

M/21

Rijksinstituut voor ziekte- en
invaliditeitsverzekering

Dienst voor
geneeskundige verzorging

Tervurenlaan 211,
1150 Brussel
☎ 02/739 71 11

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

Tijdens de vergadering van de Overeenkomstencommissie Kinesitherapeuten – Verzekeringsinstellingen van 22 december 2020, onder het voorzitterschap van de heer Patrick Verliefde, daartoe gedelegeerd door de heer Brieuc Van Damme, leidend ambtenaar, is overeengekomen als volgt tussen:

enerzijds,

de verzekeringsinstellingen,

en anderzijds,

AXXON, Physical Therapy in Belgium

VOORWOORD

Context

De overeenkomstencommissie kinesitherapeuten - verzekeringsinstellingen zal in overeenstemming met de beleidsdoelstellingen van de regering en met de oriëntaties vervat in het voorstel van het verzekeringscomité bij de vaststelling van de begroting 2021 een meerjarenplan uitwerken voor de kinesitherapie gecoördineerd met andere inspanningen op vlak van fysieke geneeskunde en revalidatie.

Kinesitherapie, meer dan ooit een essentiële zorgschakel

Uit internationale studies (Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study, 2019, The Lancet, 1 december 2020) blijkt dat een grotere aandacht voor de sector aangewezen is. In voornoemde studie wordt gewezen op het feit dat “*despite its individual and societal benefits, rehabilitation has not been prioritised in countries and is under-resourced*”.

De Covid-crisis heeft duidelijk het belang aangetoond van de kinesitherapie bij de revalidatie van patiënten na een langdurig ziekenhuisverblijf. Maar ook op vele andere domeinen zoals bij de problematiek van lage rugpijn en bij het versterken van de zelfredzaamheid van de patiënt speelt kinesitherapie een sleutelrol. De Overeenkomstencommissie wil de komende jaren hierop prioritair inzetten.

De overeenkomstencommissie is ervan overtuigd dat de sector meer aandacht verdient en investeringen vereist welke ook terugverdieneffecten kunnen realiseren in de sector arbeidsongeschiktheid. Beleidsmatig dringt zich meer aandacht op voor preventie van de ontwikkeling van chronische pathologieën waarbij de kinesitherapie vandaag onvoldoende benut wordt.

Perspectief op groei en toegankelijkheid

Het laatste decennium (2010-2019) is de sector op budgettair vlak globaal onder de vastgestelde begrotingsdoelstellingen gebleven.

De overeenkomstencommissie zal tegen 30 juni 2021 een operationeel meerjarenplan ontwikkelen met volgende elementen:

- een **modernisering van de nomenclatuur**, op basis van de voorstellen die aan de Technische raad voor kinesitherapie werden overgemaakt. Hierbij wordt ook rekening gehouden met financieringscomponenten die samenwerking tussen zorgverleners, doelmatig handelen en preventie stimuleren en waarbij wordt uitgegaan van wetenschappelijke evidentie;
- de invoering van een pathologieregistratie in de praktijk;
- het ontwikkelen van een **meerjaren financieel en budgettair traject** waarbij verdere inspanningen worden geleverd om de vergoeding van de kinesitherapeut verder te aligneren op die van vergelijkbare beroepsgroepen. Onderhavige overeenkomst is daar een onderdeel van ;
- het uitwerken van een methodiek om de **efficiëntiewinsten** in de kinesitherapie te objectiveren en desgevallend te herinvesteren. Hierbij wordt gesignaleerd dat een studie `lage rugpijn`, waarvoor reeds de nodige financiering is voorzien in de administratieve begroting van het RIZIV, in april 2021 van start gaat;
- het verbeteren van de **toegankelijkheid** tot zorg voor de patiënt zowel op financieel vlak als via het invullen van zorgnoden die niet vervuld zijn (Cerebral Palsy, geriatrie, ...). Een voorstel wordt uitgewerkt in de taskforce opgericht door het verzekeringscomité en aan dat comité voorgelegd uiterlijk op 30 juni 2021. Hierbij moet de beschikbare tijd om een behandeling kwalitatief uit te voeren gekoppeld zijn aan de aard van de pathologie, en niet aan de plaats van verstrekking en dit tegen een vergelijkbaar honorarium. De controle op en de evaluatie van de kwaliteit en tijdsbesteding van de behandeling wordt onderdeel van het handavingsplan dat door de Riziv Task Force wordt uitgewerkt;
- het uitrollen van een *roadmap* voor digitalisering en de uitwerking van een **elektronisch kine dossier** dat uitwisseling met andere zorgverleners en elektronische facturatie naar de VI mogelijk maakt en bijdraagt tot het realiseren van gezondheidsdoelstellingen. De invoering van het elektronische kinesitherapiedossier gaat gepaard met een transitieperiode;

Dit plan zal duidelijke doelstellingen en tijdslijnen bevatten. Het RIZIV verbindt er zich toe om de administratieve ondersteuning aan de sector te versterken.

In 2021 zal samen met andere sectoren tegen 30 juni 2021 een rapport ten behoeve van het verzekeringscomité worden voorbereid waarbij de **relevantie van de - 25 %-regel wordt onderzocht** rekening houdende met de noodzakelijke bescherming en de vrijwaring van toegankelijkheid voor de patiënten. Hierbij moeten alternatieven worden geformuleerd voor het bevorderen van de conventionering van de zorgverleners.

Financiële afspraken

Vanaf 1 januari 2021:

- Verhoging van de toeslag van de eerste 9 zittingen bij courante verstrekkingen M24 met 1 EUR;
- Optrekken van de toeslag voor het opstarten van een uitgebreid kinesitherapiedossier met 0,50 EUR;
- Herwaardering van de honoraria met betrekking tot perinatale verstrekkingen met 2,74 EUR;
- Optrekken van de honoraria van de verstrekkingen M48 in de E-lijst naar 47,50 EUR;
- De M48 verstrekkingen voor lymfedrainage worden eveneens verhoogd tot 47,50 EUR.

Vanaf 1 juli 2021:

- De honoraria van de verstrekkingen M16 (courante, Fa, Fb, E-aandoeningen) (niet de overschrijdingscodes) in gemeenschappelijke woonplaats van mindervaliden en bejaarden, alsook de psychiatrische verzorgingsinstellingen worden verhoogd tot 14,75 EUR.

Vanaf 1 oktober 2021:

- De toeslag voor het opstarten van een kinesitherapiedossier wordt bijkomend opgetrokken met 0,50 EUR.

Daarenboven engageert het RIZIV zich de kwaliteitspremies voorzien in de overeenkomsten 2015 en 2017 ook voor niet geconventioneerde kinesitherapeuten uit te betalen.

De toeslagen “eerste behandelingsverstrekkingen” en “opstarten van een kinesitherapiedossier” worden geïntegreerd in de nomenclatuur. Het ontwerp-KB voor die integratie van die toeslagen wordt in januari 2021 voorgelegd aan het Verzekeringscomité. Deze integratie heeft geen impact op de honoraria van de kinesitherapeut maar leidt tot een geschatte mindering van 1 miljoen euro op jaarbasis voor de ziekteverzekering doordat dan ook voor het bedrag van de toeslag de -25%-regel van toepassing wordt.

Het bedrag van het sociaal statuut wordt bovenop de indexering opgetrokken met 5 % tot:

- 1.610,68 EUR (drempel van ten minste 1.500 verstrekkingen OF 36.000 M-waarden);
- 2.128,38 EUR (drempel van ten minste 2.300 verstrekkingen OF 55.200 M-waarden);
- 2.847,45 EUR (drempel van ten minste 3.000 verstrekkingen OF 72.000 M-waarden).

Globaal is er een budgettair evenwicht in 2021 en een overschrijding van 1,5 miljoen euro op jaarbasis. Dit bedrag zal binnen de voor 2022 beschikbare middelen worden in rekening gebracht, rekening houdend met de groeinorm van de gezondheidszorg.

* * * * *

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 §3) worden de honoraria voor de verstrekkingen 561595, 561610, 561632 en 561702 (M 24- verstrekkingen uit de rubriek “perinatale kinesitherapie”) op 25 euro gebracht.

Door een aanpassing van de waarde van de vermenigvuldigingsfactor M (zie §3) worden de honoraria voor de verstrekkingen 561713 en 561724 (M 24- verstrekkingen uit de rubriek “perinatale kinesitherapie”) op 20,08 euro gebracht.

Door een aanpassing van de waarde van de vermenigvuldigingsfactor M (zie §3) wordt het honorarium voor de verstrekking 561654 (M 24- verstrekking uit de rubriek “perinatale kinesitherapie”) op 26,37 euro gebracht.

Door een aanpassing van de waarde van de vermenigvuldigingsfactor M (zie §3) worden de honoraria voor de verstrekkingen 561676 en 564550 (M 16- verstrekkingen uit de rubriek “perinatale kinesitherapie”) op 15,97 euro gebracht.

Door een aanpassing van de waarde van de vermenigvuldigingsfactor M (zie §3) worden de honoraria voor de verstrekkingen 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 561304, 562413, 562435, 562450, 562472, 564476, 639332, 639354, 639376, 639391, 639446, 639413, 639450, 639461, 639472 en 639796 (M 48-verstrekkingen uit de rubriek “zware aandoeningen”) op 47,50 euro gebracht.

Door een aanpassing van de waarde van de vermenigvuldigingsfactor M (zie §3) worden de honoraria voor de verstrekkingen 560416, 560571, 564395, 561131, 561352, 564432, 563415, 563496, 564572, 564012, 564093 en 564631 (M 16-verstrekkingen) vanaf 1 juli 2021 op 14,75 euro gebracht.

§2 Premie voor kwaliteitspromotie

In afwachting van het betrokken koninklijk besluit ontvangt 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, een premie van 2.000 €, ongeacht hij toetreden is of niet.

Vanaf 1 januari 2020 zijn 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.

§3 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, 563010, 563091, 563113, 563194, 563216, 563290, 563695, 563791, 563894, 564211, 564270, 564292, 564314, 564701 ;
- 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, 563415, 563496, 564012, 564093, 564351, 564373, 564395, 564432, 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, 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 ;
- 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, 561595, 561610, 561632, 561702 ;
- 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, 563312, 563393, 563990, 564336 ;
- 0,508333 voor de verstrekkingen 560350, 563356, 563953 ;
- 0,759896 voor de verstrekking 639553 ;
- 0,836667 voor de verstrekkingen 561713 en 561724 ;
- 0,998125 voor de verstrekkingen 561676 en 564550 ;
- 1,098750 voor de verstrekking 561654 ;
- 0,989583 voor de verstrekkingen 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 561304, 562413, 562435, 562450, 562472, 564476, 639332, 639354, 639376, 639391, 639446, 639413, 639450, 639461, 639472, 639796 ;

Vanaf 1 juli 2021 wordt de waarde van de vermenigvuldigingsfactor M vastgesteld op :

- 0,921875 voor de verstrekkingen 560416, 560571, 564395, 561131, 561352, 564432, 563415, 563496, 564572, 564012, 564093, 564631 ;

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 14,75 euro wordt vastgelegd voor de verstrekkingen 566252, 566296 en 566355, een honorarium van 25 euro voor de verstrekkingen 566016, 566053, 566075, 566112, 566134, 566171, 566193, 566230, 566344, 566392 en 566403 en een honorarium van 30,65 euro voor de verstrekkingen 566031, 566090, 566156, 566215, 566274, 566311 en 566370.

Onafhankelijk van de bovenstaande waarden van de sleutelletter M, wordt de waarde van de sleutelletter aangepast voor de verstrekkingen vermeld in het koninklijk besluit tot wijziging van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen waarbij de integratie in de nomenclatuur van de "toeslag voor de eerste behandelingsverstrekkingen" voor "courante" en "Fa"-pathologieën en van de "toeslag voor het opstarten van een kinesitherapiedossier" wordt vastgelegd, zodat een verhoging van het honorarium wordt vastgelegd die evenredig is met de overeenkomstige toeslagen.

Onafhankelijk van de bovenstaande waarden van de sleutelletter M, wordt de waarde van de sleutelletter vanaf 1 oktober 2021 aangepast voor de "intake van de patiënt bij de 1^{ste} zitting van een behandeling" voor "courante" pathologieën zodat een verhoging van het honorarium met 0,50 euro wordt vastgelegd.

§4 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.

§5 In afwachting van de integratie, gepland op 01/04/2021, 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 2021, waarbij de toeslag voor de courante aandoeningen wordt verhoogd met 1 euro.

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	3,74 EUR	Per verstrekking, de eerste tot en met 9 ^e verstrekking van 560011, 560114, 560210 of 560313
562682	3,74 EUR	Per verstrekking, de eerste tot en met 9 ^e verstrekking van 560501
562693-562704	8,66 EUR	Per verstrekking, de eerste tot en met 9 ^e 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 ^e verstrekking van 563010, 563113, 563216 of 563312
562730 - 562741	7,66 EUR	Per verstrekking, de eerste tot en met 20 ^e 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^{ste} tot en met de 20^{ste} 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 toetreden tot de nationale overeenkomst.

§6 In afwachting van zijn integratie, gepland op 01/04/2021, in artikel 7 van de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen wordt de toeslag voor het opstarten van een uitgebreid kinesitherapie dossier verhoogd in de huidige overeenkomst vanaf 1 januari 2021.

De toeslag bedraagt 6,50 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 4,07 euro voor de verstrekkingen 560416, 564395 en 560571. De toeslag voor deze verstrekkingen wordt aangerekend met de pseudocode 639892.

De toeslag bedraagt 5,17 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 2020. 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 Kinesitherapie wordt gevraagd een definiëring rond vergoedbare en niet-vergoedbare verstrekkingen uit te werken en wat wel of niet het onderwerp kan zijn van een

“verbruiksvergoeding” 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 verordeningbepalingen 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 voorziene 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 toetredend, worden aangevoerd om die overeenkomst of die toetreding op te zeggen.

Art. 11. De overeenkomst wordt afgesloten voor het jaar 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 toetredend zijn tot de overeenkomst op 31 december 2020 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.

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 toetredend kinesitherapeuten in verhouding wordt gebracht, als volgt vastgesteld: het aantal kinesitherapeuten met een verstrekkersprofiel voor het boekingsjaar 2019, verhoogd met het aantal in 2020 erkende kinesitherapeuten.

Opgemaakt te Brussel, op 22 december 2020

Voor de verzekeringsinstellingen,

Voor de beroepsorganisatie van
kinesitherapeuten,

A. ERRACHIDI

C. BRIART

B. VAN DEUN

D. VERLEYEN

E. TEUNKENS

G. TROCH

K. DE KOEKELAERE

M. VAN IMSCHOOT

R. DEGRAEVE

V. VANRILLAER

E. SCHAILLEE

L. DIELEMAN

P. BRUYNOOGHE

P. LAROCK