**INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE
MALADIE-INVALIDITÉ
Service des soins de santé
Avenue de Tervueren 211,
1150 Bruxelles**

**CONVENTION
ENTRE LES LOGOPEDES
ET LES ORGANISMES ASSUREURS**

Lors de la séance du 7 mars 2016, de la Commission de conventions entre les logopèdes et les organismes assureurs, sous la Présidence de Monsieur Alain GHILAIN, Conseiller général, délégué à cette fin par Monsieur H. DE RIDDER, Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé, il a été convenu ce qui suit entre:

d'une part,

les organismes assureurs,

et d'autre part,

- De Vlaamse Vereniging voor Logopedisten ;
- L'Union Professionnelle des Logopèdes Francophones.

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.

§1^{er}. 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 soit agréé conformément aux dispositions légales et réglementaires applicables en Belgique pour l'exercice de cette profession.

§ 2. Pour les prestations effectuées à partir de la date d'entrée en vigueur des modifications à la loi concernant les tickets modérateurs fixes et à la nomenclature concernant les nombres de séances maximum par trouble (cfr annexe), les valeurs du facteur de multiplication R sont fixées comme suit :

- R = 1,764254 pour les séances de bilan
- R = 1,260181 pour les bilans d'évolution
- R = 1,260181 pour les séances individuelles de traitement et les séances collectives de traitement à l'école
- R = 1,296866 pour les séances individuelles de traitement et les séances collectives de traitement hors école

§ 3. 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 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 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. 3.

§ 1^{er}. Sans préjudice des dispositions de l'article 5 pour toute prestation dispensée au domicile d'un bénéficiaire, à l'école du bénéficiaire, 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 § 1^{er}, deuxième alinéa, le logopède informe le bénéficiaire ou son représentant légal 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. 4.

§ 1^{er}. Le logopède s'engage à respecter les taux d'honoraires fixés à l'article 2 pour les prestations prévues au « Chapitre X – Logopédie » de la nomenclature des prestations de santé.

Le logopède, en relation 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 2 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 son représentant légal, 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 2 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 vendredi à 19 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. 5.

Le bénéficiaire paie lui-même les honoraires au logopède.

Art. 6.

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.

Le logopède s'engage à informer le patient sur le contenu et le coût du traitement avant que le container de prestations remboursables soit dépassé, et ce selon la méthode du consentement éclairé. Le modèle du formulaire du consentement éclairé est fixé par la commission de conventions. Cette pièce justificative doit figurer dans le dossier patient chez le logopède.

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. 7.

§ 1^{er}. Lorsque le logopède a recours au système du tiers payant, 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.

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 sont portés en compte au patient en application de l'article 5 et/ou en application de l'article 3, § 1^{er}, 2^e alinéa.

§ 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 § 1^{er}, 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 1^{er} 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. 8.

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, § 1^{er}, 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 (perception non obligatoire) quel que soit l'endroit où les prestations sont effectuées.

Art. 9.

La Commission de conventions est compétente pour régler des litiges qui peuvent surgir en matière d'interprétation ou d'exécution de la présente convention. Elle est également compétente en matière d'interprétation de la nomenclature des prestations de santé.

Art. 10.

§ 1^{er}. 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'art. 2. 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.

Ces mesures ne seront pas d'application pour un dépassement ou risque de dépassement éventuel qui proviendrait de

- la reconversion des CRA
 - du Décret M en Flandre et l'intégration dans l'enseignement ordinaire d'enfants du type 8 en Fédération Wallonie-Bruxelles
- et qui serait identifié dans les estimations techniques communiquées au Comité de l'assurance.

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. 11. Projets.

1. la mise en œuvre des avantages sociaux pour la cotisation 2016.

Les montants sont fixés à 2.475 € pour la cotisation complète et à 1.200 € pour la cotisation de base. Ce projet est prévu dans l'enveloppe gouvernementale « paramédicaux » pour 2.640.067 €.

2. l'élaboration d'un projet d'arrêté royal qui interdise le tiers-payant pour les prestations réalisées dans un établissement d'enseignement. La réalité des prestations effectuées à l'école via le tiers-payant se révèle en effet difficilement contrôlable. Ce projet sera monitoré.
3. une réforme restreinte de la nomenclature avec décision de la Commission de conventions sur le projet d'arrêté royal au plus tard en séance du 23.06.2016, sur base de critères evidence-based et pour laquelle:

- 3.1. l'introduction du LIS (Locked-in syndrome). Ce projet est prévu dans l'enveloppe gouvernementale « paramédicaux » pour 240.000 €.
- 3.2. de codes de nomenclature pour de la guidance parentale pour 10 H.(20 séances de 30 minutes) maximum de guidance (individuelle ou collective). Ces 10 H. font partie du container global du trouble concerné et sont prestées en présence ou non du patient. Le fait que la personne ayant autorité parentale sur le patient est considérée comme collaboratrice dans le traitement de ce dernier répond aux principes de qualité des soins, d'efficacité et de responsabilisation.
- 3.3. de normes concernant la flexibilité permettant de comprendre une éventuelle rechute.
- 3.4. prévoir que le bilan puisse être prescrit par « un » médecin (en attendant la modification de l'AR 5santé publique) du 20.10.1994).

La Commission travaillera sur

- une modification de l'article 36 de la nomenclature des prestations de santé qui prévoira la référence à des directives pour l'exécution des prestations conformément aux objectifs de santé;
- la mise à disposition de ces directives sur le site Internet de l'INAMI.

Art.12. Informatique.

La Commission de conventions demande une intervention financière de l'INAMI à l'utilisation d'un logiciel homologué. Le travail concernant les objectifs et les critères d'utilisation sera effectué dans le cadre du projet eSanté (plus précisément l'échange de données avec les autres dispensateurs de soins) au sein de la Commission de conventions et selon le calendrier proposé par l'INAMI.

Art.13. Recommandations :

§ 1^{er}. La Commission demande au Service Public Fédéral Santé publique de modifier l'arrêté royal du 20.10.1994 pour qu'un bilan puisse être réalisé par un logopède sans prescription d'un médecin.

§ 2. La Commission demande au Service de fournir en 2017, une estimation chiffrée de l'impact budgétaire probable, sur les dépenses de logopédie en nomenclature monodisciplinaire, des effets du vieillissement de la population. Sur base de cette estimation et du plus récent rapport du Comité d'étude sur le vieillissement, la Commission mènera un débat sur la manière dont la nomenclature de logopédie peut se préparer d'une façon qualitative et économique aux effets du vieillissement de la population. Un membre de la Commission de conventions sera associé aux travaux de la Cellule mise en place au sein de l'INAMI, afin d'étudier cette problématique.

§3. La Commission de conventions demande à l'Autorité (Ministre de la Santé publique) de proposer une solution à court terme à la question de la pléthore de logopèdes.

Art. 14.

§ 1^{er}. La présente convention entre en vigueur le 1^{er} janvier 2016 et produit ses effets jusqu'au 31 décembre 2017 inclus. Elle n'est pas tacitement reconductible.

§ 2. Elle peut être dénoncée :

a) par une des parties à la présente convention

- Cette dénonciation doit être faite avant le 1^{er} novembre 2016, 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 2017.
- Si l'une des parties à la convention constate – preuves à l'appui – que les points prévus à l'article 11 ne sont pas appliqués, elle peut dénoncer la présente convention à tout moment dans le courant de l'année 2016 par l'envoi d'un message au Président de la Commission de conventions. Le Président met cette dénonciation à l'ordre du jour de la Commission de conventions qui suit le jour de la réception de ce message. Si la dénonciation est maintenue lors de cette séance de la Commission, la convention prend fin le premier jour du deuxième mois qui suit cette séance de la Commission.

b) par un logopède

Cette dénonciation doit être faite avant le 1^{er} novembre 2016, 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 2017.

L'adhésion individuelle à la présente convention produit ses effets au plus tôt au 1^{er} janvier 2016 et vaut pour toute la durée de la convention. Les logopèdes qui ont adhéré à la convention R/2015-2017 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/2016-2017.

§ 3. En application de l'art. 49, § 5, 6^{ème} 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 INAMI à chaque logopède actif qui répond aux conditions pour son obtention. Chaque logopède est tenu de reproduire son 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 7 mars 2016

Les représentants des organismes assureurs,

Les représentants des organisations
professionnelles des logopèdes,

Bijlage: bepaling van het maximum aantal zittingen op basis van de gegevens van het IMA.
 Annexe: détermination du nombre maximal de séances sur base des données de l'IMA.

groep	code	maximum	groupe
Handicap	a	55	Handicap
Afasie	b1	288	Aphasie
Taalstoornis	b2	190	Trouble du langage
Dyslexie-dysorth-dyscal	b3	140	Dyslexie-dysorth-dyscal
Schisis	b4		Fentes labiales
Radiotherapie/chirurgie	b5	55	Radiothérapie/chirurgie
Dysglossieën	b6.1	149	Dysglossies
Dysarthrieën	b6.2	176	Dysarthries
Neuromusculaire aandoeningen	b6.3		Affections neuromusculaires
Stotteren	b6.4	128	Bégaiement
Interceptive orthodontie	b6.5		Interceptif orthodontie
Laryngectomie	c1	90	Laryngectomie
Larynx - stemstoornissen	c2		Larynx - cordes vocales
Gehoorstoornissen	d		Troubles de l'ouïe
Dysfagie	e	65	Dysphagie
Dysfasie	f		Dysphasie