

**INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE  
MALADIE-INVALIDITÉ  
Service des soins de santé  
Avenue Galilée 5/01  
1210 Bruxelles**

**TEXTE DE CONVENTION ADOPTE PAR LE COMITE DE L ASSURANCE POUR LES LOGOPEDES**

En l'absence de convention négociée entre les logopèdes et les organismes assureurs, le Comité de l'assurance a adopté le 16.05.2022 le texte de convention suivant.

Ce texte de convention permet d'accorder, sur base de la réglementation spécifique et après approbation du Conseil général, l'avance sur l'indexation 2023 qui s'élève à 2,236 millions d'euros, et de l'utiliser pour une indexation linéaire à partir du 1er juin 2022. Ceci s'ajoute aux mesures contenues dans ce texte de convention.

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.

§ 1er. 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. Les valeurs du facteur de multiplication R sont fixées comme suit

A partir du 1<sup>er</sup> juin 2022 :

- R = 1,920406 pour les séances de bilan initial
- R = 1,368738 pour les bilans d'évolution
- R = 1,640431 pour les séances individuelles de traitement de 30 minutes hors école, et les séances collectives de guidance parentale
- R = 1,647249 pour les séances individuelles de traitement de 60 minutes et les séances individuelles de guidance parentale
- R = 1,584523 pour les séances individuelles de traitement de 30 minutes à l'école
- R = 1,642591 pour les séances collectives de traitement

Les valeurs de la lettre-clé sont augmentées de 1,35% à partir du 1er juin 2022. Cela correspond pour l'année 2022 à 1,502 millions d'euros, soit la masse d'index disponible (0,79% sur une base annuelle). Si ce pourcentage plus élevé est appliqué structurellement à partir de 2023, cela signifie un coût supplémentaire de 1,073 million d'euros, qui devrait être compensé par une réduction de la masse d'index de 2023.

§ 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 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. 3.

§ 1er. Sans préjudice des dispositions de l'article 5 pour toute prestation dispensée au domicile d'un 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 § 1er, 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.

§ 1er. 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, le médecin prescripteur et l'organisme assureur, s'engagent 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. En cas de litige, la charge de la preuve que l'information était affichée et a été donnée incombe au logopède.

Art. 5.

§1er. 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.

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.

Un formulaire concernant le consentement éclairé du patient sera élaboré dans le cadre légal.

§ 2. En vertu de l'article 53, § 1er / 2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, les dispensateurs de soins sont tenus de remettre au bénéficiaire un document justificatif des prestations effectuées donnant lieu à intervention de l'assurance obligatoire ainsi que des prestations n'y donnant pas lieu lorsque ces dernières sont effectuées avec des prestations qui y donnent lieu :

1° dans le cas où le dispensateur de soins porte en compte au bénéficiaire outre des montants pour des prestations donnant lieu à intervention de l'assurance obligatoire des montants pour des prestations qui ne donnent pas lieu à une intervention de l'assurance obligatoire;

2° dans le cas où l'attestation de soins donnés est remplacée par une transmission électronique de données par le dispensateur de soins à l'organisme assureur du bénéficiaire.

Le montant total à payer par le bénéficiaire pour les prestations visées, en ce compris les acomptes payés, figurent sur le document justificatif.

Lorsqu'une attestation de soins donnés détaillant l'ensemble des prestations remboursables est remise au bénéficiaire, le document justificatif comprend :

- pour l'ensemble des prestations remboursables, le total à payer en ce compris les suppléments éventuels;
- en regard de chaque prestation non remboursable, reprise sous la forme d'un libellé, son montant.

Lorsqu'une attestation de soins donnés détaillant l'ensemble des prestations remboursables n'est pas remise au bénéficiaire, le document justificatif comprend :

- de manière distincte, en regard de chaque prestation remboursable reprise comme sur une attestation de soins donnés, sauf si les prestations sont regroupées conformément aux décisions prises par le Comité de l'assurance soins de santé, le montant payé par le bénéficiaire en vertu des tarifs, le montant payé par le bénéficiaire à titre de supplément et, le cas échéant, l'intervention facturée directement à l'organisme assureur;

- en regard de chaque prestation non remboursable, reprise sous la forme d'un libellé, son montant.

La Commission de conventions s'engage à l'élaboration d'un formulaire standard de document justificatif.

#### Art. 6.

§ 1er. Lorsque le logopède a recours au système du tiers payant ( cf. arrêté royal du 18 septembre 2015 portant exécution de l'article 53, §11 de la loi coordonnée le 14-7-1994, relatif au régime 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.

#### Art. 7.

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 (perception non obligatoire) quel que soit l'endroit où les prestations sont effectuées.

Art. 8.

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. 9.

§ 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. Pour l'année 2022, il est fixé à 148.714 milliers d'euros.

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 :

- du Décret M en Flandre qui sera remplacé par le *Leersteundecreet*
- 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 § 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. 10. Projets.

### **1. Simplification administrative de la procédure de demande :**

1.1. 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 et de cette manière, responsabiliser les logopèdes en matière de réalisation de bilan. L'impact de cette mesure doit encore être examiné. Seuls les bilans qui démontrent les critères d'inclusion pour un intervention pour un trouble donné, et qui remplissent les conditions (qualitatives) de la nomenclature peuvent être pris en charge par l'assurance soins de santé obligatoire, comme c'est actuellement le cas.

1.2. La Commission fera une proposition de modification des attestations de soins afin de les rendre plus claires et plus transparentes.

## **2. Réforme de la nomenclature :**

Un groupe de travail chargé de soumettre des propositions de réforme de la nomenclature sur base de critères « evidence-based practice » a été initié.

Les modalités pratiques seront élaborées par le groupe de travail nomenclature dans un cadre budgétairement neutre

Les premiers résultats sur lesquels souhaite aboutir le groupe de travail sont :

- La révision des conditions d'accès aux prestations liées aux troubles de la nomenclature.
- L'ouverture à de nouvelles pathologies qui nécessitent un traitement logopédique.
- La combinaison des troubles § 2, f (dysphasie) et § 2, b, 3° (dyslexie-dysorthographe-dyscalculie).
- La révision des périodes de traitement et du règlement de la rechute.
- L'adaptation de l'utilisation des séances (individuelles) de guidance parentale dans le contexte de la prévention.
- L'adaptation du nombre de parents dans les séances collectives de guidance parentale, désormais ouvertes à trois, quatre, cinq ou six couples de parents, au cabinet du logopède et en l'absence du patient.  
Ce changement sera inclus dans la première mise à jour de la nomenclature qui sera publiée.
- L'intervention de l'assurance obligatoire pour le bilan, en tenant compte des points d'attention mentionnés ci-dessus
- La révision des lieux où sont dispensés les traitements.
- ...

Le groupe de travail s'engage à travailler sur chaque point dans un calendrier fixé dans le groupe de travail et à revenir régulièrement vers la Commission de Conventions.

## **3. Nombre de logopèdes**

Dans le but d'assurer la qualité des soins et le bien-être des dispensateurs de soins, la Commission de conventions s'engage avec l'INAMI à évoquer le nombre de logopèdes, sur base des données de la commission de planification, avec les instances compétentes et les ministres concernés. En l'absence de perspectives de limitation du nombre de logopèdes diplômés, des mesures supplémentaires sont demandées pour limiter l'afflux du nombre de logopèdes reconnus par l'INAMI.

Art. 11.

La présente convention est conclue pour les années 2022 et 2023. Elle n'est pas tacitement reconductible.

L'adhésion individuelle à la présente convention produit immédiatement ses effets et vaut pour la durée de la convention. Les logopèdes conventionnés au 31 décembre 2021 sont, sauf manifestation contraire de leur volonté exprimée en utilisant leur eID via une application électronique sécurisée dans les trente jours suivant la publication de la présente convention au Moniteur belge, censés maintenir leur adhésion à cette dernière.

Toutefois, la convention peut être dénoncée par tout logopède avant le 15 décembre de chaque année, en utilisant leur eID via l'application électronique sécurisée MyInami, 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 qui suit cette dénonciation.

Art. 12.

Pour l'application de l'article 49, § 7, 5e alinéa de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, le Comité de l'assurance doit constater si le quorum d'adhésions de 60% est atteint ou non. En vue de constater si le quorum visé ci-dessus est ou non atteint, le nombre de logopèdes auquel il faut rapporter le nombre de logopèdes ayant adhéré à la convention, est établi comme suit : nombre de logopèdes ayant un profil d'activité (profil INAMI) pour l'année comptable 2020 augmenté du nombre de logopèdes qui ont obtenu un numéro INAMI en 2021.

Fait à Bruxelles, le 16.05.2022

Le Secrétaire du Comité de l'assurance,

La Présidente du Comité de l'assurance

J. COENGRACHTS  
Fonctionnaire dirigeant

A. KIRSCH