

M/13

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

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

**Service des soins
de santé**

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

Lors de la réunion de la Commission de conventions entre les kinésithérapeutes et les organismes assureurs du 6 décembre 2012, sous la Présidence de Monsieur Alain GHILAIN, Conseiller général, délégué à cette fin par 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.

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. 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.

Art. 3. § 1 La Commission de conventions prend acte du montant de l'objectif budgétaire partiel pour l'année 2013, fixé par le Conseil général à 657.250 milliers d'euros et fixe les priorités suivant le plan suivant :

PLAN PLURIANNUEL 2013/2014

1. REVALORISATION DES HONORAIRES

En vue de poursuivre la politique menée depuis plusieurs années, un montant de 17.653 milliers d'euros issus de masse d'index est affecté à une revalorisation linéaire des honoraires de l'ensemble des séances individuelles de kinésithérapie au 1^{er} janvier 2013 portant le facteur de multiplication M aux valeurs figurant au §2 du présent article de la convention nationale et reprises ci-dessous.

La Commission de conventions s'engage à mener des négociations pour qu'à l'avenir, toute revalorisation d'honoraire ne soit plus directement associée à une diminution des tickets modérateurs et que les pourcentages de remboursement soient donc fixés au niveau actuel. Dans ce cadre, la Commission de conventions s'engage à examiner, lorsqu'elle sera disponible, l'étude 2010-19 « Conception optimale de mécanismes favorisant l'accessibilité financière et la viabilité du système des soins de santé en Belgique » du Centre Fédéral d'expertise. Cette étude vise à présenter une vision globale des mécanismes de participation financière des patients ainsi que des mesures de protection dans le cadre du système belge d'assurance obligatoire de soins de santé. L'objectif général de l'étude est de simplifier la structure actuelle des co-paiements et des tickets-modérateurs, et d'améliorer la cohérence entre ces mécanismes et les mesures de protections. La Commission de convention s'engage à ce que les éventuels moyens supplémentaires qui seraient dégagés par une telle réforme des tickets modérateurs puissent être utilisés au sein du budget du secteur comme moyen de financement pour de nouvelles initiatives.

2. NOMENCLATURE

- i. INTRODUCTION D'UNE PRESTATION MULTIDISCIPLINAIRE : La Commission de conventions demandera au Conseil technique de la kinésithérapie d'examiner, dans les limites budgétaires disponibles, la possibilité d'introduire une prestation multidisciplinaire à domicile. Après l'examen de cette possibilité par le Conseil technique, une concertation avec les autres secteurs concernés aura lieu. Les moyens nécessaires à leur introduction dans la nomenclature devront être évalués en vue de leur inscription dans les besoins 2014.
- ii. 2^{ème} GRANDE SEANCE PAR JOUR EN SOINS INTENSIFS : La Commission de conventions étudiera, dans les limites budgétaires disponibles, la possibilité d'introduire une 2^{ème} grande séance par jour en soins intensifs. Les moyens nécessaires à cette mesure devront être évalués en vue de son inscription dans les besoins 2014.
- iii. SUIVI DES « PETITES SEANCES » ET 2^{ème} SEANCES JOURNALIERE POUR PATIENTS HOSPITALISES : La Commission de conventions s'engage à suivre l'évolution du nombre de petites séances et 2^{ème} séance journalière attestées pour les patients hospitalisés et, le cas échéant, à prendre, dans les limites budgétaires disponibles, des mesures à ce niveau.
- iv. KINESITHERAPEUTES PRESTANT EN NOMENCLATURE K OU R OU KINESITHERAPEUTES TRAVAILLANT AU FORFAIT : La Commission de

conventions étudiera des pistes afin que les prestations effectuées par les kinésithérapeutes dans la nomenclature K et dans la nomenclature R et par les kinésithérapeutes salariés effectuant des prestations remboursées dans un système forfaitaire (maison de repos et de soins, maisons médicales) puissent être prises en compte dans la comptabilisation du nombre maximum de prestations attestables par ces kinésithérapeutes.

- v. **CONTINGEMENT DES PRESTATIONS EN LISTE DES PATHOLOGIES LOURDES** : La Commission de conventions demandera au Conseil technique de la kinésithérapie d'étudier les possibilités d'un contingentement des prestations en liste des pathologies lourdes. La Commission de convention s'engage à ce que les éventuels moyens supplémentaires dégagés par cette adaptation de la nomenclature puissent être utilisés au sein du budget du secteur comme moyen de financement pour de nouvelles initiatives.
- vi. **INTERVENTION DANS LES CÔUTS DE MATERIEL** : La Commission de conventions étudiera, dans les limites budgétaires disponibles, les possibilités qui pourraient être envisagées pour qu'à l'avenir, dans certaines situations particulières, des coûts importants de matériel utilisé puissent être remboursés. Ces coûts pourraient, par exemple, être remboursés en augmentant l'honoraire de la prestation concernée ou par une intervention distincte. Le matériel à usage unique ou le matériel à utiliser par le patient en dehors des séances de kinésithérapie devraient être pris en compte différemment.

3. PROMOTION DE LA QUALITE

La Commission de conventions demandera les moyens financiers nécessaires afin que le projet pilote « promotion de la qualité » soit poursuivi pendant les deux années couvertes pendant la présente convention afin d'en assurer la continuité.

Le montant estimé nécessaire pour assurer le fonctionnement de ce projet est de 500 milliers d'euros, sur base annuelle, pendant les deux années couvertes par la présente convention. La Commission de conventions s'engage à prévoir la possibilité d'une intervention financière pour les kinésithérapeutes qui satisfont à des critères encore à définir.

4. AVANTAGES SOCIAUX

Les parties à la convention recommandent que le niveau à atteindre dans les deux années couvertes par la présente convention concernant le montant annuel versé par l'INAMI au titre des avantages sociaux pour les kinésithérapeutes qui adhèrent à la convention soit porté au niveau de 1950 euros en 2013 et 2.300 euros en 2014. En tout état de cause, les montants des avantages sociaux devraient, au minimum, être indexés chaque année.

5. HARMONISATION NOMENCLATURES K ET M :

La Commission de conventions continuera à étudier des pistes afin qu'une concertation soit organisée entre les partenaires des différents secteurs concernés (CMD, CNMM, CCM) en vue de déterminer les mesures à recommander à l'autorité publique pour optimiser et harmoniser dans des situations cliniques identiques, la prise en charge des patients en kinésithérapie et en médecine physique en Belgique.

6. EXAMEN A TITRE CONSULTATIF HORS PRESCRIPTION :

La Commission de conventions s'engage à étudier, en concertation avec le SPF Santé publique, l'éventualité d'une adaptation de la réglementation en vue de permettre, dans certaines situations et dans les limites budgétaires disponibles, d'ouvrir la possibilité pour les kinésithérapeutes d'attester une prestation « examen à titre consultatif » sans disposer d'une prescription médicale.

7. PRIME TELEMATIQUE

La Commission de conventions s'engage à étudier une adaptation de l'arrêté royal du 18 février 2005 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire

soins de santé et indemnités accorde une intervention financière aux kinésithérapeutes pour l'utilisation de la télématique et pour la gestion électronique des dossiers. Cette adaptation viserait, entre autre, à fixer à 1.000 (au lieu de 500 actuellement) le nombre minimum de prestations à attester par kinésithérapeutes afin de pouvoir bénéficier de cette prime. La Commission de conventions s'engage à ce que les éventuels moyens supplémentaires dégagés par cette mesure puissent être utilisés au sein du budget du secteur comme moyen de financement pour de nouvelles initiatives.

8. TAUX REDUIT DES INTERVENTIONS PERSONNELLES

La Commission de conventions étudiera après évaluation, la possibilité d'adapter l'arrêté royal du 23 mars 1982 afin de ne plus prévoir l'application du taux réduit des interventions personnelles aux situations post-opératoires. La Commission de conventions s'engage à ce que les éventuels moyens supplémentaires dégagés par cette mesure puissent être utilisés au sein du budget du secteur comme moyen de financement pour de nouvelles initiatives.

9. FRAIS DE DEPLACEMENT

Pendant la période couverte par la Convention M/10, la Commission de conventions a tenté de mener une réflexion concertée sur l'harmonisation des frais de déplacement des différents prestataires de soins de santé. Elle a établi, à cette fin, des contacts avec les autres Commissions de conventions concernées afin de constituer un groupe de travail mixte ayant pour mission de tenter de trouver un solution à ce dossier. Cette concertation s'est avérée impossible. Face à ce constat, la Commission de conventions étudiera, dans les limites budgétaires disponibles, et en tenant compte des autres besoins du secteur, notamment les besoins thérapeutiques, la possibilité de revaloriser le supplément forfaitaire pour les frais de déplacement à moins que le Comité de l'assurance ne prenne une nouvelle initiative en matière d'harmonisation des frais de déplacement.

§2 A partir du 1^{er} janvier 2013, la valeur du facteur de multiplication M est fixée à :

- 0,914974 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 ;
- 0,907654 pour les prestations 562332, 562354, 562376, 562391, 639656, 639671, 639693, 639715 ;
- 0,713097 pour les prestations, 560523, 561260 ;
- 0,821786 pour les prestations 560055, 560151, 560254, 560350, 563054, 563150, 563253, 563356, 563651, 563754, 563850, 563953 ;
- 0,899577 pour les prestations 560416, 560571, 561131, 561190, 561352, 561411, 561676, 563415, 563474, 563496, 563555, 564012, 564071, 564093, 564152, 564351, 564373 ;
- 0,900335 pour les prestations 563452, 563533, 564056, 564130 ;
- 0,777561 pour les prestations 560534, 560545, 561315, 561326, 561713, 561724, 563570, 563581, 564174, 564185 ;
- 0,808380 pour les prestations 560453, 560615 ;
- 0,724735 pour les prestations, 561551, 561562 ;
- 0,998152 pour les prestations 561013, 561245 ;
- 0,756177 pour les prestations 561433, 561455, 561470, 561492, 561514, 561540, 561573 ;
- 0,838899 pour la prestation 564255 ;
- 0,735410 pour les prestations 639494, 639516, 639531, 639553, 639575, 639601, 639612, 639623, 639634 ;
- 0,473956 pour les prestations 639730, 639752 ;
- 0,707274 pour les prestations 639774, 639785 ;
- 0,873111 pour les prestations 560711, 560836, 560954, 561072, 563076, 563172, 563275, 563371, 563673, 563776, 563872, 563975 ;

- 0,794170 pour les prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 561304, 562413, 562435, 562450, 562472, 639332, 639354, 639376, 639391, 639413, 639446, 639450, 639461, 639472 ;
- 0 pour les prestations, 560033, 560136, 560232, 560335, 560431, 560556, 560560, 560593, 560674, 560792, 560910, 561035, 561153, 561330, 561341, 561374, 563032, 563135, 563231, 563334, 563430, 563511, 563592, 563603, 563636, 563732, 563835, 563931, 564034, 564115, 564196, 564200, 560696, 560814, 560932, 561050, 561175, 561282, 561396, 564233.

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

Les honoraires des certaines prestations à domicile : 560313, 560350, 560394, 561013, 561094, 561116, 561654, 562391, 563312, 563356, 563393, 563916, 563953, 563990, 564211, 564336, 639391, 639553 et 639715 sont déterminés comme suit :

(coefficient qui exprime la valeur relative) x (valeur du facteur M)

+

1 x (valeur du facteur E fixée à 0,38 EUR au 1^{er} janvier 2013)

La partie des honoraires égale à 1 E correspond à un supplément forfaitaire pour les frais de déplacement.

Les honoraires de la prestation à domicile 562472 est déterminé comme suit :

(coefficient qui exprime la valeur relative) x (valeur du facteur M)

+

2 x (valeur du facteur E fixée à 0,38 EUR au 1^{er} janvier 2013)

La partie des honoraires égale à 2 E correspond à un supplément forfaitaire pour les frais de déplacement.

Tout en gardant les mêmes honoraires et remboursements, les valeurs reprises au présent paragraphe seront adaptées, lors de l'entrée en vigueur de l'arrêté royal qui :

- supprime toutes les petites séances à l'exception des prestations 560523 et 561260 (pour patients hospitalisés) ;
- supprime toutes les 2^{ème} séances journalières à l'exception des prestations du §12 de la nomenclature ;
- ajoute rétroactivement les cas d'insuffisance respiratoire aiguë d'origine neurologique comme pouvant ouvrir le droit aux prestations de minimum 60 minutes réparties en minimum 2 périodes de traitement actuellement limitées aux seules affections reprises sous le point j) de la liste des pathologies lourdes ;
- limite par kinésithérapeute, le nombre de valeurs de M attestable par trois mois et par année civile.

En effet, pour cette dernière mesure, afin de faciliter le comptage des valeurs de M et de leur rendre une proportionnalité correcte par rapport à la durée des séances, des valeurs de M24, M16 et M12 sont attribuées à toutes les séances, respectivement, d'une durée globale moyenne de 30 minutes, d'une durée globale moyenne de 20 minutes et d'une durée globale moyenne de 15 minutes. Par souci de cohérence, les prestations actuellement « non liées à la notion de durée » se voient attribuer une durée globale moyenne de 15 minutes et les prestations de minimum 20 minutes se voient attribuer une durée globale moyenne de 20 minutes. Cette mesure devrait occasionner une économie estimée à 703.000 euros sur base annuelle. La Commission de convention s'engage à ce que ces éventuels moyens supplémentaires puissent être utilisés au sein du budget du secteur comme moyen de financement pour de nouvelles initiatives.

Art. 4. § 1^{er}. Le kinésithérapeute s'engage à respecter les taux des honoraires fixés à l'article 3 pour les prestations prévues à l'article 7 de la nomenclature des prestations de santé, sauf pour les prestations numéros 560055, 560151, 560254, 560350, 560453, 560615, 563054, 563651, 563150, 563754, 563253, 563850, 563356, 563953, 563452, 564056, 563533 et 564130 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 et 564174).

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

§ 2. Il peut également déroger aux taux desdits honoraires en cas d'exigences particulières du bénéficiaire non hospitalisé, à savoir :

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

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

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

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

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

§ 2. Toutefois, lorsqu'il s'agit de prestations visées à l'article 7, § 1^{er}, 1^o, V, 2^o, 3^o, V, 4^o, V, 5^o, V et 6^o, V de la nomenclature des prestations de santé, le dispensateur de soins visé à l'article 1^{er} peut opter pour l'application du système du tiers payant pour la partie des honoraires qui est à charge de l'organisme assureur. Dans ce cas, il le précise au moment de son adhésion ou en avise le Service des soins de santé par lettre recommandée. De même, il peut renoncer à l'option pour le tiers payant moyennant avis par lettre recommandée au Service des soins de santé, avec effet au 1^{er} jour du trimestre calendrier suivant la date de la lettre recommandée

§ 3. Si le dispensateur de soins visé à l'article 1^{er} a opté pour le système du tiers payant, ce mode de paiement est applicable aux bénéficiaires de tous les organismes assureurs et à l'ensemble des prestations effectuées visées à l'article 7, § 1^{er}, 1^o, V, 2^o, 3^o, V, 4^o, V, 5^o, V et 6^o, V de la nomenclature des prestations de santé.

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

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

§ 5. En outre, le dispensateur de soins visé à l'article 1^{er}, qu'il ait ou non opté pour le système du tiers payant, comme prévu aux §§ 2 et 3 du présent article, peut recourir à ce système de

paiement, pour la partie des honoraires qui est à charge de l'organisme assureur, en faveur des cas énumérés à l'article 6, 2^e alinéa, 4^o, 5^o et 6^o de l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, alinéa 8, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. Il pourra également recourir à ce système de paiement pour les prestations dispensées aux « patients palliatifs ».

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

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

Simultanément sera remise au patient une facture, ou un document informatif sur lequel sera repris le montant de l'intervention de l'assurance et, le cas échéant, y seront mentionnés la quote-part personnelle ainsi que les autres montants qui seront portés en compte au patient en application de l'article 4.

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

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

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

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

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

Art. 8. Sans préjudice des dispositions de l'article 3, §2, alinéa 3, le kinésithérapeute, qui pour donner des soins à un bénéficiaire se déplace au domicile de ce dernier ne peut lui réclamer des frais de déplacement

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

Si les organismes assureurs, représenté valablement dans ce contexte par le président du Collège intermutualiste national, constate à la fin de la procédure de contrôle visée dans l'article 10, que le kinésithérapeute ne respecte pas cet engagement, la convention est, dans

son chef, annulée de plein droit à partir du premier jour du deuxième mois suivant la notification de cette constatation. La date de la poste fait foi de la date de notification.

Art. 10. Les organismes assureurs 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.

On peut tenir compte des caractéristiques sociales mesurables de la patientèle du kinésithérapeute.

Les organismes assureurs transmettent ces données de manière anonymisée à la Commission de convention. 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 9.

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

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

Une première procédure de contrôle visée au présent article sera effectuée en 2013 dans tous les settings.

Art 11. § 1^{er}. En cas de dépassement des honoraires fixés par la présente convention, le kinésithérapeute est tenu, sur décision de la Commission de convention, de verser à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, à titre de clause pénale, une indemnité égale à trois fois le montant de ce dépassement, avec un minimum de 125 EUR.

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

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

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

Art. 12. § 1^{er}. L'objectif budgétaire pour les prestations de l'article 7 de la nomenclature des prestations de santé est fixé sur base des dispositions légales et réglementaires en vigueur en la matière.

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 3. 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 § 1^{er} 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 via circulaire 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. 13. La présente convention entre en vigueur le 1^{er} janvier 2013. Elle est valable jusqu'au 31 décembre 2014. Elle peut être dénoncée:

1. - soit en cas de modification de l'objectif budgétaire partiel initial, modification de l'article 7 de la nomenclature des prestations de santé, modification de la valeur du facteur de multiplication M, qui ne rencontreraient pas l'approbation de la Commission de convention.

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

- soit avant le 1^{er} novembre de chaque année.

Ces dénonciations doivent être faites, par lettre recommandée à la poste, adressée au Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, par les trois quarts au moins des membres d'un des deux groupes représentés à la Commission de convention et dans le deuxième et troisième cas, elle a pour effet d'annuler la convention à partir du 1^{er} janvier qui suit cette dénonciation.

2. Avant le 1^{er} octobre de chaque année par lettre recommandée à la poste, adressée au Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, par toute personne 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 1^{er} janvier qui suit cette dénonciation.

L'adhésion individuelle à la présente convention produit immédiatement ses effets et vaut pour la durée de la convention. Les kinésithérapeutes qui ont adhéré au texte proposé par le Comité de l'assurance sont, sauf manifestation contraire de leur volonté 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, censés maintenir leur adhésion à cette dernière.

En outre, la présente convention prend fin automatiquement et de plein droit dès l'entrée en vigueur d'une nouvelle convention conclue au sein de la Commission de convention kinésithérapeutes-organismes assureurs.

Art. 14. Pour l'application de l'article 49, § 5 de la loi AMI coordonnée le 14 juillet 1994, le Comité de l'assurance doit constater si le quorum d'adhésions de 60% est atteint ou non. En vue de constater si le quorum visé ci-dessus est ou non atteint, le nombre de kinésithérapeutes auquel il faut rapporter le nombre de kinésithérapeutes ayant adhéré à la convention, est établi comme suit : nombre de kinésithérapeutes avec un profil de dispensateur pour l'année comptable 2010 (18.003) augmenté du nombre de kinésithérapeutes qui ont obtenu un numéro INAMI à partir de 2011 (679).

Art. 15. Le kinésithérapeute qui adhère à la convention fait précéder son numéro du chiffre 1.

Fait à Bruxelles, le 6 décembre 2012.

Pour les organismes assureurs,

Pour l'organisation professionnelle
des kinésithérapeutes,