

M/25

Institut national d'assurance
maladie-invalidité

Service des soins de santé

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

Texte de convention adopté par le Comité de l'assurance pour les kinésithérapeutes

En l'absence de convention négociée entre les kinésithérapeutes et les organismes assureurs, le Comité de l'assurance a adopté 13 janvier 2025 le texte de convention suivant.

PREAMBULE

L'ensemble des mesures vise à accroître le degré de conventionnement des kinésithérapeutes, ce qui favorise non seulement l'accessibilité et le caractère abordable pour les patients, mais aussi améliore la qualité des soins.

1) Utilisation des moyens disponibles :

Nomenclature 2025 (en 000 EUR)	Application	2025	Base annuelle
Moyens disponibles			
Masse d'index 2025 (3,34 %)	01-01-25	53.394	53.394
A imputer sur les moyens disponibles de 2025 (compensation Convention précédente M24)	01-01-25	-10.562	-10.562
Moyens disponibles totaux		42.832	42.832
Utilisation des moyens			
Indexation linéaire de 2,68%	01-02-25	39.263	42.832
Prime unique de convention	01-01-25	3.569	
Utilisation des moyens totaux		42.832	42.832
Solde		0	0

Projet Frailty 2025 (en 000 EUR)	Application	2025	Base annuelle
<i>Moyens disponibles</i>			
Budget Frailty 2024	01-01-25	924	924
Index Frailty 2025 (3,34 %)	01-01-25	31	31
Moyens disponibles totaux		955	955
<i>Utilisation des moyens</i>			
Prime unique de convention	01-01-25	955	955
Utilisation des moyens totaux		955	955
Solde		0	0

La masse d'index 2025 diminuée de la compensation de la convention M24 précédente est utilisée pour augmenter les honoraires de 2,68 % de manière linéaire à partir du 1^{er} février 2025.

Le montant disponible de 3.569.000 euros pour 2025 libéré par l'utilisation de la masse d'index à partir du 1^{er} février et le montant de 955.000 euros (924.000 euros +indexation) pour le projet frailty en 2025 sont utilisés pour le paiement d'une prime unique de convention aux kinésithérapeutes qui adhèrent à cette convention.

Pour bénéficier de cette prime unique, le kinésithérapeute doit avoir adhéré à cette convention au plus tard le premier jour suivant la fin de la période de notification, et ce pour toute la durée restante de 2025, ou obtenir un numéro INAMI au cours de l'année 2025 et être ensuite conventionné pour le reste de l'année 2025. Le kinésithérapeute doit également satisfaire à un seuil d'activité, lequel sera exprimé sous la forme d'un montant minimum de remboursements de prestations ambulatoires à charge de l'assurance obligatoire, conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 15 septembre 2023 relatif à l'octroi d'une indemnité financière aux prestataires de soins de santé entièrement conventionnés et définissant ses conditions et modalités.

Le réinvestissement de 437 000 euros dans le cadre de la proposition appropriate care, telle que décrite dans les notes CGSS 2022/064 et 2023/065, peut être utilisé par la Commission de conventions dès l'entrée en vigueur de l'adaptation de l'article 7 de la nomenclature introduisant les séances de groupe et que le Comité de l'assurance a décidé de transmettre au Ministre le 16 décembre 2024. Le Conseil technique et la Commission de conventions n'ont pas élaboré de proposition de réinvestissement de ce montant pour le moment.

2) Projets à soutenir

La réflexion entamée en 2024 sur les mesures de soins appropriés qui visent de la kinésithérapie de qualité avec une affectation efficiente des moyens sera poursuivie par la Commission de conventions en collaboration avec le Conseil technique.

En 2025, les modalités d'un enregistrement obligatoire de tous les montants facturés par les kinésithérapeutes seront étudiées, définies et dans la mesure du possible mises en place au fur et à mesure de la mise en place des différents services de eHealth (y compris e-facturation et e-attest) dans le secteur de la kinésithérapie.

Sur base des données disponibles au sein de l'INAMI, une analyse sera faite des activités de certains groupes de kinésithérapeutes comme, par exemple, ceux âgés de plus de 70 ans.

Dans le contexte d'une plus grande transparence sur le fonctionnement des maisons médicales et plus particulièrement sur le financement des soins de kinésithérapie dans le cadre de ce système forfaitaire, le rapport d'audit annuel sur les maisons médicales sera mis à disposition de la Commission de conventions. Des démarches seront également entreprises afin qu'un représentant de l'organisation professionnelle des kinésithérapeutes assiste, en tant qu'observateur, aux

réunions de la Commission chargée de l'application de la réglementation concernant le paiement forfaitaire de certaines prestations.

Une analyse intersectorielle sur l'octroi du forfait palliatif et du maintien du statut palliatif qui y est lié (parfois pendant plusieurs années) sera menée.

L'évolution des dépenses peut indiquer une nouvelle tendance qu'il convient d'analyser.

Le projet Frailty (pour lequel 924 000 € ont été réservés dans le budget de la kinésithérapie en 2024) sera encore développé sur le plan conceptuel, scientifique et juridique en 2025, en tenant compte des résultats de l'étude clinique en cours sur l'utilisation de l'outil Eforto et des travaux sur le programme interfédéral de soins intégrés pour la fragilité. Le budget de 955 000 euros en 2025 reste réservé au financement du rôle des kinésithérapeutes dans une approche intégrée de la fragilité. Compte-tenu du temps restant, le montant réservé en 2025 peut être utilisé pour une prime de convention unique.

Un rapport sur l'évolution de ces différents projets sera présenté à la Commission de conventions dans le courant du mois de septembre 2025.

* * * * *

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

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

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

Art. 3. §1. Jusqu'au 31 janvier 2025, la valeur du facteur de multiplication M pour toutes les prestations en nature reste la même que celle fixée dans la convention M/24. A partir du 1^{er} février 2025, les honoraires relatifs à l'ensemble des prestations seront indexés linéairement de 2,68 % et la valeur du facteur de multiplication M sera fixée à :

- 1,283500 pour les prestations 567011, 560011, 567055, 560114, 567092, 560210, 567206, 560501, 567232, 567243, 560534, 560545, 567276, 563010, 567291, 563113, 567313, 563216, 567350, 567361, 563570, 563581, 563614, 563710, 563813, 564174, 564185, 560652, 560770, 560895, 561245, 561315, 561326, 561595, 561610, 561632, 561702, 561713, 561724, 564701, 560092, 560195, 560291, 560733, 560851, 560976, 563091, 563194, 563290, 563695, 563791, 563894, 639553 ;
- 1,411850 pour les prestations 567136, 560313, 567335, 563312, 563916, 561013, 561654, 560394, 561094, 563393, 563990 ;
- 1,253551 pour les prestations 639656, 639671, 639693, 639730, 639752, 639833, 639774, 639785, 562332, 562354, 562376 ;
- 1,339119 pour les prestations 639715, 562391 ;
- 1,251413 pour les prestations 560755, 560873, 560991, 561212, 561304, 562413, 562435, 562450, 562505, 564476, 639332, 639354, 639376, 639413, 639446, 639450, 639461, 639472, 639796, 639494, 639516, 639531, 639575, 639601, 639612, 639623,

- 639634, 639811 ;
- 1,315588 pour les prestations 561116, 562472, 639391 ;
- 1,167985 pour les prestations 560416, 560571, 564395, 561131, 561352, 564432, 561676, 564550, 563415, 563496, 564572, 564012, 564093, 564631 ;
- 0,949093 pour les prestations 560711, 560836, 560954, 561072, 563076, 563172, 563275, 563371, 563673, 563776, 563872, 563975 ;
- 1,019718 pour les prestations 561190, 561411, 564454, 563474, 563555, 564616, 564071, 564152, 564491 ;
- 0,618647 pour les prestations 560523, 561260 ;
- 0,463344 pour les prestations 560055, 560151, 560254, 563054, 563150, 563253, 563651, 563754, 563850 ;
- 0,468478 pour les prestations 563452, 563533, 564056, 564130, 564594, 564675 ;
- 0,420988 pour les prestations 560453, 560615, 564410 ;
- 0,628915 pour les prestations 561551, 561562 ;
- 0,656297 pour les prestations 561433, 561455, 561470, 561492, 561540 ;
- 0,524523 pour les prestations 561514, 564535, 561573 ;
- 1,091830 pour la prestation 564255 ;
- 1,069584 pour les prestations 564270, 564292, 564314 ;
- 0,603245 pour les prestations 560696, 560814, 560932, 561050, 561282 ;
- 0,482596 pour les prestations 561175, 561396, 564513 ;
- 0,593832 pour la prestation 564233 ;
- 0,521956 pour les prestations 560350, 563356, 563953 ;
- 0,782080 pour les prestations 567173, 566974, 566996 ;
- 1,197934 pour les prestations 567033, 567070, 567114, 567151, 567221, 564336 ;
- 0,970326 pour les prestations 567254, 567265 ;
- 1,155150 pour la prestation 564211 ;
- 1,001130 pour les prestations 564351, 564373, 564653 ;
- 1,458333 pour les prestations 566576, 566591, 566613, 566694, 566716, 566731, 566812, 566834, 566856 ;
- 1,020625 pour les prestations 566635, 566753, 566871 ;
- 0,875000 pour les prestations 566650, 566775, 566893 ;
- 0,729167 pour les prestations 566672, 566790, 566915.

En cas d'introduction de nouvelles prestations dans la nomenclature au cours de la présente convention, la Commission de conventions fixe la valeur de la lettre clef de chacune de ces prestations dans la limite du budget disponible. Cette fixation doit être approuvée par le même quorum que celui requis pour la conclusion d'une convention. La valeur de la lettre clef est communiquée à la Commission du contrôle budgétaire et au Comité de l'assurance lors de la présentation du changement de nomenclature.

§ 2. Prime pour la promotion de la qualité

En attente de l'arrêté royal concerné, le kinésithérapeute qui répond aux conditions de demande et qui satisfait, au 28.2.2025, sur la plateforme PE-online pour l'année 2024 aux critères de qualité, reçoit une prime de 2.550 €, qu'il soit conventionné ou non.

En attente de l'arrêté royal concerné, le kinésithérapeute qui répond aux conditions de demande et qui satisfait, au 28.2.2026, sur la plateforme PE-online pour l'année 2025 aux critères de qualité, reçoit une prime de 2.550 €, qu'il soit conventionné ou non.

§3. En attente d'accords transversaux d'un système d'indemnisation uniforme des frais de déplacement des prestataires de soins, les honoraires des prestations effectuées au domicile du patient peuvent être majorés au maximum de 1,13 euros, sauf la prestation 564211 pour laquelle l'indemnité est de maximum 1,31 euros au moyen des indemnités mentionnées ci-dessous. Cette indemnité n'est pas d'application pour les prestations « rapport écrit » et la « deuxième séance journalière ». Cette indemnité n'est pas d'application pour les prestations « rapport écrit » et la « deuxième séance journalière ». Cette indemnité couvre forfaitairement les coûts de déplacement du kinésithérapeute.

Pour les prestations effectuées au domicile du patient : 567136, 560313, 560350 et 560394 mentionnées au §1^{er}, 1^o, II, et 561654 mentionnée au §1^{er}, 4^o, II cette indemnité sera, dans chaque cas, attestée au moyen du pseudocode 639170. L'indemnité pour ces prestations n'est pas remboursée par l'assurance soins de santé et indemnités.

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

Pour les prestations 567335, 563312, 563356 et 563393, effectuées au domicile du patient, reprises au §1^{er}, 5^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 639111, 639133, 639155, 639170 ou 639192 devra figurer sur l'attestation de soins donnés en dessous de la ou des prestation(s) pour lequel il a été réclamé.

En cas de perception de ce supplément, le dispensateur en informe le bénéficiaire avant le commencement du traitement.

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

Art. 4. § 1er. Le kinésithérapeute qui adhère à la présente convention, s'engage à respecter les taux des honoraires fixés à l'article 3 pour les prestations prévues à l'article 7 de la nomenclature des prestations de santé, sauf pour les prestations numéros 560055, 560151, 560254, 560350, 560453, 560615, 563054, 563651, 563150, 563754, 563253, 563850, 563356, 563953, 563452, 564056, 563533, 564130, 564410, 564594, 564675, 566635, 566753, 566871, 566650, 566775, 566893, 566672, 566790 et 566915 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, 566576, 566591, 566613, 566694, 566716, 566731, 566812, 566834 et 566856).

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.

Le Conseil technique de la kinésithérapie est invité à élaborer en 2025 une définition concernant des prestations remboursables et non remboursables et de ce qui peut ou non faire l'objet d'une « indemnité d'utilisation » demandée par le kinésithérapeute conventionné (matériel non réutilisable, usage unique,...).

§ 2. Il peut également déroger aux taux des honoraires prévus dans la présente convention en cas d'exigences particulières du bénéficiaire non hospitalisé, à savoir :

- lorsque, à la demande du bénéficiaire, la prestation doit être effectuée avant 8 heures ou après 19 heures ;
- lorsque, à la demande du bénéficiaire, le traitement est effectué le week-end ou un jour férié légal, sauf en cas de prescription expresse du médecin précisant que le traitement doit être effectué un des jours précisés ci-dessus ;

Le dispensateur informe le bénéficiaire avant le commencement du traitement, tel qu'il est défini au présent article, sur le montant des honoraires. En cas de litige, la charge de la preuve que l'information a été donnée incombe au dispensateur.

Cependant, si le kinésithérapeute fixe des heures de consultation à son cabinet ou, de sa propre initiative, donne des soins au domicile du bénéficiaire soit après 19 heures et avant 8 heures, soit durant le week-end, soit un jour férié légal, les honoraires ne peuvent être majorés pour ces prestations.

Le week-end commence le vendredi à 19.00 heures et se termine le lundi à 08.00 heures.

§3. L'arrondi obligatoire du montant qu'un patient paie en espèces n'affecte pas le respect des dispositions de la présente convention (principalement les tarifs et la règle des 85% à l'art. 7) par les kinésithérapeutes qui ont adhéré, à condition que l'arrondi soit effectué conformément aux règles en vigueur.

Art. 5. § 1^{er}. Le kinésithérapeute s'engage à afficher de façon clairement visible dans la salle d'attente et le cas échéant sur son site web son statut de conventionnement. Le kinésithérapeute s'engage à informer le bénéficiaire, avant le début du traitement sur la signification et les conséquences de cela.

De même, le kinésithérapeute s'engage à informer le bénéficiaire sur les conséquences et limitations prévues à l'article 7, §§ 10, 12, 13 et 14 de la nomenclature des soins de santé.

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

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

Art. 6. Les prestations reprises au Chapitre III, section 3, de la nomenclature des prestations de santé donnent lieu, de la part de l'assurance, à une intervention fixée par l'article 7 de l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle du bénéficiaire dans les honoraires pour certaines prestations.

Art. 7. Sans préjudice des dispositions de l'article 37, § 17 de la loi, le kinésithérapeute s'engage à percevoir la quote-part personnelle au bénéficiaire, dans au moins 85% des prestations attestées par lui. Dans ce cadre, le kinésithérapeute ne peut faire de distinction entre les bénéficiaires, ni sur la base de l'organisme assureur auxquels ils sont affiliés, ni sur la base du type de prestation.

Art. 8. Les organismes assureurs rassemblent, d'une manière établie par la Commission de convention, du matériel chiffré sur un rapport possible entre la non-perception systématique de l'intervention personnelle et une moyenne importante de prestations par bénéficiaire.

Les organismes assureurs transmettent au plus tard fin octobre 2025 ces données, concernant l'année 2024, de manière anonymisée à la Commission de conventions. La Commission de convention détermine ensuite à partir de quel point les kinésithérapeutes individuels sont sélectionnés pour être contrôlés par les organismes assureurs dans le cadre d'une procédure contradictoire quant au respect de leurs engagements, notamment ceux repris à l'article 7.

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

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

Art. 9. La Commission de conventions est compétente pour concilier les contestations qui peuvent surgir à propos de l'interprétation ou de l'exécution de la présente convention. Elle peut également concilier des contestations quant à l'interprétation de la nomenclature des prestations de santé.

Art. 10. § 1er. L'objectif budgétaire pour les prestations de l'article 7 de la nomenclature des prestations de santé est fixé sur base des dispositions légales et réglementaires en vigueur en la matière.

Conformément à l'article 51, § 2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, aussitôt qu'il est constaté que l'objectif budgétaire annuel partiel est dépassé ou risque d'être dépassé, les parties appliquent des mécanismes de correction.

§ 2. Les mesures de correction sont sélectives et comportent entre autres une diminution des dépenses des prestations ayant contribué le plus au dépassement ou au risque précités. Les mesures comportent pour les prestations concernées une diminution des valeurs du facteur de multiplication M fixées à l'article 4. Ces valeurs sont diminuées au moins d'un pourcentage égal à celui du dépassement ou du risque précités, tel qu'il ressort des rapports établis trimestriellement dans le cadre de l'audit permanent des dépenses en soins de santé visé à l'article 51, § 4 de la loi coordonnée susvisée.

En cas de non-application, constatée par le Conseil général dans le mois qui suit la date prévue d'entrée en vigueur des économies structurelles visées au § 1er de l'article 40 de la loi coordonnée susvisée ou de celles visées à l'article 18 de la loi coordonnée susvisée, une réduction automatique et immédiatement applicable des honoraires, prix ou autres montants ou des tarifs de remboursement sera alors appliquée d'office aux dispensateurs et aux organismes assureurs le premier jour du deuxième mois qui suit la date d'entrée en vigueur des économies visées.

L'application de la diminution ou de la réduction automatique prévue aux deux premiers alinéas ne peut être invoquée ni par une des parties ayant conclu la convention, ni par le dispensateur individuel qui y adhère pour dénoncer cette convention ou cette adhésion.

Art. 11. La convention est adoptée pour les années 2025 et 2026 pour autant qu'elle ne soit pas remplacée par une nouvelle convention négociée en Commission de conventions. 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 2024 sont supposés maintenir leur adhésion à cette convention, sauf manifestation contraire de leur volonté exprimée en utilisant l'application électronique sécurisée ProSanté dans les trente jours suivant la date de l'envoi par le Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité de la présente convention.

Toutefois, la convention peut être dénoncée avant le 15 décembre de chaque année en utilisant l'application électronique sécurisée ProSanté, par tout kinésithérapeute ayant adhéré à la convention et, dans ce cas, elle a pour effet de faire cesser l'adhésion de cette seule personne à partir du 1er janvier qui suit cette dénonciation.

Art. 12. Pour l'application de l'article 49, § 7 de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994, le Comité de l'assurance doit constater si le quorum d'adhésions de 60% est atteint ou non. En vue de constater si le quorum visé ci-dessus est ou non atteint, le nombre de kinésithérapeutes auquel il faut rapporter le nombre de kinésithérapeutes ayant adhéré à la convention, est établi comme suit : nombre de kinésithérapeutes ayant un profil de dispensateur pour l'année comptable 2023 augmenté du nombre de kinésithérapeutes qui ont obtenu un numéro INAMI en 2024 avec une vérification supplémentaire afin que les kinésithérapeutes ayant un numéro INAMI désactivé entre-temps ne soient pas inclus dans le calcul.

Fait à Bruxelles, le 13 janvier 2025

Le Secrétaire du Comité de l'assurance,

La Présidente du Comité de l'assurance

M. DAUBIE
Fonctionnaire dirigeant

A. KIRSCH