Luxembourg, le 15 janvier 2015

**Projet de compte rendu de la réunion du 6 janvier 2015 entre l’ALK et la CNS**

Présences :

ALK : Mme Marie-Paule Anzia, Mme Anouk Thill,

M. Jean-Louis Fattori, M. Patrick Obertin

CNS : Mme Geneviève Klepper, Mme Fabienne Di Marco

M. Jean-Paul Juchem

Ordre du jour :

Suite des discussions au sujet d’une réorganisation de la prise en charge des actes de kinésithérapie par la CNS dans le cadre du projet de nouvelle nomenclature.

Au début de la réunion, il est retenu que la présente entrevue devrait conduire à une conclusion des discussions menées depuis la décision prise au cours de la commission de nomenclature du 4 juin 2014 de revoir le mode de prise en charge des actes de kinésithérapie avant la discussion définitive au sujet de la nouvelle nomenclature des kinésithérapeutes au sein de la commission.

1. Différenciation des cas de prise en charge

Les représentants de l’ALK et de la CNS sont unanimement d’accord de moduler la prise en charge des actes de kinésithérapie en fonction des trois situations suivantes :

* Pathologie lourde
* Rééducation post-chirurgicale
* Pathologie courante

En ce qui concerne les pathologies lourdes, définies dans une liste à part, le médecin prescripteur pourra établir une ordonnance portant sur un maximum de 64 séances. Avant d’entamer le traitement, le patient ou le kinésithérapeute auquel s’est adressé le patient doivent demander une autorisation du Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS). Si à la fin de la série de traitement prescrite, une prolongation du traitement s’avère nécessaire, le kinésithérapeute établit une fiche de synthèse qu’il remet au patient. Le médecin auquel s’adresse le patient peut établir une nouvelle ordonnance en tenant compte de la fiche de synthèse pour un maximum de 64 séances. L’ordonnance de prolongation accompagnée de la fiche de synthèse est soumise au CMSS pour accord.

En cas de rééducation post-chirurgicale, le chirurgien peut établir une ordonnance de kinésithérapie pour un maximum de 32 séances. L’ordonnance doit être établie dans un délai de 31 jours suite à l’intervention chirurgicale. L’accord de la CNS n’est pas requis pour la première série de traitement.

Toutes les situations en dehors de la pathologie lourde et de la rééducation post-chirurgicale sont à considérer comme pathologie courante. Pour répondre à ces situations, chaque personne protégée a droit à 16 séances de kinésithérapie par année de calendrier sans devoir demander l’accord du CMSS. Au-delà de 16 séances par année de calendrier, l’accord de la CNS est obligatoire.

Selon l’ALK et la CNS, la prescription des traitements de kinésithérapie par les médecins devra suivre un modèle structuré, dont un premier modèle est présenté par l’ALK. Le modèle sera retravaillé et soumis pour avis à l’AMMD qui a donné son accord de principe à une démarche d’ordonnance structurée.

L’introduction de la limite des 16 séances implique l’existence d’un moyen de vérification du nombre de séances prises en charge par assuré pour l’année en cours. Ceci nécessite l’accès électronique des cabinets de kinésithérapie aux données de la CNS, à l’instar des hôpitaux, des pharmacies et dorénavant des laboratoires. Cet accès permettra aux kinésithérapeutes de vérifier l’état d’affiliation du patient et le nombre de séances de kinésithérapie prises en charge pour l’année en cours.

Afin d’éviter les dérives liées au tiers-payant, l’ALK propose à la CNS d’établir des relevés de prestations à l’adresse des assurés qui pourraient ainsi vérifier l’exactitude de la facturation des kinésithérapeutes.

1. Autres modifications conventionnelles

Sont ensuite discutés différents sujets relevant de la convention, notamment :

* Les représentants de l’ALK soutiennent le principe de la facturation par le kinésithérapeute exécutant. Ceci n’exclut pas que les kinésithérapeutes exerçant en association puissent recevoir les montants facturés en tiers-payant sur un même compte bancaire.
* Les dispositions conventionnelles obligatoires introduites par la loi réforme de 2010 mettent en évidence les standards de référence en matière de qualité. Dans ce contexte, l’ALK soutient l’introduction de normes d’installation pour les cabinets de kinésithérapie.
* Suite à une modification légale, l’indication du lieu de prestation est devenue obligatoire pour tous les prestataires de santé. Pour les représentants de l’ALK, la facturation des actes de la nomenclature devrait être réservée aux kinésithérapeutes exerçant en cabinet libéral. Par ailleurs, la pratique des visites à domicile devrait obligatoirement être liée à l’existence d’une adresse professionnelle du kinésithérapeute.
* Si le mode du tiers-payant reste une option pour le kinésithérapeute, la CNS insiste sur la facturation exclusivement électronique en cas d’application de ce mode de prise en charge. L’ALK demande en contrepartie une indemnité pour frais informatiques, à l’instar de ce qui se fait en Belgique.
* Il est retenu par les parties que le kinésithérapeute devra émettre une facture au patient dans tous les cas, indépendamment du mode de prise en charge.

1. Nouvelle nomenclature

Enfin, il est soulevé qu’il reste des points à clarifier dans la nouvelle nomenclature, à savoir :

* La définition et la fréquence du bilan que le médecin peut demander au kinésithérapeute sont à préciser. Les représentants de l’ALK se prononcent en faveur d’un type d’ordonnance spécifique « bilan ».
* Il manque la partie générale de la nouvelle nomenclature.
* Les libellés des nouveaux codes ZK31 et ZK32 sont à modifier pour tenir compte du schéma de différenciation des patients décrit plus haut.

1. Conclusion

En conclusion, les parties retiennent les nouvelles modalités de prise en charge décrites au point 1. Elles conviennent de finaliser le texte de la nouvelle nomenclature et de préparer ensemble un projet de recommandation circonstanciée pour la commission de nomenclature dans une prochaine réunion.