

**M/24**

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

**Service des soins de santé**

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

---

**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 14 décembre 2023, sous la Présidence de Monsieur Patrick VERLIEFDE, conseiller, délégué à cette fin par Monsieur Mickael DAUBIE, 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**

Conformément à la vision d'une approche pluriannuelle dans un cadre stable avec des moyens suffisants, il a été opté pour une convention de deux ans (2024-2025).

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 de la prestation des soins.

## CADRE FINANCIER

Au sein de la Commission de conventions, il est plaidé pour une approche pluriannuelle dans un cadre financier stable avec des ressources financières suffisantes où des honoraires équitables sont recherchés.

Il faut poursuivre prioritairement les efforts pour aligner davantage la rémunération du kinésithérapeute sur celle de groupes professionnels comparables. Cette convention en fait partie.

### 1) Article 7 de la nomenclature

Dans le cadre des moyens disponibles mentionnés ci-dessous :

<b>Moyens disponibles (en 000 EUR)</b>	<b>Application</b>	<b>Base annuelle</b>
Masse d'indexation 2024	01-01-24	83.681
Efforts complémentaires Appropriate Care	01-01-24	-2.823
Montant attribué pour de nouvelles initiatives	01-01-24	38.718
<b>Total</b>		<b>119.576</b>
<b>Projet Frailty</b>	<b>01-01-24</b>	<b>924</b>

A partir du 1<sup>er</sup> février 2024 :

- Revalorisation des honoraires concernant les prestations M24 en pathologie courante (de la 1<sup>ère</sup> à la 18<sup>ème</sup> séance) jusqu'à 30 euros et 33 euros pour la visite à domicile ;
- Revalorisation des honoraires concernant les prestations M24 en pathologie Fa (de la 1<sup>ère</sup> à la 60<sup>ème</sup> séance) jusqu'à 30 euros et 33 euros pour la visite à domicile ;
- Revalorisation des honoraires concernant les prestations M24 en pathologie Fb (de la 1<sup>ère</sup> à la 60<sup>ème</sup> séance) jusqu'à 30 euros et 33 euros pour la visite à domicile ;
- Revalorisation de l'honoraire concernant la prestation M24 564336 en pathologie Fb (de la 61<sup>ème</sup> à la 80<sup>ème</sup> séance) (visite à domicile) jusqu'à 28 euros;
- Revalorisation des honoraires concernant les prestations M24 en pathologie lourde jusqu'à 30 euros et 33 euros pour la visite à domicile ;
- Revalorisation des honoraires concernant toutes les prestations M36 jusqu'à 43,95 euros et 46,95 euros pour la visite à domicile ;
- Revalorisation des honoraires concernant toutes les prestations M48 jusqu'à 58,50 euros et 61,50 euros pour la visite à domicile ;
- Revalorisation des honoraires concernant toutes les prestations M96 jusqu'à 117 euros et 120 euros pour la visite à domicile ;
- Revalorisation des honoraires concernant les prestations périnatales M24 jusqu'à 30 euros et 33 euros pour la visite à domicile
- Revalorisation des honoraires concernant la prestations M24 564701 (2<sup>ème</sup> séance journalière pour un bénéficiaire hospitalisé) jusqu'à 30 euros ;
- Revalorisation des honoraires concernant toutes les prestations M16 de 1 euro à l'exception des prestations 61 à 80 en pathologie Fb ;
- Revalorisation des honoraires concernant l'examen kinésithérapeutique à titre consultatif jusqu'à 30 euros et 33 euros pour la visite à domicile ;

- Revalorisation des honoraires concernant la prestation rapport écrit au cabinet du kinésithérapeute ou au domicile du patient jusqu'à 32 euros ;
- Revalorisation des honoraires concernant la prestation rapport écrit au domicile ou en résidence communautaires de personnes âgées, de personnes handicapées ou en maison de soins psychiatriques jusqu'à 14,40 euros ;

## 2) Prime pour promotion de la qualité

La prime pour la promotion de la qualité pour l'année 2024 est portée à 2.550 euros. Cette augmentation correspond à un budget de 3,388 millions d'euros sur base annuelle.

La prime pour la promotion de la qualité pour l'année 2025 sera encore augmentée conformément à l'adaptation d'index pour 2025.

## 3) Engagements pour 2024

En 2024, la Commission des conventions préparera une réévaluation des honoraires afin de résorber progressivement le retard accumulé par rapport à des groupes professionnels similaires et de viser un honoraire égal pour un investissement en temps égal, quel que soit le lieu de prestation ou la nature de la pathologie traitée. Un effort significatif devrait également être fait pour revaloriser davantage la rémunération des traitements de kinésithérapie au domicile du patient.

La Commission de conventions organisera en collaboration avec le Conseil technique, une réflexion sur les mesures de soins appropriés qui visent de la kinésithérapie de qualité avec une affectation efficiente des moyens.

La Commission de conventions élaborera les modalités d'un enregistrement obligatoire de tous les montants facturés par les kinésithérapeutes en 2024; dans le cadre où cette obligation s'appliquerait à tout secteur et avec des modalités similaires.

La Commission de conventions demande instamment que la réflexion sur l'harmonisation des frais de déplacement sur les différents secteurs au sein du Comité de l'assurance soit effectivement achevée en 2024 afin qu'une proposition harmonisée puisse être incluse dans le cadre des discussions budgétaires de 2025.

La Commission des conventions appelle à un suivi ciblé de l'utilisation qualitative et adéquate des moyens de l'assurance maladie.

La Commission des conventions demande une réflexion intersectorielle sur l'octroi du forfait palliatif et du maintien du statut palliatif qui y est lié (parfois pendant plusieurs années).

La Commission de conventions insiste pour que le Conseil technique élabore le plus rapidement possible une proposition concrète concernant le projet « frailty » et les séances de groupe.

La Commission de conventions souhaite 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. La présentation, à la Commission de conventions, du rapport d'audit annuel sur les maisons médicales pourrait être un premier pas dans ce sens.

La Commission de conventions s'engage à élaborer un plan d'action assorti d'un calendrier de manière à ce que l'état d'avancement des réflexions, en ce compris les thèmes transversaux soit soumis à la Commission de conventions au plus tard le 30 juin 2024.

La Commission de conventions souhaite poursuivre, au cours de l'année 2024, le débat sur le rééquilibrage des tickets modérateurs. Pour ce faire, la clarté sur le mécanisme et l'impact budgétaire est indispensable.

Globalement il y a un équilibre budgétaire en 2024 et un dépassement de 10,562 millions d'euros sur base annuelle. Ce montant sera compensé dans les moyens disponibles pour le secteur de la kinésithérapie pour 2025 en tenant compte de la norme de croissance des soins de santé. Une réflexion sur la réestimation de la sous-utilisation éventuelle en 2024 sera menée à ce sujet.

\* \* \* \* \*

**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<sup>er</sup>.** 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<sup>er</sup> janvier de chaque année à l'évolution de la valeur de l'indice santé visé à l'article 1<sup>er</sup> dudit arrêté royal. 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.** A partir du 1<sup>er</sup> février 2024, les honoraires d'un certain nombre de prestations sont revalorisés :

Par une adaptation de la valeur du coefficient multiplicateur M (voir §3) les honoraires pour les prestations 567011, 560011, 567055, 560114, 567092, 560210, 567206, 560501, 567232, 567243, 560534 et 560545 (prestations M 24 de la rubrique « prestations courantes ») sont portés à 30 euros

Par une adaptation de la valeur du coefficient multiplicateur M (voir §3) les honoraires pour les prestations 567136 et 560313 (prestations M 24 pour visite à domicile de la rubrique "prestations courantes") sont portés à 33 euros.

Par une adaptation de la valeur du coefficient multiplicateur M (voir §3) les honoraires pour les prestations 567276, 563010, 567291, 563113, 567313, 563216, 567350, 567361, 563570 et 563581 (prestations M 24 de la rubrique Fa) sont portés à 30 euros.

Par une adaptation de la valeur du coefficient multiplicateur M (voir §3) les honoraires pour les prestations 567335 et 563312 (prestations M 24 pour les visites à domicile de la rubrique Fa) sont portés à 33 euros.

Par une adaptation de la valeur du coefficient multiplicateur M (voir §3) les honoraires pour les prestations 563614, 563710, 563813, 564174 et 564185 (prestations M 24 de la rubrique Fb) sont portés à 30 euros.

Par une adaptation de la valeur du coefficient multiplicateur M (voir §3) les honoraires pour la prestation 563916 (prestation M 24 pour visite à domicile de la rubrique Fb) sont portés à 33 euros.

Par une adaptation de la valeur du coefficient multiplicateur M (voir §3) les honoraires pour la prestation 564336 (prestation M 24 pour visite à domicile de la rubrique Fb) sont portés à 28 euros.

Par une adaptation de la valeur du coefficient multiplicateur M (voir §3) les honoraires pour les prestations 560652, 560770, 560895, 561245, 561315 et 561326 (prestations M 24 de la rubrique "pathologies lourdes") sont portés à 30 euros.

Par une adaptation de la valeur du coefficient multiplicateur M (voir §3) les honoraires pour la prestation 561013 (prestation M 24 pour la visite à domicile de la rubrique "pathologies lourdes ») sont portés à 33 euros.

Par une adaptation de la valeur du coefficient multiplicateur M (voir §3) les honoraires pour les prestations 639656, 639671, 639693, 639730, 639752, 639833, 639774, 639785, 562332, 562354 et 562376 (prestations M 36 des rubriques Fb et « pathologies lourdes ») sont portés à 43,95 euros.

Par une adaptation de la valeur du coefficient multiplicateur M (voir §3) les honoraires pour les prestations 639715 et 562391 (prestations M 36 pour visite à domicile des rubriques Fb et « pathologies lourdes ») sont portés à 46,95 euros.

Par une adaptation de la valeur du coefficient multiplicateur M (voir §3) les honoraires pour les prestations 560755, 560873, 560991, 561212, 561304, 562413, 562435, 562450, 562505, 564476, 639332, 639354, 639376, 639413, 639446, 639450, 639461, 639472 et 639796 (prestations M 48 de la rubrique "pathologies lourdes") sont portés à 58,50 euros.

Par une adaptation de la valeur du coefficient multiplicateur M (voir §3) les honoraires pour les prestations 561116, 562472 et 639391 (prestations M 48 pour visite à domicile de la rubrique "pathologies lourdes") sont portés à 61,50 euros.

Par une adaptation de la valeur du coefficient multiplicateur M (voir §3) les honoraires pour les prestations 639494, 639516, 639531, 639575, 639601, 639612, 639623, 639634 et 639811 (prestations M96 de la rubrique "pathologies lourdes") sont portés à 117 euros.

Par une adaptation de la valeur du coefficient multiplicateur M (voir §3) les honoraires pour la prestation 639553 (prestation M 96 pour visite à domicile de la rubrique "pathologies lourdes") sont portés à 120 euros.

Par une adaptation de la valeur du coefficient multiplicateur M (voir §3) les honoraires pour les prestations 561595, 561610, 561632, 561702, 561713 et 561724 (prestations M 24 de la rubrique "kinésithérapie périnatale ") sont portés à 30 euros.

Par une adaptation de la valeur du coefficient multiplicateur M (voir §3) les honoraires pour la prestation 561654 (prestation M24 pour la visite à domicile de la rubrique " kinésithérapie périnatale ") sont portés à 33 euros.

Par une adaptation de la valeur du coefficient multiplicateur M (voir §3) les honoraires pour la prestation M24 564701 (2<sup>ème</sup> séance journalière pour le bénéficiaire hospitalisé) sont portés à 30 euros.

Par une adaptation de la valeur du coefficient multiplicateur M (voir §3) les honoraires pour les prestations 560416, 560571, 564395, 561131, 561352, 564432, 561676, 564550, 563415, 563496, 564572, 564012, 564093 et 564631 (prestations M 16 de différentes rubriques) sont portés à 18,20 euros.

Par une adaptation de la valeur de de coefficient multiplicateur M (voir §3) les honoraires pour les prestations 560092, 560195, 560291, 560733, 560851, 560976, 563091, 563194, 563290, 563695,

563791 et 563894 (prestations M 24 pour examen kinésithérapeutique consultatif de diverses rubriques) sont portés à 30 euros.

Par une adaptation de la valeur du coefficient multiplicateur M (voir §3) les honoraires pour les prestations 560394, 561094, 563393 et 563990 (prestations M 24 pour examen kinésithérapeutique consultatif (visite à domicile) de diverses rubriques) sont portés à 33 euros.

Par une adaptation de la valeur du coefficient multiplicateur M (voir §3) les honoraires pour les prestations 560711, 560836, 560954, 561072, 563076, 563172, 563275, 563371, 563673, 563776, 563872 et 563975 (prestations M 34,62 pour rapport écrit de diverses rubriques) sont portés à 32 euros

Par une adaptation de la valeur du coefficient multiplicateur M (voir §3) les honoraires pour les prestations 561190, 561411, 564454, 563474, 563555, 564616, 564071, 564152 et 564491 (prestations M 14,50 pour rapport écrit de diverses rubriques) sont portés à 14,40 euros.

## § 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 28.2.2024, sur la plateforme PE-online pour l'année 2023 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 28.2.2025, sur la plateforme PE-online pour l'année 2024 aux critères de qualité, reçoit une prime de 2.550 € + indexation pour 2025, qu'il soit conventionné ou non.

## § 3. Jusqu'au 31 janvier 2024 inclus, les valeurs du facteur de multiplication M de toutes les prestations reste les mêmes que ceux fixés dans l'avenant à la convention M22bis

A partir du 1<sup>er</sup> février 2024, la valeur du coefficient multiplicateur est fixée à :

- 1,250000 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 ;
- 1,375000 pour les prestations 567136, 560313, 567335, 563312, 563916, 561013, 561654, 560394, 561094, 563393, 563990 ;
- 1,220833 pour les prestations 639656, 639671, 639693, 639730, 639752, 639833, 639774, 639785, 562332, 562354, 562376 ;
- 1,304167 pour les prestations 639715, 562391 ;
- 1,218750 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 ;
- 1,281250 pour les prestations 561116, 562472, 639391 ;
- 1,137500 pour les prestations 560416, 560571, 564395, 561131, 561352, 564432, 561676, 564550, 563415, 563496, 564572, 564012, 564093, 564631 ;
- 0,924321 pour les prestations 560711, 560836, 560954, 561072, 563076, 563172, 563275, 563371, 563673, 563776, 563872, 563975 ;
- 0,993103 pour les prestations 561190, 561411, 564454, 563474, 563555, 564616, 564071, 564152, 564491 ;
- 0,602500 pour les prestations 560523, 561260 ;
- 0,451250 pour les prestations 560055, 560151, 560254, 563054, 563150, 563253, 563651, 563754, 563850 ;

- 0,456250 pour les prestations 563452, 563533, 564056, 564130, 564594, 564675 ;
- 0,410000 pour les prestations 560453, 560615, 564410 ;
- 0,612500 pour les prestations 561551, 561562 ;
- 0,639167 pour les prestations 561433, 561455, 561470, 561492, 561540 ;
- 0,510833 pour les prestations 561514, 564535, 561573 ;
- 1,063333 pour la prestation 564255 ;
- 1,041667 pour les prestations 564270, 564292, 564314 ;
- 0,587500 pour les prestations 560696, 560814, 560932, 561050, 561282 ;
- 0,470000 pour les prestations 561175, 561396, 564513 ;
- 0,578333 pour la prestation 564233 ;
- 0,508333 pour les prestations 560350, 563356, 563953 ;
- 0,761667 pour les prestations 567173, 566974, 566996 ;
- 1,166667 pour les prestations 567033, 567070, 567114, 567151, 567221, 564336 ;
- 0,945000 pour les prestations 567254, 567265 ;
- 1,125000 pour la prestation 564211 ;
- 0,975000 pour les prestations 564351, 564373, 564653.

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.

**§4.** 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<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, II, et 561654 mentionnée au §1<sup>er</sup>, 4<sup>o</sup>, 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<sup>er</sup>, 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<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup>, 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<sup>er</sup>, 6<sup>o</sup>, 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<sup>er</sup>, 7<sup>o</sup> 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 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.

**§ 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. § 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 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<sup>er</sup> / 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 conclue pour les années 2024 et 2025. 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 2023 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 publication de la présente convention au Moniteur belge.

La convention peut être dénoncée avant le 15 décembre 2024 :

a) par une des parties impliquées dans la convention si elle constate, avec preuves à l'appui que les engagements pour 2024 pris dans le cadre financier de cette convention ne sont pas respectés.

Cette dénonciation doit être faite avant le 15 décembre 2024, par lettre recommandée, 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 des organisations professionnelles représentées à la Commission de conventions ou trois quart des membres représentants des organismes assureurs. Ces membres doivent être des membres effectifs et des membres suppléants qui les remplacent et ont voix délibérative. 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 2024

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 2022 augmenté du nombre de kinésithérapeutes qui ont obtenu un numéro INAMI en 2023 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,

Pour les organismes assureurs,

Pour l'organisation professionnelle des  
kinésithérapeutes,