

## Réunion questions/propositions ALK

4 mai 2023, 19h30 centre d'accueil Jean XXIII.

37 membres présents et la CA de l'ALK.

Explications et échanges sur les sujets et questions que l'ALK avait reçu par courriel et via le formulaire.

1. Pourquoi existe-il deux différents tarifs : coefficient 1,00 et 1,20 ? Tarif unique ?

Demande de revalorisation de la rééducation périnéale.

Demande de tarif unique, pour ne plus faire de différence entre traitement simple et complexe. L'ALK va transmettre ces doléances lors des prochaines réunions avec la CNS.

2. Pourquoi le libellé du ZK10 change ? Est-ce qu'il y aura davantage de ZK10 et moins de ZK11?

Ceci est la demande des médecins. Le but n'est en aucun cas de dévier vers un ZK10 mais surtout de donner la possibilité aux médecins de prescrire le traitement d'une région musculaire.

Actuellement la moyenne du coefficient facturé est de 1,18. Donc grande prévalence du ZK11.

3. Pourquoi les kinés sont contrôlés par le service LAF de la CNS ? Les fraudes ne concernent qu'une minorité de kinés.

Des contrôles systématiques ont lieu, non pas seulement pour les kinésithérapeutes mais également pour tous les autres professionnels de santé.

Les patients reçoivent un courrier afin de confirmer leur présence aux séances facturées via 1/3 payant. Il s'agit d'une mesure nécessaire afin de protéger le système en place et les kinés honnêtes.

Proposition de rédiger un communiqué, evt à afficher dans les cabinets, pour prévenir la patientèle.

4. Pourquoi prévoit-on la mise en place d'un acte spécifique pour la rééducation vestibulaire ?

Il s'agissait d'un oubli lors de l'élaboration de la nouvelle ordonnance en 2017. Puisqu'il ne s'agit ni d'orthopédie ni de neurologie, un code spécifique sera créé à l'aide d'une commission de nomenclature.

Demande de majoration du tarif pour la rééducation vestibulaire si elle est exécutée en urgence le dimanche, comme c'est le cas pour la kiné respiratoire.

5. Pourquoi la prise en charge post-op est limitée à 4 mois ?  
Pourquoi la prise en charge post-op est divisé en 2x16 séances ?

2015 à 2017 -> négociations avec la CNS pour un remboursement à 100% pour la prise en charge post-opératoire et la possibilité de prescription pdt 4 mois, ce qui n'existait pas avant.

La division des séances post-opératoire en 2x16 a comme objectif d'éviter que 32 séances soient facturées sans que le patient ne les ait perçues, sachant que le patient ne reçoit pas de mémoire d'honoraires dans ces cas.

- 5bis. Pourquoi la prise en charge post-opératoire remboursée à 100% ne concerne que les opérations de l'appareil locomoteur ?

L'ALK en est consciente et évoquera la possibilité de l'étendre à tous les cas postopératoires, lors de la prochaine réunion. Le CA de la CNS est contre toute ouverture de prise en charge en ces temps.

6. Pourquoi la limite de validité d'une ordonnance est de 30 jours ?

Pour éviter que les patients n'attendent trop longtemps avant de commencer la thérapie. Avant, la prise en charge devait être commencée endéans de 30 jours, alors qu'aujourd'hui uniquement le titre doit être demandé pendant cette période.

L'ALK avait déjà demandé une augmentation de la durée, apparemment informatiquement difficilement réalisable selon la CNS.

En effet beaucoup de patients ne sont pas au courant de cette modalité. Proposition d'ajouter une remarque sur l'ordonnance au sujet de la validité limitée à 30 jours. L'ALK le suggèrera lors de la prochaine réunion à la CNS.

Retravailler le flyer de la CNS pour les patients, améliorations à faire.

Concernant les points 5. et 6. et afin de permettre un déroulement idéal, il est indispensable de responsabiliser tous les acteurs concernés, voir la CNS, les kinés, les prescripteurs et les patients.

Actuellement il n'existe pas de contrôle pour la corrélation entre le traitement, la prescription et la pathologie du patient. Le kiné n'est pas responsable de la prescription mais bien de ses actes réalisés.

Un membre raconte avoir eu des échos comme quoi un médecin phlébologue aurait eu un appel de la CNS de ne plus prescrire de pathologies lourdes. L'ALK va se renseigner.

Plusieurs kinés travaillant dans la zone frontalière remarquent que depuis quelques années il y a une augmentation importante des patients affiliés à la CNS mais habitant à l'étranger. Ceci serait dû au fait qu'il y ait pénurie de kinés dans ces régions (délais d'attente +++ ) et donc une dérivation vers les kinés du Grand-Duché. L'ALK demandera à la CNS s'il existe des statistiques à ce sujet.

7. Pourquoi un kiné ne peut pas prester 2 séances par jour à un même patient ?  
Pourquoi ne peut-on pas faire 2 séances d'affilé pour éviter au patient de venir 4 à 5x par semaine ?

Possibilité de prester et de facturer 2 séances par jour pour 2 pathologies différentes ou pour la même pathologie (DLM) ou 2 séances consécutives.

Ceci est une volonté et une des rares possibilités de la CNS pour limiter les prestations kinés. L'ALK avait discuté ce sujet à plusieurs reprises avec les autorités mais même si dans certains cas il serait justifiable (2 pathologies différentes) cette restriction constitue le seul « frein » à disposition de la CNS. Toutefois, à la suite des négociations de l'ALK avec la CNS, la kiné respiratoire peut être prestée en combinaison avec tout autre acte.

8. Peut-on demander un supplément au patient si nous effectuons une séance d'une heure ?

En dehors des codes ZCP2 (prise en charge weekend ou en dehors d'horaires de travail habituels) et ZCP3 (prise en charge urgent dans les 24heures), le kiné n'a pas le droit de majorer un tarif fixé par la convention CNS-ALK. Cependant le kiné pourrait, avec l'accord préalable de son patient, prester une deuxième séance entièrement à charge du patient.

9. Quelle est la différence entre un bilan et une fiche de synthèse ?

L'ALK a demandé à la CNS de laisser tomber la fiche de synthèse et de garder uniquement les bilans qui sont rémunérés.

Possibilité d'utiliser les templates (bilans préétablis) dans le système GIsolutions. Il est également envisageable de contacter Micheline afin de les modifier/compléter.

10. Demande de pouvoir traiter 8 ou 16 séances par patient (par année) sans ordonnance à charge de la CNS. Voir libre accès !

L'ALK a évoqué ce sujet maintes fois auparavant à la CNS, entre autres en 2018 avec Mme Lydia Mutsch, ministre de la Santé à cette époque.

La CNS voit principalement des problèmes dans la mise en œuvre de l'accès direct pour pathologies courantes (contrôle du nombre de séances déjà effectuées au courant d'une année, modalités de paiements etc.).

L'ALK continue à poursuivre ce sujet, qui d'ailleurs représente une tendance générale au niveau européen.

11. Quelles contributions financières pouvons-nous demander au patient pour l'utilisation de taping, électrodes, etc.

Un acte de kinésithérapie a un tarif fixe et est considéré comme « tout acte compris ». Cependant depuis la nouvelle convention en 2017, le kiné est autorisé à pratiquer du commerce, ce qui signifie que le matériel utilisé (sondes, électrodes, etc.) pourrait être vendu aux patients. Ceci s'apprête surtout en cas d'utilisation de consommables à prix élevés.

12. Prescription électronique des ordonnances par les médecins : ordonnance par voie électronique ou autorisation de corrections par les kinés.

La correction des ordonnances par le kiné constitue un faux en écriture et est par conséquent interdite.

Le système de prescription électronique constitue une piste potentielle, mais la CNS rencontre actuellement beaucoup de difficultés dans l'élaboration de celle-ci.

Actuellement l'AMMD et la CNS sont en désaccord majeur sur nombreux points, ce qui risque de retarder la mise en place.

13. Libre choix des fréquences / libre choix du nombre des séances

Le libre choix des fréquences persiste pour les pathologies courantes.

En revanche, dans l'objectif de limiter les dépenses au niveau des pathologies lourdes et des post-op, la fréquence à noter par le prescripteur deviendra ici obligatoire.

Les limitations fixes pour toutes les pathologies lourdes à 2 ou 3 fois par semaine, comme annoncé en début de l'année, ne seront pas appliquées.

14. Adaptation de notre tarif de base à un niveau Master.

150€ comme psychothérapeutes / comparaison avec diététiciens, orthophonistes etc.

Au Luxembourg l'exercice de la psychothérapie nécessite 2 diplômes de Master (MA en psychologie et MA en psychothérapie), ce qui dépasse le niveau d'études requis pour les kinésithérapeutes et se traduit ainsi en un tarif plus élevé.

Les professions de diététiciens, orthophonistes possèdent certains tarifs plus élevés, mais ces professions sont soumises à beaucoup plus de restrictions que pour la pratique de la kinésithérapie.

Exemples :

Diététicien : La CNS ne prend en charge qu'un traitement diététique initial (3 séances) par pathologie tous les trois ans. Chaque traitement initial peut, sur ordonnance médicale, être prolongé une seule fois (maximum 4 séances.) Donc prise en charge par la CNS de 7 séances sur 3 années seulement.

Orthophonie : les actes et services d'orthophonie nécessitent une autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS) ce qui constitue une contrainte importante à l'accès aux prestations. Seulement les mineurs (<18) sont remboursés à 100%, pas de pathologie lourde, post-op etc.

15. Diminuer la participation pour les pathologies lourdes à 90 ou 95%

L'ALK et la CNS ont déjà proposé ceci cependant il y a toujours une forte opposition par les partenaires sociaux. Il s'agit ici d'une décision politique.

Il faut savoir que de nombreuses parties sont présentes à la table des négociations, non seulement la CNS, mais également les partenaires sociaux, l'AMMD, le contrôle médical etc.

16. Comment se passent les négociations avec la CNS ? Y-a-t 'il des réunions régulières entre la CNS et l'ALK ?

Depuis l'échec des négociations et le passage en procédure de médiation en 2021, les relations entre l'ALK et la CNS se sont considérablement améliorées. Les négociations se font dans un climat décontracté et l'ALK, notamment grâce aux efforts de Patrick Obertin, a pu construire une relation de confiance avec les représentants de la CNS, ce qui constitue sans doute un avantage pour tous les kinésithérapeutes.

Depuis 2022 des réunions techniques organisées de manière régulière ont lieu au siège de la CNS.

Il est important de savoir que les représentants de l'ALK ont signé une charte de confidentialité, ce qui ne leur permet pas de rédiger des rapports détaillés sur les échanges entre les deux parties.

Cependant, à chaque réunion du conseil d'administration de l'ALK, le point est fait sur les sujets évoqués.

Tous les membres de l'ALK ont accès aux rapports du CA qui sont publiés sur notre site.

17. Combien de séances seront acceptées pour les anciennes ordonnances de post-op sans fréquence indiquée ?

Est-ce que la fréquence hebdomadaire maximale pour les pathologies lourdes sera également appliquée aux anciennes ordonnances ?

Est-ce que les anciennes ordonnances seront encore acceptées pour une prescription de rééducation vestibulaire ?

En principe lorsqu'il s'agit de modifications statutaires, il y a une date fixe à partir de laquelle les modifications entrent en vigueur. En ce qui concerne les ordonnances en cours, l'ALK demandera à la CNS l'exécution des ordonnances en cours tel que prévu sur les titres correspondants.

Les kinés seront avertis par courrier de la part de la CNS et de l'ALK avant la mise en vigueur des modifications.

18. La CNS n'accepte pas 2 ordonnances émises à la même date, même s'il s'agit de 2 pathologies différentes.

L'ALK évoquera ce problème encore une fois à la prochaine réunion avec la CNS, mais il y a peu de chance d'obtenir satisfaction à ce sujet.

19. Problématique des kinés embauchés par maisons/réseaux de soins versus kinés libéraux L'ALK est consciente du problème. De plus en plus de kinés salariés embauchés par les maisons et réseaux de soins facturent en maladie-maternité et dépendance.

L'ALK était déjà en contact avec la COPAS (fédération des prestataires d'aide et de soins) à ce sujet. De plus l'ALK est entrain de former un groupe de travail avec différents acteurs du

secteur, afin de faire un état des lieux de la situation actuelle et des différents problèmes rencontrés sur le terrain. Notre nomenclature devrait idéalement juste couvrir les actes prestés par des kinés libéraux.

20. Révision de la prime informatique (pour les mi-temps).

La révision du système offrant la prime informatique est en cours. L'ALK tiendra ses membres au courant de l'évolution dans ce dossier.

21. Est-il obligatoire d'avoir de l'O2 et un défibrillateur si kiné respiratoire en cabinet libéral ?

L'oxygène est considéré comme un médicament et ne peut donc être administré par un kiné. Un défibrillateur n'est pas obligatoire mais éventuellement conseillé.

Pour le conseil d'administration de l'ALK

Martine Ourth,  
Secrétariat ALK

