

Kinésithérapie

Accord sur les règles de transition dans la réforme de la kinésithérapie

Aujourd'hui, 27 mai, le Comité de l'assurance de l'INAMI a approuvé six « règles interprétatives » concernant la réforme du remboursement de la kinésithérapie. Ces règles ont été élaborées par le Conseil technique de la kinésithérapie (CTK) et accompagnent la phase de transition vers la nouvelle nomenclature. En même temps, l'INAMI a également apporté quinze précisions administratives.

Les règles interprétatives devaient être proposées par le CTK. Elles sont nécessaires pour boucler la réforme de la « nomenclature », c'est-à-dire la façon dont la kinésithérapie est remboursée. La nouvelle nomenclature est entrée en vigueur le 1^{er} mai 2002. Les règles interprétatives générales et administratives fournissent entre autres de la clarté quant au nombre de prestations de kiné qui est encore remboursé au tarif le plus élevé, au cas où un certain nombre de prestations ont déjà été effectuées avant le 1^{er} mai et à la manière dont les « anciennes » ordonnances doivent être interprétées.

Le ministre des Affaires sociales apprécie la collaboration de tous les partenaires au sein du CTK lors de la rédaction de ces règles. Il est convaincu que l'approbation de ces règles éliminera les derniers obstacles à une application rigoureuse de la nouvelle nomenclature. Le ministre souligne que la réforme de la kinésithérapie n'est cependant pas encore terminée. Il espère notamment que les kinésithérapeutes signeront aussi vite que possible une nouvelle convention. En effet, les patients qui sont traités par des kinésithérapeutes déconventionnés n'ont pas de sécurité tarifaire.

En outre, Vandenberghe promet une réforme de la physiothérapie, comme les associations de kiné l'ont demandé. Précédemment, le ministre a aussi fait savoir qu'un certain nombre d'affinements de la liste F sont possibles. Cette liste comporte les pathologies pour lesquelles le nombre de séances qui est remboursé au tarif le plus élevé est limité à 60.

Aujourd'hui, le Comité de l'assurance a aussi donné le feu vert pour la création de deux nouveaux centres SFC. Pour le moment, un seul centre de ce genre est opérationnel et il est situé à Louvain. Les nouveaux centres ouvriront leurs portes à Anvers (le 1^{er} juin) et à Gand (le 1^{er} septembre). La création de ces centres concerne également les kinésithérapeutes. En effet, les patients atteints du SFC ne peuvent obtenir 60 séances de kinésithérapie que si le programme de traitement a été approuvé par un centre SFC agréé.

Réforme nomenclature kinésithérapie: règles interprétatives approuvées par le comité de l'assurance

Sauf mention contraire, les règles interprétatives entrent en vigueur le 1^{er} mai 2002.

REGLE INTERPRETATIVE N° 1 (déjà approuvée en avril)

La nomenclature comporte la définition suivante de nouvelle situation pathologique:

par nouvelle situation pathologique, il faut entendre une situation apparue postérieurement à la mise en route du traitement de kinésithérapie réalisé au cours de la même année calendrier et qui soit indépendante de la situation pathologique initiale.

Question: Comment faut-il interpréter la notion de nouvelle situation pathologique telle que reprise aux §§ 10 et 14 de l'article 7 de la nomenclature dans les situations suivantes :

1. arthrose à localisation multiple avec ou sans poussées successives,
2. existence concomitante de deux pathologies chroniques,
3. algoneurodystrophie survenant dans le décours d'une affection traumatique,
4. ablation de matériel d'ostéosynthèse dans les mois qui suivent un traitement orthopédique sanglant?

Réponse:

1. Dans la première situation, il y a lieu de considérer l'arthrose à localisation multiple comme une seule entité nosologique, c'est à dire que des poussées douloureuses de même localisation voire de localisation différente ne peuvent être considérées comme une nouvelle situation pathologique;
2. Dans le cas de coexistence de deux pathologies chroniques, l'alternance ou la concomitance de prise en charge pour l'une ou l'autre des pathologies ne peut justifier l'accord pour des séances de kinésithérapie supplémentaires, la situation pathologique devant être considérée à un moment donné comme un ensemble;
3. Dans le cas de l'apparition secondaire d'une algoneurodystrophie documentée, il est possible de considérer celle-ci comme une nouvelle situation pathologique par rapport à l'affection initiale;
4. Dans le cas de l'ablation de matériel d'ostéosynthèse, celle-ci peut être considérée comme un élément justifiant la reconnaissance par le médecin-conseil de l'existence d'une nouvelle situation pathologique.

REGLE INTERPRETATIVE N° 2

Question: Dans le cadre des spécifications de la nomenclature en son article 7 § 14 (liste F) quels éléments de preuve doivent-ils figurer dans le dossier du kinésithérapeute permettant d'établir que l'assuré se trouve dans l'une des situations pathologiques de la liste allant de a) à h) au dernier alinéa du dit § 14 ?

Réponse:

Le kinésithérapeute doit disposer d'une prescription mentionnant explicitement une des situations pathologiques figurant dans la liste des situations énumérées.

Le diagnostic médical reste sous la responsabilité entière du médecin prescripteur.

Il en va de même en ce qui concerne les autres éléments cliniques et para-cliniques relevant de la compétence médicale telle que la fixation du code de référence de la nomenclature médicale, les résultats des examens para-cliniques de type imagerie médicale, neurophysiologiques ou autres.

Ces éléments doivent être communiqués par écrit par le prescripteur au kinésithérapeute et doivent être conservés au dossier kinésithérapeutique.

Le kinésithérapeute doit également disposer des éléments (d'évaluation fonctionnelle) décrits explicitement à l'art. 7, §14, dernier alinéa.

REGLE INTERPRETATIVE N° 3

Question: L'article 7, § 3bis, 1°, de la nomenclature des prestations de santé est-il d'application pour toutes les prestations de cet article 7 ?

Réponse:

L'article 7, 3§bis, 1° de la nomenclature des prestations de santé décrit les modalités de la prestation "Examen kinésithérapeutique avec rapport écrit" qui est mentionnée dans certaines parties de l'article 7, §1. Les dispositions de l'article 7, §3bis, 1° sont seulement d'application dans les situations du §1 où cette prestation est mentionnée.

Il faut faire la différence avec l'article 7, §9 où il est également question d'un examen

kinésithérapeutique dans le cadre du dossier individuel de kinésithérapie. Les dispositions du §9 s'appliquent à toutes les situations.

REGLE INTERPRETATIVE N° 4

Question: Les spécifications de la nomenclature en son article 7, § 14 (liste F), 3^{ème} alinéa, permettent-elles au médecin-conseil de donner l'autorisation d'attester une troisième ou ultérieure série de 60 prestations durant la période restante de l'année pour, le cas échéant, une 3^{ème} ou ultérieure et nouvelle situation pathologique ?

Réponse:

Le texte de l'article 7, § 14 (liste F) n'exclut pas une troisième ou ultérieure série de 60 prestations au cours de la même année.

REGLE INTERPRETATIVE N° 5

Question: Comment les limitations décrites au § 10 de l'article 7 de la nomenclature s'appliquent-elles dans le cas où une deuxième situation pathologique est en cours de traitement au 1^{er} mai 2002, sans qu'une demande d'autorisation ait été introduite auprès du médecin-conseil étant donné que la limite prévue de 60 séances n'était pas atteinte.

Réponse:

Le médecin-conseil peut autoriser d'attester 18 séances à partir du 1^{er} mai 2002 sur base d'une demande du kinésithérapeute qui répond aux conditions décrites au § 10 et à condition qu'avant le 1^{er} mai 2002 moins de 18 séances aient été effectuées pour le traitement de la deuxième situation pathologique.

REGLE INTERPRETATIVE N° 6

Question: Dans le cadre de l'art. 7, §14, dernier alinéa, a), b) et c), quel peut être le délai entre respectivement l'affection post-traumatique ou postopératoire (a), l'exécution des prestations 211046, 211142, 212225, 213021, 213043 et 214045 (art. 13, §1) (b) ou l'admission dans une unité agréée pour la fonction des soins intensifs (code 49) ou dans un service N pour prématurés et nouveau-nés faibles (code 27) (c) et le début du traitement ?

Réponse:

Les trois situations pathologiques concernées sont définies par des prestations précises ou des admissions dans des unités ou services déterminés.

Le traitement doit être une suite directe de ces prestations ou admissions. Le délai entre ces prestations ou admissions et le début du traitement doit rester limité de telle sorte que les 60 grandes prestations avec remboursement maximum soient effectuées dans la continuité des prestations ou admissions concernées.

REGLE INTERPRETATIVE N° 7

Question: Comment faut-il comprendre la première phrase de l'art. 7, §14, dernier alinéa, a) « Affection post-traumatique ou postopératoire qui exige un traitement plus long. » ?

Réponse:

Cette phrase doit être comprise comme un simple titre introduisant les situations décrites dans la phrase suivante.

(entre en vigueur le jour de sa publication au Moniteur Belge)

**Réforme nomenclature kinésithérapie:
information et précisions**

Question 1: Combien de 'grandes' séances avec remboursement 'ordinaire' (Honoraires : M24, M22 ou M14,5) peuvent-elles être attestées à partir du 1^{er} mai pour des patients qui se trouvaient dans une situation pathologique qui fait maintenant partie de la liste F ?

Réponse:

A partir du 1^{er} mai, un maximum de 60 'grandes' séances avec remboursement 'ordinaire' (Honoraires : M24, M22 ou M14,5) peut être attesté pour une situation pathologique faisant partie de la liste F. Une notification suffit. Cette notification doit être envoyée au plus tard 10 jours civils après le jour de la première prestation visée au § 1, 5^o (§14, 8^{ème} alinéa).

Question 2: Les séances périnatales effectuées avant le 1^{er} mai 2002 sont-elles prises en compte pour déterminer le maximum de 9 séances de kinésithérapie périnatale remboursées ?

Réponse:

Non; les séances périnatales effectuées avant le 1^{er} mai 2002 ne sont pas prises en compte. Les séances périnatales sont limitées à 9 par grossesse.

Question 3: Les accords pour pathologies 'lourdes' (liste-E) antérieurs au 1^{er} mai 2002 restent-ils valables ?

Réponse:

Oui; une nouvelle demande n'est pas nécessaire.

Question 4: Comment les anciennes prescriptions doivent-elles être traitées ?

Réponse:

Dans la circulaire aux kinésithérapeutes une réponse a déjà été donnée. Cette réponse est reprise et complétée ci-après.

Une prescription rédigée avant le 1^{er} mai 2002 peut servir de base pour 9 ou 30 séances après le 1^{er} mai 2002

Quelques exemples :

Nombre de séances prescrites	Nombre de séances effectuées avant le 1 ^{er} mai	Catégorie de la pathologie	Nombre de séances possibles après le 1 ^{er} mai sur base de cette prescription
20	4	Courante	9
20	10	Courante	9(a)
20	18	Courante	2(b)
60	10	Pathologies lourdes ou hospitalisés	30
60	25	Pathologies lourdes ou hospitalisés	30
60	45	Pathologies lourdes ou hospitalisés	15

Ce tableau traite du nombre de séances qui peuvent être attestées sur la base d'une prescription ET NON du nombre de 'grandes' séances avec remboursement ordinaire (M24, M22, M14,5) qui peuvent être attestées sur base de cette prescription. Pour déterminer les prestations qui peuvent être attestés, il faut tenir compte des limitations prévues aux §§10, 11 et 14.

Explications supplémentaires concernant les situations marquées (a) et (b)

Si les prestations effectuées avant le 1^{er} mai 2002 étaient toutes des grandes séances à remboursement 'ordinaire' (M24, M22, M14,5), reprises dans la liste de prestations du §10, 1^{er} alinéa, alors les séances qui peuvent être effectuées après le 1^{er} mai 2002 ne peuvent pas toutes être de grandes séances à remboursement 'ordinaire'.

Les séances qui peuvent être attestées alors, sont par exemple des 'petites' séances ou des 'grandes séances' à remboursement diminué (honoraires M13, M10 ou M8).

Pour la situation (a), 1 une des 9 séances ne peut pas être une grande séance à remboursement 'ordinaire' (M24, M22, M14,5).

Pour la situation (b) aucune des deux séances ne peut être une grande séance à remboursement 'ordinaire' (M24, M22, M14,5).

Question 5: Une séance de kinésithérapie peut-elle être attestée au domicile du bénéficiaire sur base d'une prescription rédigée avant le 1^{er} mai 2002 si le médecin prescripteur n'y a pas expressément mentionné que le patient ne peut quitter son domicile de façon autonome (ceci étant obligatoire en vertu du § 9bis, 6^{ème} alinéa de la nouvelle nomenclature) ?

Réponse:

Oui; une prescription rédigée avant le 1^{er} mai 2002 peut servir de base pour des séances de kinésithérapie au domicile du bénéficiaire sans la mention susmentionnée.

Pour les prescriptions rédigées à partir du 1^{er} mai 2002, cette mention est obligatoire afin de pouvoir attester des séances de kinésithérapie au domicile du bénéficiaire sur base de ces prescriptions.

Question 6: La limitation à 9 ou 30 séances par prescription (§ 3, 6°) est-elle d'application pour toutes les prestations de la nomenclature ?

Réponse:

Oui; la limitation à 9 ou 30 séances est d'application pour toutes les séances de kinésithérapie (donc également pour les petites séances, les séances avec remboursement diminué et les deuxièmes séances pour la même journée).

Question 7: Combien de fois l'examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif peut-il être attesté ?

Réponse:

Une (1) fois par traitement (= un ensemble de séances de soins pour la même situation pathologique). Rappel: un examen kinésithérapeutique avec rapport écrit ne peut pas être cumulé avec 'l'examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif' pour un même traitement.

Question 8: Les prestations pour un examen kinésithérapeutique avec rapport écrit et examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif comptent-elles dans le quota de 18 ou 60 grandes séances à remboursement 'ordinaire' (M24, M22, M14,5) ?

Réponse:

Non; ces prestations ne sont pas reprises dans la liste des prestations dans les alinéas concernés des §§10 et 14.

Question 9: Combien de séries 18 grandes séances par situation pathologique avec remboursement 'ordinaire' (Honoraires : M24, M22 ou M14,5) justifiées par la survenance de plusieurs nouvelles situations pathologiques successives peut-on attester par an ?

Réponse :

On peut attester trois séries de 18 séances par an (§ 10 de la nomenclature) SAUF lorsque la première situation pathologique traitée est une situation prévue au § 14 de la nomenclature (liste F) auquel cas on ne peut attester que deux séries de 18 séances par an.

Ex. 1 18 + 60 (liste-F) + 18 + 18

Ex. 2 60 (liste-F) + 18 + 18

Question 10: Lors de la survenance d'une nouvelle situation pathologique appartenant à la 'liste F', le kinésithérapeute doit-il toujours introduire une demande d'accord auprès du médecin-conseil ET une notification ?

Réponse :

Une demande d'accord n'est nécessaire que pour la deuxième (ou ultérieure) et nouvelle situation 'liste F' apparue dans l'année. Pour la première situation pathologique 'liste F' apparue dans l'année, même si elle intervient après une situation pathologique 'courante', une notification suffit.

2. INFORMATION ET PRECISIONS SUR LA LISTE F

Question 1: Quand les éléments de preuve dans le cadre de l'art. 7, §14 de la nomenclature (liste 'F') doivent-ils être à disposition dans le dossier

Réponse:

Par l'envoi du formulaire de notification au médecin conseil, le kinésithérapeute confirme disposer de toutes les informations lui permettant de conclure que le patient se trouve dans une situation pathologique décrite à l'art. 7, §14 (liste F). Toutes les pièces justificatives (éléments de preuves) démontrant que le patient se trouve dans une telle situation devront être disponibles dans le dossier au plus tard au moment de l'attestation des séances de kinésithérapie.

Question 2: Au dernier alinéa du §14, f) Situations qui nécessitent une rééducation fonctionnelle de la marche il est question d'un test "diminution de la puissance musculaire, à documenter par une puissance de poigne inférieure à 40 kPa dans la main dominante". Qu'est-ce qui doit être compris par une 'puissance de poigne inférieure à 40 kPa ?

Réponse:

Par une 'puissance de poigne inférieure à 40 kPa il faut entendre 'une puissance de poigne inférieure à 40 kPa (kilo Pascal)'(40 kPa = 0,4 BARS).

Question 3: Dans le cadre du syndrome de fatigue chronique (§14, dernier alinéa, h) 1) l'équipe multidisciplinaire d'un centre de référence pour la prise en charge de patients souffrant du syndrome de fatigue chronique doit juger utile la continuation d'une thérapie d'exercices graduelle. Les patients qui sont déjà sous traitement pour le syndrome de fatigue chronique doivent d'abord consulter dans un centre de référence pour la prise en charge de patients souffrant du syndrome de fatigue chronique?

Réponse:

Avant que le traitement puisse être attesté dans le cadre du §14, dernier alinéa, h) , le patient doit avoir été examiné par un centre de référence. Le plan de traitement doit avoir été convenu entre le médecin traitant et l'équipe multidisciplinaire. Ce plan peut avoir été rédigé avant le 1er mai 2002.

Question 4: De quelle façon peut-on évaluer le besoin de rééducation à la marche?

Réponse:

Via le test Tinetti (voir annexe A)

Question 5: De quelle manière peut-on évaluer les troubles de développement psychologique chez les enfants?

Réponse:

On peut utiliser les tests qui ont été énumérés dans la liste indicative, non limitative ci-jointe (voir annexe B).