention M/21.

Dans ce plan pluriannuel, un certain nombre de principes et de priorités sont mis en avant et seront approfondis dans les années à venir. Le lien doit également être fait avec le projet de trajectoire budgétaire pluriannuelle 2022-24 pour l'assurance soins de santé qui a été développé au sein de l'INAMI en 2021, sera concrétisé en 2022 et complètement déployé en 2023.

Dans ce contexte, la Commission de conventions a soumis un certain nombre de fiches « Objectifs de santé » et « Soins appropriés » aux taskforces concernées.

Conformément à cette vision d'une approche pluriannuelle dans un cadre stable et avec des ressources suffisantes il a été opté pour une convention de deux années (2022 - 2023).

La première année, une première impulsion est donnée en vue d'une meilleure rémunération des kinésithérapeutes. Cette première étape constitue la base de la réévaluation ultérieure de l'honoraire au cours de la deuxième année.

Au cours de cette même première année, il est demandé à la Commission de conventions de continuer à élaborer des mesures et des actions susceptibles de générer des gains d'efficacité et des actions de "soins appropriés" qui, dans le secteur de la kinésithérapie, pourront être utilisés pour une nouvelle revalorisation des honoraires.

L'ensemble des mesures vise à accroître le degré de conventionnement des kinésithérapeutes, ce qui favorise non seulement l'accessibilité et le caractère abordable pour les patients, mais aussi améliore la qualité de la prestation des soins, deux points de départ qui ont guidé le choix des objectifs de (soins de) santé.

CADRE FINANCIER

Aujourd'hui, le secteur de la kinésithérapie manque d'un cadre qui offre une perspective à long terme. C'est pourquoi la Commission de Conventions prône une approche pluriannuelle dans un cadre financier stable avec des ressources suffisantes. Ceci est conforme à la trajectoire pluriannuelle accompagnée d'un plan financier pluriannuel qui est en cours d'élaboration.

Il faut poursuivre prioritairement les efforts pour aligner davantage la rémunération du kinésithérapeute sur celle de groupes professionnels comparables. Cette convention en fait partie.

1) Article 7 de la nomenclature

Dans le cadre des moyens disponibles mentionnés ci-dessous :

Moyens disponibles (en 000 EUR)	Application	2022	Base annuelle
Masse d'indexation 2022 (0,79%)	01-01-22	9.302	9.302
VIA6 (transfert Flandre)	01-01-22	9.664	9.664
A compenser dans les moyens disponibles pour 2022 (compensation de la précédente Convention M21)	01-01-22	-1.553	-1.553
Total		17.413	17.413

A partir de 1er juin 2022 :

- Revalorisation des honoraires concernant les prestations M24 en pathologie courante (de la 10^{ème} à la 18^{ème} séance) de 22,26 jusqu'à 24 EUR et celles de 23,63 jusqu'à 25,37 EUR (visite à domicile)
- Revalorisation des honoraires concernant les prestations M24 en liste Fa (de la 21^{ème} à la 60^{ème} séance), en liste Fb (de la 61^{ème} à la 80^{ème} séance) et 2^{ème} séance de la journée à l'hôpital de 22,26 jusqu'à 23 EUR et celles de 23,63 jusqu'à 24,37 (visite à domicile)
- Revalorisation de l'honoraire concernant la prestation M24 pour la visite palliative à domicile de 22,26 EUR jusqu'à 24,37 EUR

- Revalorisation des honoraires concernant les prestations M24 pour les visites à domicile en liste Fb (de la 1ère à la 60ème séance) et liste E de 25 EUR jusqu'à 26,37 EUR
- Revalorisation des honoraires concernant les prestations M36 pour les visites à domicile en liste Fb et liste E de 37,50 jusqu'à 38,87 EUR.
- Revalorisation des honoraires des prestations M48 en liste E de 47,50 EUR jusqu'à 49 EUR ou jusqu'à 50,37 EUR (visite à domicile)
- Revalorisation des honoraires des prestations M96 en liste E de 71,58 jusqu'à 90 EUR et celles de 72,95 EUR jusqu'à 91,37 EUR (visite à domicile)

Etant donné que certaines initiatives dans cette convention ne vont entrer en vigueur seulement à partir du 1er juin 2022, le coût est inférieur de 12,437 millions d'euros au montant annualisé.

Afin de compenser le surcoût sur une base annuelle, un montant de 12,437 millions d'euros sera déduit en 2023 des éventuels moyens supplémentaires alloués ou de la masse d'index disponible.

Un montant de 230 milliers d'euros est encore disponible pour des initiatives et revalorisations d'honoraires en 2022.

Ce texte de convention permet également de mettre en œuvre prochainement la mesure générale du Gouvernement d'un budget supplémentaire de 2% ou 13,856 million euros pour l'année 2022. Ce budget sera utilisé en principe pour une indexation linéaire mais la Commission de convention peut proposer une alternative pour l'utilisation de ce budget.

2) Avantages sociaux pour les kinésithérapeutes

Le montant du statut social est, en plus de l'indexation, augmenté de 10,28% pour atteindre :

- 1.790,34 euros (seuil de minimum 1.500 prestations OU 36.000 valeurs M) ;
- 2.365,79 euros (seuil de minimum 2.300 prestations OU 55.200 valeurs M) ;
- 3.165,07 euros (seuil de minimum 3.000 prestations OU 72.000 valeurs M).

Cette augmentation correspond avec un budget de 3,138 millions EUR sur base annuelle.

3) Engagements pour 2023

La masse d'index va être utilisée en 2023 à la revalorisation des honoraires afin que le retard par rapport à des groupes professionnels comparables soit éliminé par phases, et d'obtenir un honoraire similaire pour une même investissement de temps, indépendamment du lieu de la prestation ou de la nature de la pathologie traitée. Un effort significatif devra également être fait pour revaloriser la rémunération des traitements de kinésithérapie au domicile du patient.

Si, en plus de cette masse d'index, des ressources supplémentaires sont allouées au secteur de la kinésithérapie, celles-ci doivent également être utilisées en priorité pour une augmentation des honoraires.

D'éventuels moyens spécifiques supplémentaires seront consacrés à la réalisation des objectifs « Quintuple Aim ».

INITIATIVES 2022 DANS LE CADRE DU « QUINTUPLE AIM »

Dans le cadre de l'objectif budgétaire 2022, conformément aux propositions du Comité de l'assurance, un montant de 48 630 milliers d'euros a été alloué à une enveloppe destinée à financer des projets transversaux relatifs à la prévention secondaire et tertiaire par le biais de trajets de soins, de parcours de soins et des soins intégrés. Concrètement, ces projets multidisciplinaires à développer concernent les domaines suivants :

- Un pré-trajet pour le patient à risque de diabète et le suivi des patients atteints de diabète

- Parcours de soins pour l'obésité infantile ;
- Parcours multidisciplinaire de soins périnataux (pré et postnatal) pour les femmes vulnérables ;
- Parcours de soins autour du patient avant et après la transplantation d'organes abdominaux ;
- Plus d'investissement dans les soins psychiatriques, avec une attention particulière pour les soins somatiques et pour les jeunes ayant des problèmes psychiatriques ;
- Réduction des réadmissions (nouvelles périodes d'hospitalisation) en déployant une meilleure rééducation pulmonaire et en augmentant la qualité de vie des patients concernés par l'amélioration de leurs capacités fonctionnelles ;
- Divers projets sur la prévention secondaire et tertiaire première ligne : comme le Post-COVID.

Ces projets transversaux seront mis en œuvre au travers de groupes de travail à constituer spécifiquement. Le Comité de l'assurance propose une approche commune, ainsi qu'un règlement d'ordre intérieur avec des accords sur la composition, la représentation et le fonctionnement des groupes de travail.

Le comité de pilotage rendra un avis sur la cohérence des propositions avec la vision à long terme et avec les objectifs de santé. Les mesures directrices stratégiques concrètes finales seront approuvées par le comité de l'assurance.

Le secrétariat du Comité de l'assurance transmettra au président de la commission de conventions la liste des groupes de travail auxquels les kinésithérapeutes sont invités à participer. Les kinésithérapeutes fournissent à leur président les représentants de chaque groupe de travail.

La Commission de conventions considère qu'une approche transversale apporte une valeur ajoutée et est d'avis que, selon le sujet spécifique, la kinésithérapie peut jouer un rôle important.

En ce qui concerne le projet " post-covid ", la Commission de conventions demande une approche ciblée pour ces patients, basée sur le besoin réel de soins et ce, tant en première qu'en deuxième ligne.

Concernant un certain nombre de principes et priorités inclus dans le plan pluriannuel, des initiatives concrètes seront prises en 2022 pour améliorer l'état de santé de la population et en particulier des personnes souffrant d'une maladie chronique, l'amélioration de l'expérience des patients en ce qui concerne la qualité des soins et l'utilisation efficiente des ressources disponibles pour assurer la pérennité du système de financement des soins de santé :

1) Nouvelle nomenclature :

- Il est demandé au Conseil technique de la kinésithérapie de poursuivre ses travaux pour arriver à une proposition de principes de base d'une nouvelle nomenclature et fixe un certain nombre d'objectifs concrets :
 - Une nomenclature basée sur le besoin de soins du patient: plus centrée sur des paramètres de qualité que sur des paramètres de quantité, basée sur des principes « d'evidence based practice », doit être à la base du traitement de kinésithérapie, en fonction du patient et avec une attention à l'usage responsable des ressources publiques ;
 - Transparence et flexibilité conduisant à une simplification administrative pour tous les acteurs impliqués (kinésithérapeute, OA, médecin prescripteur, patient) ;
 - Soutenir la digitalisation du secteur (prescription électronique, dossier kinésithérapeutique électronique, communication électronique entre kinésithérapeute et OA) ;
 - Responsabilisation des acteurs impliqués.

Le budget qui a été engagé dans le cadre d'un projet art. 56 (INAMI) pour un proof of concept à cet égard peut en partie être utilisé pour obtenir le soutien et les conseils d'experts afin d'orienter la modernisation proposée de la nomenclature dans la bonne direction.

2) Digitalisation

- La Commission de conventions est étroitement associée au suivi du déploiement de la feuille de route de eSanté pour la digitalisation du secteur de la kinésithérapie.
- En vue de l'enregistrement scientifique des pathologies, l'implémentation de l'eAgreement en 2022 est une première étape importante. Une réalisation rapide de la prescription médicale électronique est également un maillon essentiel. Parallèlement, des mesures concrètes doivent être prises pour la mise en place d'un dossier de suivi des patients électronique de kinésithérapie, qui rende possible l'échange avec d'autres prestataires de soins et la facturation électronique aux OA, et qui contribue à la réalisation des objectifs de (soins de) santé. L'introduction du dossier électronique de kinésithérapie sera accompagnée d'une période de transition. La Commission de conventions considère que le kinésithérapeute avec une relation thérapeutique devrait pouvoir avoir accès, sous réserve du consentement éclairé explicite du patient, à des données médicales, à déterminer, pertinentes pour un kinésithérapeute.

3) La pratique des kinésithérapeutes

Avec comme objectif d'établir une cartographie de la pratique des kinésithérapeutes et de mettre en place une politique d'évaluation et d'ajustement des prestataires de soin au sein du secteur kinésithérapie :

- La Commission de conventions a l'intention de continuer à participer activement aux travaux dans le cadre du projet "Registre des pratiques" de l'INAMI et du SPF Santé publique ;
- La Commission de conventions a l'intention de mettre en place un groupe de travail qui accordera une attention particulière aux kinésithérapeutes qui ne facturent que peu ou pas de ticket modérateur et/ou qui ont fréquemment recours au système du tiers payant, aux kinésithérapeutes dont le niveau d'activité est très faible ou très élevé et aux kinésithérapeutes qui attestent surtout un grand nombre de prestations à domicile.
- La Commission de conventions demande, en urgence, d'enregistrer systématiquement, pour toutes les prestations de soins de santé, les données d'identification du ou des prestataires de soins de santé qui dispense(nt) les soins. Une fois cet enregistrement effectué de manière valide, la question de l'ajustement du nombre de kinésithérapeutes avec lequel le nombre de kinésithérapeutes contractuels est mis en proportion sera examinée après analyse des résultats.

4) Augmentation du taux de conventionnement

Un taux de conventionnement suffisamment élevé et la sécurité tarifaire qui l'accompagne est un facteur important qui doit garantir l'accessibilité et le caractère abordable de la kinésithérapie pour tous les patients. La Commission de conventions veut donc suivre l'évolution du taux de conventionnement et examinera les facteurs d'influence possibles et leur impact sur celui-ci. Il est notamment prévu de réaliser une enquête auprès des professionnels sur les motifs personnels de (dé)conventionnement. Après avoir évalué les résultats, la Commission de conventions veut déterminer si des mesures supplémentaires sont appropriées et, le cas échéant, les proposera.

5) Accès direct à l'examen consultatif kinésithérapeutique

Dans le cadre de la réglementation actuelle, la kinésithérapie sans prescription médicale n'est pas possible (cfr. art. 43 de la loi du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions de santé). La Commission de conventions est d'avis que l'accès direct au kinésithérapeute pour l'exécution d'un examen consultatif et la rédaction d'un bilan fonctionnel pourrait avoir une valeur ajoutée dans des situations et des conditions spécifiques. La Commission de conventions soumettra la demande de dispense de prescription pour l'examen consultatif kinésithérapeutique au SPF Santé publique, qui gère la réglementation en la matière, sous réserve de la consultation et de l'approbation de la medicomut et de la dentomut. Une prescription médicale reste nécessaire pour initier un traitement kinésithérapeutique.

6) Gains d'efficacité

- La Commission de conventions développera une méthodologie pour objectiver les gains d'efficacité résultant de l'augmentation de l'efficacité et de la qualité des traitements et, si cela est démontré, les réinvestir.

Les gains d'efficacité possibles qui pourraient être étudiés plus en avant au sein du propre secteur de la kinésithérapie et en consultation avec les autres secteurs sont :

- Mettre en œuvre et appliquer les normes et les lignes directrices de l'EBP dans le domaine de la kinésithérapie pour le traitement des pathologies courantes
- Préhabilitation
- L'Evidence Based Practice dans le contexte de la maladie artérielle périphérique
- Le transfert des tâches dans les soins aux personnes âgées
- ...
- L'impact des mesures prises depuis 2017 sur le volume des prestations sera examiné en 2022. À cette fin, l'INAMI et les organismes assureurs fournissent les informations suivantes :
 - Les dates d'entrée en vigueur des mesures ;
 - La mesure dans laquelle les indemnités et les revalorisations ont été imputés en plus des prestations de base et ce, pour les années 2018 et 2019 ;
 - La mesure du nombre de prestations par traitement pour la kinésithérapie courante a diminué, tandis que le nombre de nouveaux patients uniques a augmenté.
 - Recherche qualitative basée sur une enquête auprès des patients et/ou d'associations de patients afin de comprendre le rôle éventuel d'autres facteurs pour expliquer la diminution du nombre de séances par patient.

7) Suivi des projets en cours

- La Commission de conventions sera tenue informée de l'avancement du projet pilote via l'art. 56 (INAMI) concernant la mise en œuvre des recommandations de la directive clinique sur les lombalgies (KCE guideline 287).
- La Commission de conventions examinera les résultats du projet pilote arrivant à échéance sur le traitement kinésithérapeutique « evidence based » de la claudication.

* * * * *

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. §1. A partir du 1^{er} juin 2022, les honoraires d'un certain nombre de prestations sont revalorisés :

Par une adaptation de la valeur du facteur de multiplication M (voir §3) les honoraires des prestations 560011, 560114, 560210 et 560501 (prestations M24 de la rubrique "prestations courantes") sont portés à 24 euros.

Par une adaptation de la valeur du facteur de multiplication M (voir §3) les honoraires des prestations 564701, 563010, 563113, 563216, 564270, 564292 et 564314 (prestations M24 de diverses rubriques) sont portés à 23 euros.

Par une adaptation de la valeur du facteur de multiplication M (voir §3) les honoraires de la prestation 560313 (prestations M24 pour la visite à domicile de la rubrique « prestations courantes ») sont portés à 25,37 euros.

Par une adaptation de la valeur du facteur de multiplication M (voir §3) les honoraires des prestations 563312, 564336 et 564211 (prestations M24 pour la visite à domicile de diverses rubriques) sont portés à 24,37 euros.

Par une adaptation de la valeur du facteur de multiplication M (voir §3) les honoraires des prestations 561013 et 563916 (prestations M24 pour la visite à domicile de diverses rubriques) sont portés à 26,37 euros.

Par une adaptation de la valeur du facteur de multiplication M (voir §3) les honoraires des prestations 562391 et 639715 (prestations M36 pour la visite à domicile de la rubrique « pathologies Fb » et « pathologies lourdes ») sont portés à 38,87 euros.

Par une adaptation de la valeur du facteur de multiplication M (voir §3) les honoraires des prestations 560755, 560873, 560991, 561212, 561304, 562413, 562435, 562450, 564476, 639332, 639354, 639376, 639413, 639446, 639450, 639461, 639472 et 639796 (M 48- prestations de la rubrique « pathologies lourdes» sont portés à 49 euros.

Par une adaptation de la valeur du facteur de multiplication M (voir §3) les honoraires des prestations 561116, 639391 et 562472 (prestations M48 pour la visite à domicile de la rubrique « pathologies lourdes ») sont portés à 50,37 euros.

Par une adaptation de la valeur du facteur de multiplication M (voir §3) les honoraires des prestations 639494, 639516, 639531, 639575, 639601, 639612, 639623, 639634 en 639811 (M 96- prestations de la rubrique « pathologies lourdes» sont portés à 90 euros.

Par une adaptation de la valeur du facteur de multiplication M (voir §3) l'honoraire de la prestation 639553 (M 96- prestation « à domicile » de la rubrique « pathologies Fa » est porté à 91,37 euros.

§ 2. 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 28.2.2022, sur la plateforme PE-online pour l'année 2021 aux critères de qualité, reçoit une prime de 2.000 €, qu'il soit conventionné ou non.

§ 3. A partir du 1^{er} juin 2022, la valeur du facteur de multiplication M est fixée à :

- 1,000000 pour les prestations 560011, 560114, 560210,560501 ;
- 0,958333 pour les prestations 564701, 563010, 563113, 563216, 564270, 564292, 564314 ;
- 1,057083 pour la prestation 560313 ;
- 1,015417 pour les prestations 563312, 564336, 564211 ;
- 1,079722 pour les prestations 562391, 639715 ;

- 1,020833 pour les prestations 560755, 560873, 560991, 561212, 561304, 562413, 562435, 562450, 564476, 639332, 639354, 639376, 639413, 639446, 639450, 639461, 639472, 639796 ;
- 1,049375 pour les prestations 561116, 639391, 562472 ;
- 0,927692 pour les prestations 560092, 560195, 560291, 560733, 560851, 560976, 563091, 563194, 563290, 563695, 563791, 563894 ;
- 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 564351, 564373, 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, 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 ;
- 0,885247 pour les prestations 560711, 560836, 560954, 561072, 563076, 563172, 563275, 563371, 563673, 563776, 563872, 563975 ;
- 1,041667 pour les prestations 560652, 560770, 560895, 561013, 561245, 561315, 561326, 562332, 562354, 562376, 639656, 639671, 639693, 639730, 639752, 639774, 639785, 639833, 561595, 561610, 561632, 561702, 567276, 567291, 567313, 567350, 567361, 563614, 563710, 563813, 563916, 564174, 564185 ;
- 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 560394, 561094, 563393, 563990 ;
- 0,508333 pour les prestations 560350, 563356, 563953 ;
- 0,836667 pour les prestations 561713, 561724 ;
- 0,998125 pour les prestations 561676, 564550 ;
- 1,098750 pour la prestation 561654, 561013, 563916 ;
- 0,921875 pour les prestations 560416, 560571, 564395, 561131, 561352, 564432, 563415, 563496, 564572, 564012, 564093, 564631 ;
- 1,083333 pour les prestations 567011, 567055, 567092, 567206, 567232, 567243 ;
- 1,140417 pour les prestations 567136, 567335 ;
- 0,761667 pour les prestations 567173, 566974, 566996 ;
- 1,166667 pour les prestations 567033, 567070, 567114, 567151, 567221 ;
- 0,945000 pour les prestations 567254, 567265 ;
- 0,937500 pour les prestations 639494, 639516, 639531, 639575, 639601, 639612, 639623, 639634, 639811 ;
- 0,951770 pour la prestation 639553.

Les honoraires pour les prestations qui, à la date d'entrée en vigueur de la présente convention, ne sont pas encore incluses dans la nomenclature.

Indépendamment des valeurs de la lettre clef M ci-dessus, la valeur de la lettre clef est adaptée pour la prestation 562505 (prestation spécifique d'une durée totale de minimum 60 minutes pour le traitement de surinfection broncho-pulmonaire pour les bénéficiaires hospitalisés) afin qu'un honoraire de 49 euros soit fixé.

En cas d'introduction de nouvelles prestations dans la nomenclature au cours de la présente convention, la Commission de conventions fixe la valeur de la lettre clef de chacune de ces prestations

dans la limite du budget disponible. Cette fixation doit être approuvée par le même quorum que celui requis pour la conclusion d'une convention. La valeur de la lettre clef est communiquée à la Commission du contrôle budgétaire et au Comité de l'assurance lors de la présentation du changement de nomenclature.

§4. En attente d'accords transversaux d'un système d'indemnisation uniforme des frais de déplacement des prestataires de soins, les honoraires des prestations effectuées au domicile du patient peuvent être majorés à partir du 1^{er} janvier 2020 au maximum de 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 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 : 567136, 560313, 560350 et 560394 mentionnées au §1^{er}, 1°, II, et 561654 mentionnée au §1^{er}, 4° 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 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 567335, 563312, 563356 et 563393, effectuées au domicile du patient, reprises au §1^{er}, 5°, 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°, 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° 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.

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 en 2022 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 remise 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 remise 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.

Le Comité de l'assurance demande à la Commission de conventions d'élaborer 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 2022 ces données, concernant l'année 2021, 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 7.

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 2022 et 2023. 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 2021 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 date de l'envoi par le Service des soins de sante de l'Institut national d'assurance maladie-invalidite de la presente convention.

Toutefois, la convention peut être dénoncée avant le 15 de chaque année 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 1er janvier qui suit cette dénonciation.

Art. 12. Pour l'application de l'article 49, § 7 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 de dispensateur pour l'année comptable 2020 augmenté du nombre de kinésithérapeutes qui ont obtenu un numéro INAMI en 2021.

Fait à Bruxelles, le 25 avril 2022

Le Secrétaire du Comité de l'assurance,

Le Président du Comité de l'assurance

J. COENEGRACHTS
Fonctionnaire dirigeant

A. KIRSCH

IMPACT BUDGÉTAIRE :

En 000 EUR	Application	2022	Base annuelle
Moyens disponibles			
Masse d'index 2022 (0,79 %)	01-01-22	9.302	9.302
VIA6 (transfert Flandre)	01-01-22	9.664	9.664
A imputer sur les moyens budgétaires disponibles pour 2022 (Convention M21)	01-01-22	-1.553	-1.553
Total		17.413	17.413
Utilisation des moyens			
1a. M24 : traitements prestations courantes de 22,26 euro augmenté jusqu'à 24 euro	01-06-22	8.087	13.863
1b. M24 : traitements d'autres prestations de 22,26 euro augmenté jusqu'à 23 euro	01-06-22	1.682	2.884
2. M24 : Visites à domicile de 23,63 euros augmenté jusqu'à 1,37 euro de plus que les prestations non au domicile du patient	01-06-22	1.098	1.883
3. M24. Prestations patient palliatif à domicile jusqu'à 24,37 euro	01-06-22	614	1.053
4. M24: Visites à domicile F(b) (1-60) et visites à domicile E 1,37 euro extra	01-06-22	5.287	9.063
5. Visites à domicile M36 augmentées de 1,37 euro (E et Fb)	01-06-22	7	12
6. M48 : Prestations E-pathologie de 47,50 à 49 euros (50,37 si à domicile)	01-06-22	292	500
7. M96 : Prestations E-pathologie augmentées jusqu'à 90 euro (91,37 si à domicile)	01-06-22	116	198
8. Budget restant pour de nouvelles initiatives	01-06-22	230	394
Total		17.413	29.850
Solde		0	-12.437

En 000 EUR	Application	2022	Base annuelle
Moyens disponibles Marge statut social	01-01-22	3.138	3.138
Utilisation des moyens Revalorisation statut social (+10,28%)	01-01-22	3.138	3.138
Solde		0	0