Directives de l'INAMI

CONVENTION NATIONALE ENTRE LES LOGOPÈDES ET LES O.A.

Ci-après, nous communiquons le texte de la convention nationale, conclue le 27 novembre 2008 entre les logopèdes et les organismes assureurs. Cette convention entre en vigueur le 1er janvier 2009.

*
* *

Article premier. La présente convention définit, en ce qui concerne les honoraires et les modalités de leur paiement, les rapports entre le logopède 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 36 de la loi susvisée et à la condition que le logopède qui l'a pratiquée soit agréé conformément aux conditions fixées par l'arrêté royal pris en application de l'article 215, § 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, modifié par la loi du 24 décembre 1999 portant des dispositions sociales et diverses.

Art. 3. § 1er. Pour les prestations effectuées à partir du 1er janvier 2009, la valeur du facteur de multiplication R est fixée à 1,606528 EUR pour les séances de bilan et à 1,147520 EUR pour les bilans d'évolution, les séances individuelles de traitement et les séances collectives de traitement.

§ 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 R peut être adaptée à partir du 1er janvier de chaque année à l'évolution de la valeur de l'indice-santé visé à l'article 1er 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 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. 4. § 1er. Sans préjudice des dispositions de l'article 5, § 2, premier alinéa, troisième tiret, pour toute prestation dispensée au domicile d'un bénéficiaire, à l'école d'un bénéficiaire, dans les locaux d'un établissement avec une convention ORL ou avec une convention PSY, dans le cadre d'une convention de rééducation fonctionnelle ou à l'hôpital, les honoraires sont les mêmes que ceux d'une prestation identique dispensée au cabinet du logopède.

Le cas échéant, pour des prestations dispensées à la demande du bénéficiaire en dehors du cabinet du logopède, le logopède peut convenir avec le bénéficiaire d'un montant supplémentaire raisonnable de frais de déplacement. En cas de litige la charge de la preuve incombe au logopède.

§ 2. Les frais de déplacement susvisés ne sont pas remboursés au bénéficiaire dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé.

§ 3. En cas d'application du § 1er, deuxième alinéa, le logopède informe le bénéficiaire ou ses parents avant le début du traitement des dispositions de ce paragraphe ainsi que de celles du § 2. En cas de litige, la charge de la preuve que l'information a été fournie avant le début du traitement incombe au logopède.

Art. 5. § 1er. Le logopède s'engage à respecter les taux d'honoraires fixés à l'article 3 pour les prestations prévues au « Chapitre X - Logopédie » de la nomenclature des prestations de santé.

Le logopède, en collaboration avec le médecin prescripteur, s'engage à aider le bénéficiaire dans les démarches pour qu'en application du Chapitre X précité, le médecin-conseil de son organisme assureur puisse prendre une décision au sujet de l'intervention ou non de l'assurance dans ces honoraires.

§ 2. Le logopède peut déroger aux taux desdits honoraires fixés à l'article 3 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 ;
- lorsque 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 ;
- lorsque, à la demande du bénéficiaire ou de ses parents, la prestation n'est pas effectuée au cabinet du logopède, mais, sans nécessité médicale, au domicile du bénéficiaire.

Cependant, les honoraires fixés à l'article 3 ne peuvent être majorés pour des prestations si le logopède fixe des heures de consultation à son cabinet ou, de sa propre initiative, donne des soins au bénéficiaire en tout autre lieu :

- soit après 19 heures et avant 8 heures ;
- soit durant le week-end ou un jour férié légal.

Le week-end commence le samedi à 12 heures et se termine le lundi à 8 heures.

§ 3. Le logopède informe le bénéficiaire avant le commencement du traitement du montant des honoraires et des dispositions du § 2. Il affiche également dans sa salle d'attente et à son cabinet les heures de consultation prévues. En cas de litige, la charge de la preuve que l'information était affichée et a été donnée incombe au logopède.

Art. 6. § 1er. Le bénéficiaire paie lui-même les honoraires au logopède.

§ 2. Toutefois, lorsqu'il s'agit de prestations visées au Chapitre X de la nomenclature des prestations de santé à l'exception des prestations effectuées à l'école, le logopède visé à l'article 1er peut opter pour l'application du système du tiers payant pour la partie des honoraires qui est à charge de l'organisme assureur.

§ 3. Si le logopède visé à l'article 1er 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 au Chapitre X de la nomenclature des prestations de santé.

Cependant, si le logopède exerce son activité dans différents liens de contrats qui lui imposent l'un ou l'autre système de paiement ou exerce son activité en partie dans les liens d'un contrat qui lui impose un système de paiement et en partie comme indépendant, il peut appliquer des systèmes de paiement différents pour l'ensemble des prestations de chacun de ses secteurs d'activité. 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 1er jour du trimestre calendrier suivant la date de la lettre recommandée.

§ 4. Les dispositions des §§ 2 et 3 ne sont pas applicables aux prestations effectuées selon les modalités de l'article 5, § 2, premier alinéa.

§ 5. En outre, le logopède visé au § 1er, même s'il n'a pas opté pour le système du tiers payant comme prévu aux §§ 2 et 3 du présent article, peut néanmoins recourir à ce système de paiement pour la partie des honoraires qui est à charge de l'organisme assureur, en faveur des cas énumérés ci-dessous :

1° les bénéficiaires qui décèdent en cours de traitement ou qui se trouvent dans un état comateux ;
2° les bénéficiaires qui se trouvent dans une situation financière individuelle de détresse ;
3° les bénéficiaires de l'intervention majorée, au sens de l'article 37, §§ 1er et 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ainsi qu'aux titulaires, au sens de l'article 32, alinéa 1er, 13° et 15° de la même loi et leurs personnes à charge, s'ils bénéficient de l'intervention majorée ;
4° les titulaires et les personnes à leur charge qui sont dispensés de l'obligation de cotisation conformément à l'article 134 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, parce que les revenus annuels bruts imposables de leur ménage ne sont pas supérieurs au montant visé à l'article 14, § 1er, 4° de la loi du 26 mai 2002 relative à l'intégration sociale ;
5° les bénéficiaires qui sont pour l'application de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités en chômage contrôlé, qui ont depuis au moins six mois la qualité de chômeur complet au sens de la réglementation relative au chômage, et qui au sens de cette dernière réglementation ont la qualité de travailleur ayant charge de famille ou d'isolé, ainsi que les personnes qui sont à leur charge ;
6° les bénéficiaires qui remplissent les conditions médico-sociales pour obtenir le droit aux allocations familiales majorées conformément à l'article 47 des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés ou conformément à l'article 20 de l'arrêté royal du 8 avril 1976 établissant le régime des prestations familiales en faveur des travailleurs indépendants et les personnes qui sont à leur charge.

Art. 7. Lorsque le logopède perçoit lui-même les honoraires auprès du bénéficiaire, il lui remet, au plus tard à la dernière séance du sixième mois d'un traitement de logopédie, l'attestation de soins donnés.

Avant le début du traitement, l'organisme assureur et le logopède attireront l'attention du bénéficiaire sur les conséquences éventuelles des limitations en matière de la durée de validité possible pour un accord et en matière de nombre de prestations remboursables prévues en son cas au Chapitre X de la nomenclature des prestations de santé.

Art. 8. **§ 1er**. Lorsque le logopède a recours au système du tiers payant conformément à l'article 6, §§ 2 et 5, il envoie les attestations de soins donnés se rapportant au bilan logopédique et à des séances faisant partie d'un traitement chaque mois à chaque mutualité ou office régional de l'organisme assureur. L'envoi des attestations se fait au plus tard dans un délai de deux mois suivant la fin du mois au cours duquel les prestations ont été fournies (le cachet de la poste faisant foi).

§ 2. 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.

§ 3. 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 logopède sur le double de l'état récapitulatif qui lui est envoyé. La Commission de conventions veillera à ce que les organismes assureurs respectent les délais de paiement précités.

§ 4. Dans la mesure où les attestations ont été transmises dans les délais prévus au § 1er, à la demande écrite du logopède concerné, le non-paiement dans le délai prévu au § 3 donne droit à des intérêts moratoires dont le taux correspond au taux de l'intérêt marginal d'emprunt de la Banque centrale européenne constaté le dernier jour du mois précédent, augmenté de 1 %.

Les intérêts moratoires sont calculés à partir du premier jour du troisième mois suivant celui de l'introduction du décompte mensuel visé au § 3.

La charge de ces intérêts moratoires est imputée aux frais d'administration du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité si le retard est dû à la transmission tardive des avances mensuelles visées à l'article 202 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Art. 9. Dans le cas où les prestations reprises au Chapitre X de la nomenclature des prestations de santé donnent lieu à une intervention de la part de l'assurance, telle que fixée à l'article 37, § 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, l'intervention personnelle du bénéficiaire est exigible quel que soit l'endroit où les prestations sont effectuées.

Art. 10. § 1er. En cas de non respect des honoraires fixés par la présente convention, le logopède est tenu, sur décision de la Commission de conventions, 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 de constat d'infraction de la part d'un logopède aux dispositions définies à l'article 6, § 3, sur décision de la Commission de conventions le logopède est tenu de verser à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité à titre de clause pénale une indemnité égale à minimum 125 EUR par bénéficiaire concerné.

En outre, la Commission de conventions peut exclure de l'application du tiers payant pendant une période allant d'un mois à un an, un logopède qui a commis des irrégularités pour des prestations via le tiers payant.

En cas de récidive dans un délai de cinq ans, l'exclusion de l'application du tiers payant peut être définitive.

§ 3. En cas d'infraction autre que celles prévues aux §§ 1er et 2, une indemnité forfaitaire de 125 EUR est due, à titre de clause pénale, sur décision de la Commission de conventions, 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.

Art. 11. § 1er. L'objectif budgétaire pour les prestations du Chapitre X 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 R 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, visés 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 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. 12. Recommandations :

§ 1er. La Commission de conventions élaborera une proposition d'arrêté royal fixant les conditions et les modalités d'octroi d'une intervention financière pour le fonctionnement des organisations professionnelles représentatives des logopèdes. Cette proposition qui est valable à partir de l'année 2009 sera transmise au Comité de l'assurance avant le 30 avril 2009. Le Service des soins de santé soutiendra cette proposition auprès de l'Autorité de tutelle et déterminera les besoins nécessaires dans le cadre des frais d'administration de l'Institut.

§ 2. La Commission de conventions recommande une intervention financière de l'INAMI à l'utilisation par les logopèdes d'un logiciel homologué pour la gestion des données qui doivent être conservées par les logopèdes (A.R. 10.11.2006) et en vue d'une future facturation électronique des prestations réalisées par eux. La Commission de conventions élaborera dans le courant de 2010 une proposition d'arrêté royal qui déterminera les conditions en vertu desquelles l'assurance obligatoire soins de santé accorde une intervention financière aux logopèdes pour l'usage de la télématique et la gestion électronique des dossiers.

Art. 13. Promotion de la qualité des prestations des logopèdes.

La Commission de conventions mettra sur pied un groupe de travail qui étudiera les différentes manières de promouvoir la qualité des prestations des logopèdes. Ce groupe de travail se basera notamment sur les données que possède le Conseil d'agrément des logopèdes. Il étudiera entre autres les normes de cabinet de logopédie mais aussi la formation continuée. Ce groupe de travail pourra faire appel à des experts et remettra ses conclusions en juin 2010.

Art. 14. § 1er. La présente convention entre en vigueur le 1er janvier 2009 et produit ses effets jusqu'au 31 décembre 2010 inclus. Elle ne peut pas être reconduite tacitement.

§ 2. Elle peut être dénoncée :

a) par une des parties à la présente convention

Cette dénonciation doit être faite avant le 1er octobre 2009, par lettre recommandée à la Poste, 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 d'une des deux parties représentées à la Commission de conventions. Cette dénonciation a pour effet de faire cesser la convention au 1er janvier 2010.

b) par un logopède

Cette dénonciation doit être faite avant le 1er octobre 2009, par lettre recommandée à la Poste adressée au Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, par tout logopède 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 2010.

L'adhésion individuelle à la présente convention produit ses effets au plus tôt au 1er janvier 2009 et vaut pour toute la durée de la convention. Les logopèdes qui ont adhéré à la convention R/2007 et à ses avenants, sont, sauf manifestation contraire de leur volonté dans un délai de 30 jours suivant l'envoi de cette convention par le Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, censés maintenir leur adhésion à la convention R/2009-2010.

§ 3. En application de l'article 49, § 5, 6e alinéa, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, en vue de la détermination de l'atteinte ou non du quorum de 60 % d'adhésions, il est tenu compte :

- d'une part du nombre de logopèdes actifs (= 100 %) qui ont obtenu, à la date de la conclusion de cette convention par la Commission de conventions, le numéro d'agrément visé à l'article 15 et auxquels a été adressée copie de cette convention ;

- et, d'autre part, du nombre de ceux-ci qui ont adhéré à la présente convention et ce, au plus tard 30 jours après son envoi par le Service des soins de santé.

Art. 15. Il est attribué un numéro d'agrément à chaque logopède actif qui répond aux conditions pour son obtention. Chaque logopède est tenu de reproduire ce numéro sur tous les documents destinés aux bénéficiaires et aux organismes assureurs. Le logopède qui adhère à la convention fait suivre son numéro du chiffre 1.

Fait à Bruxelles, le 27 novembre 2008.

….

Voir circulaire O.A. n° 2008/525 – 3034/21 du 18 décembre 2008.

AVENANT À LA CONVENTION NATIONALE ENTRE LES AUDICIENS ET LES O.A.

La nouvelle convention nationale est entrée en vigueur le 1er août 2008 (*). Cette convention modifie les caractéristiques minimales des appareils de correction auditive.

Le point 1 de l'annexe 2 (**) à la convention stipule que les appareils de correction auditive délivrés à partir du 1er août 2008 doivent être numériques, à l'exception des appareils auditifs analogiques très puissants.

Lors de cette modification, les processeurs de son BAHA ont été perdus de vue. Beaucoup d'appareils BAHA ne répondent pas aux nouveaux critères, avec pour conséquence le fait que leur remboursement n'était désormais plus possible.

Afin de modifier cette situation, la Commission de convention audiciens - organismes assureurs a conclu un avenant à la convention nationale.

Cet avenant entre en vigueur le 1er août 2008.

…

Voir circulaire O.A. n° 2008/454 – 162/245 du 4 novembre 2008.

(*) Voir le texte de la convention nationale publié dans le B.I. n° 2004/1.
(**) Non publiée ici.

DEUXIÈME AVENANT À LA CONVENTION NATIONALE ENTRE LES ORTHOPÉDISTES ET LES O.A. (*)

Lors de sa réunion du 2 décembre 2008, la Commission de convention orthopédistes-organismes assureurs a conclu l'avenant qui figure en annexe (**). Le Comité de l'assurance a approuvé cet avenant lors de sa séance du 15 décembre 2008. Il entre en vigueur le 1er janvier 2009.

Cet avenant s'inscrit dans le contexte suivant : lors de la fixation de l'objectif budgétaire partiel 2009 pour le secteur bandagisterie-orthopédie, il a été décidé de retenir un montant de 3 millions d'EUR sur la masse d'index du secteur. Il a pour cela été fait référence à l'étude du KCE « 56A Matériel orthopédique en Belgique : Health Technology Assessment », dans laquelle l'efficacité et le rapport coût-efficacité des orthèses préfabriquées (cou, genou et poignet) ont été examinés.

Afin de pouvoir indexer les tarifs au 1er janvier 2009, tout en dégageant l'économie attendue de 3 millions d'EUR, la Commission de convention orthopédistes - organismes assureurs a pris, dans une première phase, les décisions suivantes :

1° La valeur du facteur de multiplication T pour les prestations préfab, à l'exception des prestations 677950, 653811, 653833 et 653855 (prestations préfab pour les prothèses des membres inférieurs) et 656611 (set de segments préfab pour le statif de base), n'est pas indexée au 1er janvier 2009.

2° La valeur du facteur de multiplication T pour la prestation 645175 (collier souple) est diminuée de 32 % au 1er janvier 2009.

3° Les valeurs du facteur de multiplication T pour les prestations 647533, 647555, 647592, 647614, 654570 et 655690 (orthèses de genou) sont diminuées de 10 % au 1er janvier 2009.

4° La valeur du facteur de multiplication T pour la prestation 649434 (bandage du poignet) est diminuée de 10 % au 1er janvier 2009.

En outre, la Commission de convention orthopédistes-organismes assureurs s'est engagée à revoir, dans une deuxième phase, la nomenclature des orthèses dans son entièreté en introduisant des mesures structurelles visant à la maîtrise et à la transparence des prix.

…

Voir circulaire O.A. n° 2008/549 – 161/271 du 24 décembre 2008.

(*) Voir le texte de la convention nationale publié dans le B.I. n° 2006/1.

(**) Non publiée ici.

TROISIÈME AVENANT À LA CONVENTION NATIONALE ENTRE LES BANDAGISTES ET LES O.A. (*)

Suite à la publication de l'arrêté royal du 14 octobre 2008, la Commission de conventions bandagistes - organismes assureurs a conclu un avenant le 2 décembre 2008.

Les modifications de la convention peuvent être résumées comme suit :

- La valeur Y des bas élastiques thérapeutiques pour la jambe est fixée.
- Une disposition est inscrite, afin que le bandagiste puisse demander un supplément au patient pour la délivrance des bas élastiques thérapeutiques pour la jambe.

Cet avenant entre en vigueur le 1er janvier 2009.

…

Voir circulaire O.A. n° 2008/550 – 163/465 du 24 décembre 2008.

AVENANT A LA CONVENTION NATIONALE ENTRE LES MAISONS DE SOINS PSYCHIATRIQUES ET LES O.A. (**)

Vous pouvez prendre connaissance en annexe du texte de l'avenant à la convention nationale entre les maisons de soins psychiatriques et les organismes assureurs du 7 décembre 2006.

Via cet avenant, le montant forfaitaire couvrant tant l'intervention personnelle des spécialités pharmaceutiques remboursables que le coût des spécialités pharmaceutiques non-remboursables est augmenté de 0,95 EUR à 1,20 EUR.

…

Article premier. L'article 3 de la Convention nationale du 7 décembre 2006 conclue entre les maisons de soins psychiatriques et les organismes assureurs est remplacé comme il suit :

« L'intervention pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière est celle prévue à l'article 37, § 12 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 précitée couvrant le paquet de soins visé dans l'article 147 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994. »

Art. 2. L'article 4, § 3, 3e alinéa de la même convention est remplacé comme il suit :

« Toutefois, le bénéficiaire paie un montant forfaitaire de 1,20 EUR par journée d'hospitalisation à la maison de soins psychiatriques pour couvrir tant l'intervention personnelle des spécialités pharmaceutiques remboursables que le coût des spécialités pharmaceutiques non-remboursables. »

(*) Voir le texte de la convention nationale publié dans le B.I. n° 2006/1.

(**) Non publiée ici.

Art. 3. Cet avenant entre en vigueur au 1er janvier 2009.

Fait à Bruxelles, le 27 novembre 2008.

Voir circulaire O.A. n° 2009/25 – 10/315 du 21 janvier 2009.