

M/18

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

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

**Service des soins
de santé**

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

Lors de la réunion de la Commission de conventions entre les kinésithérapeutes et les organismes assureurs du 21 décembre 2017, sous la Présidence de Monsieur Henri DE RIDDER, Fonctionnaire Dirigeant, il a été convenu ce qui suit entre :

d'une part,

les organismes assureurs ;

et d'autre part,

- AXXON, Physical Therapy in Belgium.

PREAMBULE

La Commission de conventions prend connaissance du budget 2018 qui a été fixé par le Conseil général. Ce budget est 6,1% plus élevé que les estimations techniques 2017 en ce compris une masse d'index de 1,68%.

La Commission insiste sur le souhait qu'à terme la valeur des prestations M24 soit portée à 25 euros. Dans cette convention des pas concrets sont apportés à ce niveau par une revalorisation des 9 premières prestations pour les pathologies courantes et « Fa ». Les revalorisations ultérieures sont liées, à des mesures concernant la gestion des volumes, l'amélioration de la qualité et l'enregistrement des pathologies tel que discuté dans la Taskforce. A ce niveau il sera aussi tenu compte de la durée de l'apport personnel du kinésithérapeute.

De plus, les parties souhaitent l'exécution complète de l'engagement conclu le 27 février 2017.

Dans le courant de la durée de la convention, le SPF Santé publique effectuera avec l'INAMI une analyse descriptive concernant l'offre en kinésithérapie, en ce compris l'analyse des entrées, du lieu de travail, de l'origine des diplômés... Une attention sera prêtée à d'éventuelles pistes de gestion de l'offre. La Commission de planning sera également sollicitée pour faire une projection du nombre requis de kinésithérapeutes en fonction des besoins réels de la population.

Dans le cadre de la concordance et de la continuité entre les nomenclatures M et K, dans la nomenclature M, la possibilité sera créée de dispenser subséquemment aux patients ayant subi un traitement multidisciplinaire à l'hôpital, un traitement monodisciplinaire ambulatoire intensif avec des séances de longue durée pour autant que dans le plan de traitement élaboré par le médecin en réadaptation en collaboration avec le kinésithérapeute, il apparaisse qu'une amélioration significative de l'état fonctionnel du patient puisse être attendue. Le Conseil technique de la kinésithérapie déterminera la population cible de même qu'il organisera un certain nombre de projets pilotes en concertation avec la Commission de conventions.

Cette convention comprend des mesures concrètes concernant :

- Une augmentation des honoraires pour différentes prestations
- L'introduction d'un système de valeurs fixes et arrondies des tickets modérateurs.
- Une augmentation de l'indemnité pour coûts de déplacement
- La prime de promotion de la qualité
- Les premiers pas pour arriver à un dossier kinésithérapeutique électronique remboursable
- Des adaptations de la nomenclature en 2018 concernant les patients adultes atteints d'infirmité motrice cérébrale, une réforme des modalités de remboursement des « pathologies E » et des codes de dépassement

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

Art. 2. §1^{er}. Les honoraires sont dus pour toute prestation figurant à la nomenclature établie par le Roi en application de l'article 35 de la loi susvisée et à la condition que le kinésithérapeute qui l'a pratiquée ait la qualification requise, conformément aux indications de ladite nomenclature.

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

Art. 3

La Commission de conventions exécutera les principes qui sont mentionnés dans les conclusions du Taskforce, notamment concernant le développement du dossier kinésithérapeutique, le regroupement des modalités de remboursements sur base des catégories de besoins de traitement et l'introduction des « time-units ». Dans ce cadre un enregistrement électronique des pathologies courantes traitées sera élaboré en 2018. Dans une phase de transition vers une modalité qui fonctionne 100% électroniquement, d'autres modalités peuvent également être utilisées. Ce sera exécuté en 2019 avec collection dans le premier semestre et traitement des données dans le deuxième semestre 2019. Cela constitue une base pour réaliser, en 2020, la réforme reprise dans les conclusions de la Taskforce.

La valeur de l'indemnité pour démarrage d'un dossier kinésithérapeutique élaboré est augmentée, à partir du 1^{er} février 2018 de 5,8%.

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

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

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

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

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

Par « première séance de traitement », il faut entendre la première séance kinésithérapeutique individuelle dans la cadre des « pathologies courantes » de la première nouvelle situation pathologique qui démarre après le 31 décembre 2017. Par « nouvelle situation pathologique », il faut entendre une situation apparue postérieurement à la mise en route du traitement de kinésithérapie qui soit indépendante de la situation pathologique initiale.

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

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

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

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

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

Art. 4. § 1^{er} La Commission de conventions prend acte du montant de l'objectif budgétaire partiel pour l'année 2018, fixé par le Conseil général à 807.330 milliers d'euros et fixe les priorités qui suivent et dont certaines reprennent des objectifs de la taskforce 2017.

§2 A partir du 1^{er} janvier 2018, les honoraires des prestations effectuées au domicile du patient peuvent être majorés d'une indemnité de maximum 1,01 euros, qui à partir du 1^{er} juillet 2018, s'élève à maximum 1,31 euros, sauf les prestations « rapport écrit » et la « deuxième séance journalière ». Cette indemnité couvre forfaitairement les coûts de déplacement du kinésithérapeute.

Cette indemnité est intégrée dans l'article 7 de la nomenclature des prestations de santé.

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

Pour les prestations 561013, 561094, 561116, 639391, 639553 et 562391, effectuées au domicile du patient, reprises au §1^{er}, 2, II, ° cette indemnité est attestée au moyen du pseudocode 639133. Pour la prestation 562472, qui doit comporter au minimum deux séances de traitement, l'indemnité peut être demandée deux fois le même jour et attestée au moyen de 2 fois le pseudocode 639133. L'indemnité pour ces prestations est remboursée à 60% pour les patients à titre préférentiel et 15% pour les patients à titre non-préférentiel.

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

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

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

Dans tous les cas, le pseudocode 6391111, 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.

§ 3 Prime pour la promotion de la qualité

En attente de l'arrêté royal concerné, le kinésithérapeute reçoit, qu'il soit conventionné ou non, qui répond aux conditions de demande et qui satisfait, au 28.2.2017 et respectivement au 28.2.2018, aux critères de qualité pour l'année 2016 et, respectivement l'année 2017, sur la plateforme PE-online, pour l'année 2016 et respectivement l'année 2017, une prime de 2.000 €.

§ 4 La Commission de conventions demande au Conseil technique de la Kinésithérapie d'élaborer des propositions pour :

- A partir du 1^{er} juillet 2018, introduire dans la nomenclature la possibilité d'une prestation spécifique remboursable pour les patients âgés de plus de 21 ans, atteints d'infirmité motrice cérébrale.
- A partir du 1^{er} juin 2018, adapter de manière ciblée les honoraires et les modalités de remboursement dans la nomenclature concernant les « pathologies lourdes » par une définition d'un paquet de prestations et de groupes de patients qui rend possible un modèle différencié de modalités de remboursement.
- A partir du 1^{er} juin 2018, limiter le nombre de codes de dépassement attestables en pathologie courante et rendre possible un remboursement différencié.
Quand les codes de dépassement sont épuisés et que le traitement se poursuit, le kinésithérapeute, en tenant compte des dispositions de la loi des droits des patients informe le patient du montant des honoraires qu'il va être appliqué.

La Commission de conventions s'engage à travailler aux mesures complémentaires dans le cadre budgétaire déterminé et à les présenter aux organes compétents.

§ 5

A partir du 1^{er} juin 2018 les tickets modérateurs fixes et arrondis seront introduits notamment.

Ticket modérateur en euros	Bénéficiaires avec régime préférentiel	Bénéficiaires sans régime préférentiel
Besoin limité (prestations concernant les "courantes" - rubrique 1°, périnatale - rubrique 4°, hôpital de jour - rubrique 8°, SFC - rubrique 9°, - fibromyalgie - rubrique 10°)	2,50	6,25
Besoin accru (Prestations Fa - rubrique 5°, Fb - rubrique 6°, 2 ^{ème} séance - rubrique 3°)	2,00	5,50
Besoin lourd ("pathologies lourdes" - rubrique 2°)	1,50	4,00
Patients palliatifs à domicile (rubrique 7°)	0,00	0,00

§ 6. Pour l'année 2019 un budget de 1.000.000 euros est libéré pour l'enregistrement des pathologies traitées et l'échange de celles-ci et d'autres données avec, entre autre les mutualités dans le cadre du dossier kinésithérapeutique électronique et de la digitalisation du secteur.

§ 7. En 2018, dans le cadre du plan évidence based de la Ministre, un projet pilote sera commencé en collaboration avec les médecins généraliste, chirurgiens vasculaire et physiothérapeutes, financé pour ce qui concerne les prestations, via l'art 56 de la Loi du 14/07/1994 concernant la prise en charge kinésithérapeutique evidence based de la claudication.

§ 8 A partir de l'entrée en vigueur de la présente convention, la valeur du facteur de multiplication M est fixée à :

- 0,927692 pour les prestations, 560011, 560092, 560114, 560195, 560210, 560291, 560313, 560394, 560501, 560652, 560733, 560770, 560851, 560895, 560976, 561094, 561595, 561610, 561632, 561654, 561702, 563010, 563091, 563113, 563194, 563216, 563290, 563312, 563393, 563614, 563695, 563710, 563791, 563813, 563894, 563916, 563990, 564211, 564270, 564292, 564314, 564336 ;
- 0,920270 pour les prestations 562332, 562354, 562376, 562391, 564756, 564793, 564830, 564874, 564911, 564955, 639656, 639671, 639693, 639715 ;
- 0,602500 pour les prestations, 560523, 561260 ;
- 0,451250 pour les prestations 560055, 560151, 560254, 560350, 563054, 563150, 563253, 563356, 563651, 563754, 563850, 563953 ;
- 0,826875 pour les prestations 560416, 560571, 561131, 561352, 561676, 563415, 563496, 564012, 564093, 564351, 564373, 564395, 564432, 564550, 564572, 564631, 564653 ;
- 0,912081 pour les prestations 561190, 563474, 564071, 564454, 564491, 564616, 561411, 563555, 564152
- 0,456250 pour les prestations 563452, 563533, 564056, 564130, 564594, 564675, ;
- 0,722500 pour les prestations 560534, 560545, 561315, 561326, 561713, 561724, 563570, 563581, 564174, 564185 ;
- 0,410000 pour les prestations 560453, 560615, 564410 ;
- 0,612500 pour les prestations, 561551, 561562 ;
- 0,927500 pour les prestations 561013, 561245 ;
- 0,639167 pour les prestations 561433, 561455, 561470, 561492, 561540 ;
- 0,510833 pour les prestations 561514, 564535, 561573
- 1,063333 pour la prestation 564255 ;
- 0,745632 pour les prestations 639494, 639516, 639531, 639553, 639575, 639601, 639612, 639623, 639634, 639811 ;
- 0,480544 pour les prestations 639730, 639752, 639833 ;
- 0,717105 pour les prestations 639774, 639785 ;
- 0,885247 pour les prestations 560711, 560836, 560954, 561072, 563076, 563172, 563275, 563371, 563673, 563776, 563872, 563975, 564771, 564815, 564852, 564896, 564933, 564970 ;
- 0,805209 pour les prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 561304, 562413, 562435, 562450, 562472, 564476, 639332, 639354, 639376, 639391, 639413, 639446, 639450, 639461, 639472, 639796 ;
- 0,587500 pour les prestations 560696, 560814, 560932, 561050, 561282 ;
- 0,470000 pour les prestations 561175, 561396, 564513 ;
- 0,578333 pour la prestation 564233.

Indépendamment des valeurs de la lettre clef M ci-dessus, à partir du 1^{er} février 2018, la valeur de la lettre clef est adaptée afin qu'un honoraire de 24,00 euros soit fixé pour les 5 premières séances d'un traitement, avec des prestations 560011, 560114, 560210, 560313, 560501, 560534-560545, 563010, 563113, 563216, 563312, 563570-563581. A partir du premier février 2018, la valeur de la lettre clef est adaptée pour qu'un honoraire de 22,63 euros soit fixé pour la 6^{ème} à la 9^{ème} séance consécutive pour les prestations susmentionnées (560011, 560114, 560210, 560313, 560501, 560534-560545, 563010, 563113, 563216, 563312, 563570-563581). Ces 9 prestations revalorisées ne peuvent être attestées qu'une fois par traitement. Donc, dans le cas où un même traitement est effectué sur deux années différentes, elles ne peuvent être attestées qu'une fois.

Par le terme « traitement » mentionné ci-dessus on signifie un ensemble de prestations concernant une seule pathologie à l'exception de nouvelles situations pathologiques dans le cadre de cette pathologie telle que décrite à l'article 7, §10 de la nomenclature des soins de santé.

Art. 5. § 1er. Le kinésithérapeute qui adhère à la présente convention, s'engage à respecter les taux des honoraires fixés à l'article 4 pour les prestations prévues à l'article 7 de la nomenclature des prestations de santé, sauf pour les prestations numéros 560055, 560151, 560254, 560350, 560453, 560615, 563054, 563651, 563150, 563754, 563253, 563850, 563356, 563953, 563452, 564056, 563533, 564130, 564410, 564594, 564675 pour lesquelles il peut déroger aux taux desdits honoraires sans pour autant dépasser les honoraires prévus pour les séances qui rencontrent les limitations prévues aux §§ 10 et 14 de l'article 7 de la nomenclature (560011, 560114, 560210, 560313, 560416, 560534, 560571, 563010, 563113, 563216, 563312, 563415, 563496, 563570, 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, 564093, 564174, 564395, 564572, 564631).

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

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

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

Il est demandé au Conseil technique de la kinésithérapie de développer à une définition concernant ce qu'est une prestation remboursable et non-remboursable.

§ 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.

Art. 6. § 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, 14, 14 quater et 14 quinquies de la nomenclature des soins de santé.

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

§ 2. En vertu de l'article 53, §1^{er} / 2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, les dispensateurs de soins sont tenus de remettre au bénéficiaire un document justificatif des prestations effectuées donnant lieu à intervention de l'assurance obligatoire ainsi que des prestations n'y donnant pas lieu lorsque ces dernières sont effectuées avec des prestations qui y donnent lieu :

1° dans le cas où le dispensateur de soins porte en compte au bénéficiaire outre des montants pour des prestations donnant lieu à intervention de l'assurance obligatoire des montants pour des prestations qui ne donnent pas lieu à une intervention de l'assurance obligatoire;

2° dans le cas où l'attestation de soins donnés est remplacée par une transmission électronique de données par le dispensateur de soins à l'organisme assureur du bénéficiaire.

Le montant total à payer par le bénéficiaire pour les prestations visées, en ce compris les acomptes payés, figurent sur le document justificatif.

Lorsqu'une attestation de soins donnés détaillant l'ensemble des prestations remboursables est remis au bénéficiaire, le document justificatif comprend :

- pour l'ensemble des prestations remboursables, le total à payer en ce compris les suppléments éventuels;
- en regard de chaque prestation non remboursable, reprise sous la forme d'un libellé, son montant.

Lorsqu'une attestation de soins donnés détaillant l'ensemble des prestations remboursables n'est pas remis au bénéficiaire, le document justificatif comprend :

- de manière distincte, en regard de chaque prestation remboursable reprise comme sur une attestation de soins donnés, sauf si les prestations sont regroupées conformément aux décisions prises par le Comité de l'assurance soins de santé, le montant payé par le bénéficiaire en vertu des tarifs, le montant payé par le bénéficiaire à titre de supplément et, le cas échéant, l'intervention facturée directement à l'organisme assureur;
- en regard de chaque prestation non remboursable, reprise sous la forme d'un libellé, son montant.

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

Art. 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. 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. 9. 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 2019 ces données, concernant l'année 2018, de manière anonymisée à la Commission de conventions. La Commission de convention détermine ensuite à partir de quel point les kinésithérapeutes individuels sont sélectionnés pour être contrôlés par les organismes assureurs dans le cadre d'une procédure contradictoire quant au respect de leurs engagements, notamment ceux repris à l'article 8.

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

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

Art 10. 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. 11. § 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 12. La convention est conclue pour les années 2018 et 2019. 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 2017 sont, sauf manifestation contraire de leur volonté exprimée en utilisant leur eID via une application électronique sécurisée dans les trente jours suivant la publication de la présente convention au Moniteur belge.

Toutefois, elle peut être dénoncée avant le 15 décembre 2018 :

- a) Par une organisation professionnelle si, à ce moment, il apparaît que :
- Par des limitations des volumes, qui ne diminuent pas la qualité pour les patients et qui sont basés sur l'évidence scientifique, par l'affectation de la masse d'indexation disponible en 2019 ou d'autres mesures, une masse financière d'au moins 25 millions d'euros n'est pas libérée pour des augmentations d'honoraires M 24 et des frais de déplacements.
 - Un projet pilote n'a pas été approuvé pour effectuer aux patients, un traitement monodisciplinaire ambulatoire intensif continué après un traitement multidisciplinaire à l'hôpital.
 - Un proof of concept n'a pas été défini concernant les unités de temps pour des pathologies bien décrites qui ne peuvent pas être mis en œuvre au cours de l'année 2019.
 - Des spécifications ne sont pas fixées pour l'enregistrement des pathologies dans le dossier kinésithérapeutique et dans la prescription électronique.
 - Il n'y a pas d'analyse disponible pour mesurer l'activité des kinésithérapeutes avec profil INAMI en fonction du lieu de prestation et indépendamment du statut professionnel.

Cette dénonciation doit être faite avant le 15 décembre de chaque année, par lettre recommandée à la Poste, adressée au Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, à l'attention du Président de la Commission, par les trois quarts au moins des membres d'une organisation professionnelle représentée à la Commission de conventions. Cette dénonciation a pour effet de faire cesser la convention au 1er janvier de l'année suivante.

- b) Par prestataire individuel avant le 15 décembre 2018

En utilisant leur eID via une application électronique sécurisée, 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. 13 Pour l'application de l'article 49, § 5 de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994, le Comité de l'assurance doit constater si le quorum d'adhésions de 60% est atteint ou non. En vue de constater si le quorum visé ci-dessus est ou non atteint, le nombre de kinésithérapeutes auquel il faut rapporter le nombre de kinésithérapeutes ayant adhéré à la convention, est établi comme suit : nombre de kinésithérapeutes ayant un profil pour l'année comptable 2016 (21.571) augmenté du nombre de kinésithérapeutes qui ont obtenu un numéro INAMI en 2017 (1.583).

Fait à Bruxelles, le 21 décembre 2017.

Pour les organismes assureurs,

Pour l'organisation professionnelle
des kinésithérapeutes,
