

**Dienst voor  
geneeskundige verzorging**

**OVEREENKOMST  
TUSSEN DE KINESITHERAPEUTEN EN DE VERZEKERINGSINSTELLINGEN**

Tijdens de vergadering van de Overeenkomstencommissie Kinesitherapeuten – Verzekeringsinstellingen van 21 december 2017, onder het voorzitterschap van de heer Henri DE RIDDER, Leidend ambtenaar, is overeengekomen als volgt tussen:

enerzijds,

de verzekeringsinstellingen,

en anderzijds,

AXXON, Physical Therapy in Belgium

## VOORWOORD

De Overeenkomstencommissie neemt kennis van het budget 2018 dat toegewezen werd door de Algemene Raad. Dat budget ligt 6,1% hoger dan de technische ramingen 2017, met inbegrip van de indexmassa van 1,68%.

De Commissie drukt de wens uit om op termijn de waarde van de M 24 verstrekkingen op 25 euro te brengen. In deze overeenkomst worden hiertoe concrete stappen gezet, door een herwaardering van de eerste 9 verstrekkingen voor de courante en "Fa"-pathologieën. De verdere herwaarderingen zijn gekoppeld aan maatregelen inzake volumebeheersing, kwaliteitsbevordering en de registratie van pathologieën zoals afgesproken in de Taskforce. Hierbij zal ook rekening worden gehouden met de duur van de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut.

Bovendien wensen de partijen de volledige uitvoering van de convenant, afgesloten op 27 februari 2017.

In de loop van de duurtijd van de overeenkomst zal door de FOD Volksgezondheid samen met het Riziv een beschrijvende analyse worden uitgevoerd met betrekking tot het aanbod van kinesithérapie, met inbegrip van de analyse van de instroom, de plaats van tewerkstelling, de oorsprong van de diploma's... Hierbij zal ook aandacht besteed worden aan mogelijke pistes tot beheersing van het aanbod. Tevens zal de planningscommissie worden verzocht een projectie te maken van het benodigde aantal kinesitherapeuten in functie van de reële behoeften van de bevolking.

Met het oog op afstemming en continuïteit tussen de K en M-verstrekkingen zal in de M-nomenclatuur de mogelijkheid worden gecreëerd om aan patiënten na een multidisciplinaire behandeling in het ziekenhuis een voortgezette ambulante intensieve monodisciplinaire behandeling met sessies van lange duur te verlenen voor zover uit het behandelingsplan opgesteld door de revalidatiearts in samenspraak met de kinesitherapeut blijkt dat een betekenisvolle verbetering van de functionele toestand van de patiënt kan worden verwacht. De Technische Raad voor Kinesithérapie zal de doelpopulatie bepalen alsook een aantal proefprojecten organiseren in samenspraak met de Overeenkomstencommissie.

Deze overeenkomst omvat concrete maatregelen inzake:

- Verhoging van honoraria voor verschillende verstrekkingen
- De invoering van een systeem van vaste en afgeronde waarden van de remgelden
- Verhoging van de toeslag voor de verplaatsingskosten
- De premie voor kwaliteitspromotie
- De eerste stappen om te komen tot een vergoedbaar elektronisch kinesithérapie dossier.
- Nomenclatuurwijzigingen in 2018 inzake volwassen patiënten met een hersenverlamming, een hervorming van de terugbetalingsmodaliteiten van de "E-pathologieën" en de overschrijdingscodes.

\* \* \* \* \*

**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 bekwaamheid 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 zal de principes verder uitwerken die opgenomen zijn in de conclusies van de Taskforce met name wat betreft de ontwikkeling van het elektronisch kinesitherapiedossier, de hergroepering van de terugbetalingsmodaliteiten op basis van behandelneed en de invoering van time-units. In dat kader wordt in 2018 een elektronische registratie van de behandelde courante aandoeningen uitgewerkt. In een overgangsfase naar een 100% werkende elektronische modaliteit, kunnen ook nog andere modaliteiten gebruikt worden. Dit zal worden uitgevoerd in 2019, met inzameling in het eerste semester en verwerking van de gegevens in het tweede semester 2019. Dit vormt de basis om in 2020 de hervorming omvat in de conclusies van de Taskforce uit te voeren.

De waarde van de toeslag voor het opstarten van een uitgebreid kinesitherapiedossier wordt vanaf 1 februari 2018 verhoogd met 5,8%.

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

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

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

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

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

Als "eerste behandelingszitting" wordt bedoeld de eerste individuele kinesitherapie-zitting in het kader van de "courante" aandoeningen van de eerste nieuwe pathologische situatie die start na 31 december 2017. 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 toegetreten tot de nationale overeenkomst.

**Art. 4. §1** De Overeenkomstencommissie neemt nota van het bedrag van de partiële begrotingsdoelstelling voor het jaar 2018 dat door de Algemene raad is vastgesteld op 807.330 duizend euro en legt de volgende prioriteiten vast waarvan enkelen de doelstellingen van de taskforce 2017 overnemen.

**§2** Vanaf 1 januari 2018 mogen de honoraria voor verstrekkingen verricht bij de patiënt thuis worden verhoogd met een toeslag van maximum 1,01 euro, die vanaf 1 juli 2018 maximum 1,31 euro bedraagt, behalve voor de verstrekkingen "schriftelijke verslag" en de "tweede zitting van de dag". Die toeslag dekt forfaitair de kosten van de verplaatsing van de kinesitherapeut.

Deze toeslag wordt verwerkt in artikel 7 van de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen.

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 die toeslag geattesteerd middels de pseudocode 639170. De toeslag bij deze verstrekkingen worden niet vergoed door de verzekering voor geneeskundige verzorging.

Voor de verstrekkingen 561013, 561094, 561116, 639391, 639553 en 562391 verricht bij de patiënt thuis, vermeld in §1, 2°, II, wordt die toeslag geattesteerd middels de pseudocode 639133. Bij de verstrekking 562472, die ten minste twee verschillende periodes van behandeling moet inhouden, kan die 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 die 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 die 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 die 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 die toeslag is gevorderd.

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

### §3 Premie voor kwaliteitspromotie

In afwachting van het betrokken koninklijk besluit ontvangt de kinesitherapeut, ongeacht hij toegetreden is of niet, die de aanvraagvoorwaarden vervult en op 28.02.2017, respectievelijk op 28.02.2018, heeft voldaan aan de kwaliteitscriteria voor het jaar 2016, respectievelijk 2017 op het PE-online platform voor het jaar 2016, respectievelijk 2017 een premie van 2.000 €.

§4 De Overeenkomstencommissie vraagt aan de Technische Raad voor Kinesithérapie voorstellen uit te werken om:

- vanaf 1 juli 2018 in de nomenclatuur de mogelijkheid in te voeren van een specifieke vergoedbare verstrekking voor personen ouder dan 21 jaar met een hersenverlamming.
- vanaf 1 juni 2018 in de nomenclatuur de honoraria en de terugbetalingsmodaliteiten inzake de "zware aandoeningen", gericht aan te passen door het aflijnen van een pakket aan verstrekkingen en patiëntengroepen dat een gedifferentieerd tegemoetkomingsmodel mogelijk maakt.
- vanaf 1 juni 2018 het aantal attesteerbare overschrijdingscodes bij de courante aandoeningen te beperken en een gedifferentieerde terugbetaling mogelijk te maken. Wanneer de overschrijdingscodes zijn uitgeput en de behandeling wordt voortgezet, brengt de kinesitherapeut, rekening houdende met de bepalingen van de wet op de patiëntenrechten, de patiënt op de hoogte van de honoraria die door hem zullen worden toegepast.

De Overeenkomstencommissie engageert zich om de bijhorende maatregelen uit te werken binnen het vastgelegd budgetair kader en voor te leggen aan de bevoegde organen.

§ 5 Vanaf 1 juni 2018 worden vaste, afgeronde remgelden ingevoerd, namelijk:

Remgeld in euro	Rechthebbenden met voorkeurregeling	Rechthebbenden zonder voorkeurregeling
Korte tijdsduur (verstrekkingen inzake "courante" - rubriek 1°, perinatale - rubriek 4°, dagziekenhuis - rubriek 8°, CVS - rubriek 9°, fibromyalgie - rubriek 10°)	2,50	6,25
Verhoogde nood (verstrekkingen Fa - rubriek 5°, Fb - rubriek 6°, 2de zittingen - rubriek 3°)	2,00	5,50
Zware nood ("zware" aandoeningen - rubriek 2°)	1,50	4,00
Palliatieve thuispatiënten (rubriek 7°)	0,00	0,00

§6 Voor het jaar 2019 wordt een budget van 1.000.000 euro vrijgemaakt voor maatregelen ter ondersteuning van de kinesitherapeuten die meewerken aan de registratie van behandelde pathologieën en de uitwisseling van deze en andere gegevens met onder andere de ziekenfondsen in het kader van het elektronisch kinesitherapiedossier en de digitalisering van de sector.

§ 7 In 2018 wordt in het kader van het evidence based plan van de Minister, een proefproject opgestart in samenwerking met de huisartsen, vaatchirurgen en fysiotherapeuten, gefinancierd voor wat de verstrekkingen betreft via art. 56 van de Wet 14/07/1994, rond de evidence based kinesitherapeutische behandeling van claudicatio.

§8 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, 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 voor de verstrekkingen 562332, 562354, 562376, 562391, 564756, 564793, 564830, 564874, 564911, 564955, 639656, 639671, 639693, 639715 ;
- 0,602500 voor de verstrekkingen, 560523, 561260 ;
- 0,451250 voor de verstrekkingen 560055, 560151, 560254, 560350, 563054, 563150, 563253, 563356, 563651, 563754, 563850, 563953;
- 0,826875 voor de verstrekkingen 560416, 560571, 561131, 561352, 561676, 563415, 563496, 564012, 564093, 564351, 564373, 564395, 564432, 564550, 564572, 564631, 564653 ;
- 0,912081 voor de verstrekkingen 561190, 563474, 564071, 564454, 564491, 564616, 561411, 563555, 564152 ;
- 0,456250 voor de verstrekkingen 563452, 563533, 564056, 564130, 564594, 564675 ;
- 0,722500 voor de verstrekkingen 560534, 560545, 561315, 561326, 561713, 561724, 563570, 563581, 564174, 564185 ;
- 0,410000 voor de verstrekkingen 560453, 560615, 564410 ;
- 0,612500 voor de verstrekkingen, 561551, 561562 ;
- 0,927500 voor de verstrekkingen 561013, 561245 ;
- 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, 639553, 639575, 639601, 639612, 639623, 639634, 639811 ;
- 0,480544 voor de verstrekkingen 639730, 639752, 639833 ;
- 0,717105 voor de verstrekkingen 639774, 639785 ;
- 0,885247 voor de verstrekkingen 560711, 560836, 560954, 561072, 563076, 563172, 563275, 563371, 563673, 563776, 563872, 563975, 564771, 564815, 564852, 564896, 564933, 564970 ;
- 0,805209 voor de verstrekkingen 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 561304, 562413, 562435, 562450, 562472, 564476, 639332, 639354, 639376, 639391, 639413, 639446, 639450, 639461, 639472, 639796 ;
- 0,587500 voor de verstrekkingen 560696, 560814, 560932, 561050, 561282 ;
- 0,470000 voor de verstrekkingen 561175, 561396, 564513 ;
- 0,578333 voor de verstrekking 564233.

Onverminderd bovenstaande waarden van de sleutelletter M wordt vanaf 1 februari 2018 de waarde van de sleutelletter aangepast opdat het honorarium 24,00 euro bedraagt voor de eerste 5 verstrekkingen van een behandeling, met de verstrekkingen 560011, 560114, 560210, 560313, 560501, 560534-560545, 563010, 563113, 563216, 563312, 563570-563581. Vanaf 1 februari 2018 wordt de waarde van de sleutelletter aangepast opdat het honorarium 22,63 euro bedraagt voor de volgende 6<sup>de</sup> tot en met de 9<sup>de</sup> zittingen van bovenstaande verstrekkingen (560011, 560114, 560210, 560313, 560501, 560534-560545, 563010, 563113, 563216, 563312, 563570-563581). Die 9 opgewaardeerde verstrekkingen kunnen slechts 1 keer per behandeling worden geattesteerd. Dus indien eenzelfde behandeling wordt uitgevoerd over twee verschillende jaren, dan kunnen zij slechts 1 keer worden geattesteerd.

Met hierboven vermelde term “behandeling” wordt bedoeld een geheel van verstrekkingen betreffende één pathologie, met uitsluiting van de nieuwe pathologische situaties binnen deze pathologie, zoals omschreven in art. 7, §10 van de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen.

**Art. 5. § 1.** De kinesitherapeut die toetreedt tot deze overeenkomst, verbindt zich ertoe de in artikel 4 vastgestelde hooggrootheden 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 kinesithérapieverstrekkings worden verleend op voorschrift en niet opgenomen in de bovenvermelde nomenclatuur, worden in de zin van dit lid niet beschouwd als honorariasupplementen.

De Technische Raad voor Kinesithérapie wordt gevraagd een definiëring rond vergoedbare en niet-vergoedbare verstrekkingen uit te werken.

**§ 2.** Hij mag ook afwijken van de hooggrootheden 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.

**Art. 6. § 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, 14, 14quater en 14quinquies 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 aanrekenen 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 specificceert 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 specificceert 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. 7.** 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. 8.** 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. 9.** 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 2018 op een geanonimiseerde manier uiterlijk eind oktober 2019 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 10.** 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. 11. § 1.** De begrotingsdoelstelling voor de verstrekkingen van artikel 7 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen wordt vastgesteld op grond van de wettelijke en verordeningsbepalingen die ter zake gelden.

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

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

Ingeval van niet-toepassing, vastgesteld door de Algemene Raad binnen de maand die volgt op de 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 toegetreden, worden aangevoerd om die overeenkomst of die toetreding op te zeggen.

#### **Art. 12.**

De overeenkomst wordt afgesloten voor de jaren 2018 en 2019. Ze is niet stilzwijgend verlengbaar.

De individuele toetreding tot deze overeenkomst heeft onmiddellijk uitwerking en ze geldt voor de duur van de overeenkomst. De kinesitherapeuten die toegetreden zijn tot de overeenkomst op 31 december 2017 worden geacht hun toetreding tot deze overeenkomst te behouden, behoudens andersluidende wilsuiting door het gebruik van hun eID via een beveiligde elektronische applicatie binnen de dertig dagen volgend op de datum van de publicatie van deze overeenkomst in het Belgisch Staatsblad.

Evenwel kan de overeenkomst worden opgezegd vóór 15 december 2018:

- a) door een beroepsorganisatie indien op dat ogenblik blijkt dat
  - Door volumebeperkingen die geen afbreuk doen aan de kwaliteit voor de patiënt en die gebaseerd zijn op wetenschappelijke evidentie, door affectatie van de beschikbare indexmassa in 2019 of door andere maatregelen er geen financiële massa van minstens 25 miljoen euro wordt vrijgemaakt voor verdere verhogingen van honoraria M24 en van de verplaatsingsvergoeding.
  - Geen pilootproject werd goedgekeurd om aan patiënten na een multidisciplinaire behandeling in het ziekenhuis een voortgezette ambulante intensieve monodisciplinaire behandeling te verlenen.
  - Geen proof of concept werd gedefinieerd met betrekking tot de tijdseenheden voor welomschreven pathologieën die in de loop van 2019 kan worden uitgerold.
  - Geen specificaties werden vastgesteld voor de registratie van pathologieën in het elektronisch kinesitherapeutisch dossier en in het elektronisch voorschrift.
  - Geen analyse beschikbaar is die de activiteit van de kinesitherapeuten met een RIZIV-profiel in kaart brengt volgens de plaats van verstrekking en ongeacht het statuut van tewerkstelling.

Die opzegging moet worden gedaan vóór 15 december van elk jaar, met een aangetekende brief bij de Post, geadresseerd aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor Ziekte- en invaliditeitsverzekering ter attentie van de voorzitter van de Overeenkomstencommissie, door ten minste drie vierde van de leden van een beroepsorganisatie, vertegenwoordigd in de Overeenkomstencommissie. Die opzegging heeft tot gevolg dat de overeenkomst vervalt op 1 januari van het volgende jaar.

- b) door een individuele verstrekker vóór 15 december 2018.

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

**Art. 13.** Voor de toepassing van artikel 49, § 5 van de ZIV-wet gecoördineerd op 14 juli 1994, moet het Verzekeringscomité vaststellen of het quorum van 60% van het aantal toetredingen al dan niet bereikt is. Om uit te maken of vorenbedoeld quorum al dan niet is bereikt, wordt het aantal kinesi­therapeuten waarmee het aantal tot de overeenkomst toegetreden kinesi­therapeuten in verhouding wordt gebracht, als volgt vastgesteld : het aantal kinesi­therapeuten met een verstrekkersprofiel voor het boekingsjaar 2016 (21.571), verhoogd met het aantal in 2017(1.583) erkende kinesi­therapeuten.

Opgemaakt te Brussel, op 21 december 2017

Voor de verzekeringsinstellingen,

Voor de beroepsorganisatie van  
kinesi­therapeuten,

