

M/02.2

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

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

**Service des soins
de santé**

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

Lors de la réunion de la Commission de convention entre les kinésithérapeutes et les organismes assureurs du 10 juin 2002, sous la Présidence de Monsieur André MAES, Conseiller général, délégué à cette fin par Monsieur François PRAET, Fonctionnaire Dirigeant, il a été convenu

ce qui suit entre :

d'une part,

les organismes assureurs ;

et d'autre part,

- l'Association des Kinésithérapeutes de Belgique
- le Cartel des Kinésithérapeutes ;

PREAMBULE

La Commission de convention précise que la présente convention introduit les revalorisations suivantes à partir du 1^{er} juillet 2002 :

- *revalorisation de 11,3 % des 'grandes' séances ambulatoires à remboursement ordinaire de l'art. 7, §1,1° de la nomenclature*
- *revalorisation de 4,5 % de la prestation 560501 pour les patients hospitalisés.*

Ces revalorisations correspondent à un total de 19.727.367 EUR sur base annuelle, dont une avance de 6.246.917 EUR sur le montant de 13.650.000 EUR annoncé et mentionné dans l'article 14 de la convention.

La Commission de convention insiste auprès des autorités compétentes pour qu'elles prennent des initiatives positives dans le cadre de l'introduction d'un statut social pour le kinésithérapeute et de l'harmonisation de la nomenclature K et M.

La Commission de convention crée en son sein une sous-commission pour élaborer avant le 31 juillet 2002, en collaboration avec le conseil technique de la kinésithérapie, une proposition concernant la liste F et les conséquences dans la pratique, qui sont liées aux formalités administratives de la nomenclature.

La Commission de convention décide de créer un groupe de travail en son sein à fin d'élaborer un système d'accréditation.

La présente convention est conclue pour une période de 9 mois. Cette courte durée est motivée par la nécessité de rétablir la sécurité des tarifs en attendant une révision plus fondamentale de la convention que la Commission de Convention élaborera.

* * *

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

Art. 2. Les honoraires sont dus pour toute prestation figurant à la nomenclature établie par le Roi en application de l'article 35 de la loi susvisée et à la condition que le kinésithérapeute qui l'a pratiquée ait la qualification requise, conformément aux indications de ladite nomenclature et aux articles 71 et 104 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi mentionnée ci-dessus.

Art. 3. A partir du 1^{er} juillet 2002 la valeur du facteur de multiplication M est fixée :

- à 0,708219 EUR pour les prestations 560011, 560114, 560210, 560313 et 560571
- à 0,664949 EUR pour la prestation 560501
- à 0,636315 EUR pour toutes les autres prestations.

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 convention 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. 4 § 1^{er}. Le kinésithérapeute 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, 561772, 561875, 561971, 562074, 562170 et 562251 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 en 560571).

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

§ 2. Il peut également déroger aux taux desdits honoraires 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 24.00 heures et se termine le dimanche à 24.00 heures .

Art. 5 § 1^{er}. Le bénéficiaire paie lui-même les honoraires au kinésithérapeute.

§ 2. Toutefois, lorsqu'il s'agit de prestations visées à l'article 7, § 1^{er}, 1°, V, 2°, 3°, V, 4°, V, 5°, V de la nomenclature des prestations de santé, le dispensateur de soins visé à l'article 1^{er} peut opter pour l'application du système du tiers payant pour la partie des honoraires qui est à charge de l'organisme assureur. Dans ce cas, il le précise au moment de son adhésion ou en avise le Service des soins de santé par lettre recommandée. De même, il peut renoncer à l'option pour le tiers payant moyennant avis par lettre recommandée au Service des soins de santé, avec effet au 1^{er} jour du trimestre calendrier suivant la date de la lettre recommandée.

§ 3. Si le dispensateur de soins visé à l'article 1^{er} a opté pour le système du tiers payant, ce mode de paiement est applicable aux bénéficiaires de tous les organismes assureurs et à l'ensemble des prestations effectuées visées à l'article 7, § 1^{er}, 1°, V, 2°, 3°, V, 4°, V, 5°, V de la nomenclature des prestations de santé.

Cependant, si le dispensateur exerce son activité dans différents liens de contrats qui lui imposent l'un ou l'autre système de paiement ou exerce son activité dans les liens d'un contrat qui lui impose un système de paiement et comme indépendant, il peut appliquer des systèmes de paiement différents pour l'ensemble des prestations de chacun de ses secteurs d'activité. Cette situation est précisée dans les mêmes conditions que celles fixées au § 2.

§ 4. L'option pour le système du tiers payant prévue aux §§ 2 et 3 n'est pas applicable aux prestations effectuées selon les modalités de l'article 4.

§ 5. En outre, le dispensateur de soins visé à l'article 1^{er}, qu'il ait ou non opté pour le système du tiers payant comme prévu aux § 2 et 3 du présent article, peut recourir à ce système de paiement, pour la partie des honoraires qui est à charge de l'organisme assureur, en faveur des cas énumérés à l'article 6, 2^e alinéa, 4^e, 5^e et 6^e de l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, alinéa 8, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

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

§ 2. Lorsque le dispensateur a opté pour le système du tiers payant conformément à l'article 5, § 2, il envoie les attestations de soins donnés chaque mois à chaque mutualité ou office régional de l'organisme assureur. L'envoi des attestations se fait au plus tard le 20 du mois suivant celui au cours duquel un traitement de kinésithérapie a été arrêté ou, lorsque le traitement porte sur une période de plus d'un mois, suivant celui au cours duquel le traitement a atteint 20 séances.

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

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

§ 5. Dans la mesure où les attestations ont été transmises dans les délais prévus au § 2, le non-paiement dans le délai prévu au § 4 donne droit à des intérêts moratoires dont le taux correspond au taux d'intérêt de la facilité de dépôt de la Banque Centrale européenne à la date d'expiration du délai de paiement.

Les intérêts moratoires sont calculés à partir du 1^{er} jour du troisième mois suivant celui de l'introduction du décompte mensuel visé au § 4.

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

Art. 8. Le kinésithérapeute, qui pour donner des soins à un bénéficiaire se déplace au domicile de ce dernier, ne peut lui réclamer des frais de déplacement

Art 9. Sans préjudice des dispositions de l'article 37, § 17 de la loi, le kinésithérapeute s'engage à porter en compte la quote-part personnelle au bénéficiaire, dans au moins 70...% 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.

Si les organismes assureurs, représentés valablement dans ce contexte par le président du Collège intermutualiste national, constatent à la fin de la procédure de contrôle visée dans l'article 10, que le kinésithérapeute ne respecte pas cet engagement, la convention est, dans son chef, annulée de plein droit à partir du premier jour du deuxième mois suivant la notification de cette constatation. La date de la poste fait foi de la date de notification.

Art 10. Les organismes assureurs rassembleront, 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. On peut tenir compte des caractéristiques sociales mesurables de la patientèle du kinésithérapeute. Les organismes assureurs transmettront ces données de manière anonymisée à la commission de convention. La commission de convention déterminera ensuite à partir de quel point les kinésithérapeutes individuels seront 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 9.

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 organisations professionnelles des kinésithérapeutes, représentées au sein de la Commission de convention, peuvent déléguer un représentant, comme observateur, aux réunions de l'organe intermutualiste dans lequel est prise la décision concernant la notification ou non de constatations visées dans l'article 9, alinéa 2.

Les organismes assureurs feront annuellement rapport à la Commission de convention 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 11. Les montants qui seront complémentaiement disponibles à partir du 1^{er} janvier 2003 (13.650.000 EUR pour de nouvelles initiatives et la marge qui pourrait éventuellement apparaître entre l'objectif budgétaire partiel 2002 et les dépenses 2002), dont il est question dans la lettre du 15 mars 2002 du Ministre de tutelle aux Présidents du Cartel des Kinésithérapeutes et de l'Association des Kinésithérapeutes de Belgique, seront de préférence attribuées aux priorités suivantes (alphabétique):

- diminution significative de la quote-part personnelle du bénéficiaire pour certaines prestations par exemple par un blocage de la valeur nominale de la quote-part personnelle au niveau du 1^{er} juillet 2002
- extension de la "liste F" (art. 7, § 14, dernier alinéa de la nomenclature)
- introduction de la prestation "Examen kinésithérapeutique du patient avec rapport écrit" dans le § 1^{er}, 1^o de l'art. 7 de la nomenclature
- introduction des frais de déplacement jusqu'à un maximum de 2,50 EUR
- révalorisation des honoraires des prestations de l'article 7, §1, 2^o et 5^o de la nomenclature
- révalorisation des honoraires des prestations effectués aux bénéficiaires hospitalisés.

Art. 12 § 1^{er} En cas de dépassement des honoraires fixés par la présente convention, le kinésithérapeute est tenu, sur décision de la Commission de convention, de verser à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, à titre de clause pénale, une indemnité égale à trois fois le montant de ce dépassement, avec un minimum de 125 EUR.

§ 2. En cas d'infraction autre que celle prévue au § 1^{er}, une indemnité forfaitaire de 125 EUR est due à titre de clause pénale, sur décision de la Commission de convention, soit à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, s'il s'agit d'une personne adhérant à la présente convention, soit à cette personne s'il s'agit d'un organisme assureur.

§ 3. En outre, la Commission de convention peut exclure de l'application du tiers payant pendant une période allant d'un mois à un an, un kinésithérapeute qui a commis des irrégularités ou des abus lors de l'application du système du tiers payant.

En cas de récidive dans un délai de cinq ans, cette exclusion peut être définitive.

Art. 13 § 1^{er}. L'objectif budgétaire pour les prestations de l'article 7 de la nomenclature des prestations de santé est fixé sur base des dispositions légales et réglementaires en vigueur en la matière.

En application de l'article 51, § 2 de la loi précitée relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, en cas de dépassement significatif ou de risque de dépassement significatif de l'objectif budgétaire annuel partiel, les mesures de correction suivantes seront mises en action sans conditions préalables dans le délai de trente jours après la communication de ses constatations par la Commission de contrôle budgétaire à la Commission de convention :

- des mesures sélectives encore à préciser;

Est prévue, en cas d'insuffisance des mécanismes de correction ou en cas de non-application ou si les mesures de correction ne sont pas prises en temps utile ou sont insuffisantes, une réduction automatique et immédiatement applicable des honoraires, prix ou autres montants ou des tarifs de remboursement en cas de dépassement significatif ou de risque de dépassement significatif de l'objectif budgétaire annuel partiel, selon les règles fixées aux alinéas 5 à 7 de l'article 51, § 2 de la loi précitée du 14 juillet 1994.

L'application de la diminution ou de la réduction automatique prévue à l'alinéa précédent 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.

§ 2. Pour l'application des dispositions du § 1^{er}, il sera tenu compte du fait que le respect de l'objectif budgétaire 2002 doit être assuré par l'instauration d'une nouvelle nomenclature qui n'est entrée en vigueur qu'à partir du 1^{er} mai 2002.

Dans ces conditions, les dépenses cumulées pour le premier, le deuxième et le troisième trimestres conduiront automatiquement à calculer un risque de dépassement significatif de l'objectif budgétaire annuel partiel. L'évaluation de ces risques de dépassement devra tenir compte du fait que les économies introduites par la nouvelle nomenclature ne se traduiront qu'avec retard dans le calcul de ces risques.

Art. 14. La présente convention entre en vigueur le 1^{er} juillet 2002. Elle est valable jusqu'au 31 mars 2003 et elle ne peut être tacitement reconduite.

Elle peut être dénoncée :

1. au cas où l'objectif budgétaire partiel pour 2003 n'inclurait pas un montant de 13.650.000 EUR pour de nouvelles initiatives
2. - en cas de modification de l'objectif budgétaire partiel initial pour 2002 ;
- en cas de modification de l'article 7 de la nomenclature des prestations de santé ;
- en cas de modification de la valeur du facteur de multiplication M

qui ne rencontreraient pas l'approbation de la Commission de convention.

Cette dénonciation doit intervenir dans les 30 jours qui suivent celui de la modification et prend cours le 1^{er} jour du troisième mois suivant la dénonciation.

Cette dénonciation doit être faite, par lettre recommandée à la poste, adressée au Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, par les trois quarts au moins des membres d'un des deux groupes représentés à la Commission de convention.

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

Art. 15. Pour l'application de l'article 49, § 5 de la loi AMI 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 avec un profil de dispensateur pour l'année comptable 2000 augmenté du nombre de kinésithérapeutes agréés à partir de 2001.

Art. 16. Il est attribué à chaque kinésithérapeute un numéro d'agrément. Il est tenu de reproduire ce numéro sur tous les documents destinés aux bénéficiaires et aux organismes assureurs. Le kinésithérapeute qui adhère à la convention fait précéder son numéro du chiffre 1.

Fait à Bruxelles, le 10 juin 2002.

Pour les organismes assureurs,

N. BEUN
J. BOLY
J.-P. BRONCKAERS
M. LOIX
F. MAROY
A. TIELENS
Y. VAN DER MEEREN

Pour les organisations professionnelles de kinésithérapeutes,

Ch. AERENS
Ph. LAROCK
L. LEMENSE
M. STERCKX
T. UYLENBROECK
J. VANDENBREEDEN