Dernière modification prise en compte
V/96 decies (01.01.2024)

TEXTE COORDONNE

Institut national d'assurance maladie-invalidité

Avenue Galilée 5/01
1210 Bruxelles
☎ 02/524 97 97

Service des soins de santé

CONVENTION NATIONALE ENTRE LES SAGES-FEMMES ET LES ORGANISMES ASSUREURS

PREAMBULE

La Commission de conventions a exprimé, suite à l'approbation du budget 2024 par le Conseil Général, son mécontentement quant au fait qu'aucune ressource budgétaire complémentaire n'avait été libérée pour leur secteur en 2024. Les sages-femmes ont exprimé leur indignation face aux décision du conseil général dans le cadre du budget 2024 ne suivant pas la proposition concertée du Comité de l'assurance d'un budget supplémentaire pour le secteur des sages-femmes. Les sages-femmes ont également exprimé leur inquiétude quant à leur viabilité financière et ont demandé à avoir des perspectives.

La Commission de conventions a également rappelé sa demande d'un nouveau modèle de financement et d'organisation, via une réforme de la nomenclature et la participation à des collaborations avec d'autres dispensateurs de soins, en tenant également compte des compétences détenues par les entités fédérées. Ce nouveau modèle est rendu nécessaire par les changements récents dans le paysage des soins de santé (réseaux hospitaliers…), l'évolution vers un séjour plus court à l'hôpital après l'accouchement et le déplacement vers les soins de première ligne qui demandent une évolution de l'organisation des soins par les sages-femmes. La Commission de conventions proposera d'ici septembre 2024 un nouveau modèle de financement, dans le cadre duquel le secteur peut s'attendre à une revalorisation complète des prestations.

Engagements pour 2024

Après concertation avec le Ministre, plusieurs engagements ont été concrétisés :

- La prime de convention de 975,49 EUR peut être exceptionnellement prolongée en 2024 aux mêmes conditions (seuil, montants, timing de paiement). Un accord préalable écrit est nécessaire entre les sages-femmes et les hôpitaux si ces derniers souhaitent percevoir la prime. Cet engagement représente un effort budgétaire de 2,685 millions d'euros, en fonction toutefois du nombre de sages-femmes conventionnées.

La Commission de conventions élaborera une proposition appropriée dans le cadre budgétaire.

- Dans le cadre des objectifs budgétaires partiels, les membres de la Commission de conventions peuvent choisir de mettre l'accent sur la réévaluation de certains honoraires. Ils peuvent débloquer des fonds a cet effet :
    - En procédant a une indexation sélective au sein de la masse d'index prévue, pour un montant de 2,749 millions d'euros.
    - En développant des mesures « appropriate care », dans le but de faire en sorte que les soins les plus appropriés soient encouragés. Les moyens libérés de cette manière pourront être entièrement réinvestis dans le secteur en 2024.
    - En outre, un montant de 17.000 euros est encore disponible dans le secteur dans le cadre de la mesure « appropriate care » 2023.

Elaborer un meilleur modèle de financement et d'organisation pour les sages-femmes afin d'ancrer leur rôle dans une perspective d'avenir

Premièrement, la priorité sera donnée a la réalisation rapide du trajet transversal de soins périnataux pour les femmes vulnérables, pour lequel un budget de 11,468 millions d'euros est prévu. Ce trajet, censé démarrer le 1er avril 2024, sera mis en place en collaboration avec les entités fédérées, mais avec un rôle garanti pour les sages-femmes dans les soins de première ligne, et ce, aussi bien pour le dépistage, la consultation prénatale personnalisée, la coordination ou la participation a la concertation multidisciplinaire.

Deuxièmement, l'administration sera chargée, en concertation avec les membres de la Commission, de mener une réflexion en 2024 sur un trajet de suivi autonome périnatal pour les grossesses à bas risque qui ira au-delà du projet mentionné ci-dessus pour les femmes vulnérables, en mettant l'accent sur le rôle important des sages-femmes dans le suivi périnatal. Cette réflexion sera menée en concertation avec les médecins généralistes et les gynécologues et doit déboucher sur une proposition concrète au plus tard lors de la confection du budget 2025. Dans le scope de ses compétences, décrites dans le profil professionnel, la sage-femme aura la possibilité de voir ses compétences respectées tout au long de la période périnatale.

Troisièmement, une demande sera formulée en 2024 pour un projet-pilote « article 56 » sur la révision du financement du secteur des sages-femmes.

Quatrièmement, la Commission de conventions, en concertation avec l'actuariat de l'INAMI, suivra les dépenses du secteur de manière plus ciblée, en vue de proposer des mesures ciblées.

Enfin, la Commission souhaite se concerter avec le secteur des hôpitaux sur la situation des sages-femmes dans les hôpitaux. La Commission souhaite également attirer l'attention sur la nécessaire évolution des normes de financement des hôpitaux (BMF) qui ne correspondent plus à la réalité de l'activité des sages-femmes. La Commission souhaite une première ligne forte avec un rôle important pour les sages-femmes dans ce domaine, tant intra qu'extra-muros.

Article 1er. La présente convention définit, en ce qui concerne les honoraires et les modalités de leur paiement, les rapports entre les sages-femmes, les organismes assureurs 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 35 de la loi susvisée coordonnée le 14 juillet 1994, et à la condition que la sage-femme qui l'a pratiquée ait la qualification requise, conformément aux

indications de ladite nomenclature.

Aucune modification de la nomenclature n'est opposable aux parties. En l'absence de manifestation contraire de leur volonté dans les trente jours qui suivent la publication d'une telle modification, celle-ci est toutefois considérée comme incluse dans les termes de la présente convention.

Art. 3. La valeur du facteur de multiplication V à appliquer aux valeurs relatives des prestations de santé visées par la convention est, à partir du 1er janvier 2024, fixée à 2,142073 EUR.

En exception à la règle générale ci-dessus,

- pour les prestations 422796, 423791, 422774, 423776, 422914, 422936, 422951 et 422995, la valeur du facteur de multiplication V est égale à 1,909868 EUR.
- pour les prestations 421993 et 422973, la valeur du facteur de multiplication V est égale à 2,020449 EUR.
- pour les prestations 422575, 422590, 422612, 422634, 423570, 423592, 423614, 423636, 422225, 423500, 422262, 422656, 423651, 422671, 423673, 422693, 428455, 423695, 428470, 422752, 423754 et 422531, la valeur du facteur de multiplication V est égale à 2,060067 EUR.
- pour les prestations 428514, 428551, 428595, 428632, 428676, et 428713, la valeur du facteur de multiplication V est égale à 2,624038 EUR.
- pour les prestations 422435, 428735, 422811, 422833 et 422855, la valeur du facteur de multiplication V est égale à 2,887984 EUR.
- pour les prestations 422450 et 422472, la valeur du facteur de multiplication V est égale à 2,761137 EUR.

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 V peut être adaptée à partir du 1er janvier de chaque année à l'évolution de la valeur de l'indice-santé. 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. La sage-femme s'engage à respecter les taux des honoraires fixés pour les prestations prévues à l'article 9 de la nomenclature des prestations de santé.

Elle peut cependant déroger aux taux desdits honoraires en cas d'exigence particulière de la bénéficiaire à savoir, lorsque à la demande de cette dernière, la prestation est effectuée à son domicile sans nécessité médicale et en dehors de deux visites à domicile comprises dans les séances prénatales (prestations nos 422030 et 422052).

Elle peut en plus déroger aux taux desdits honoraires pour les prestations se rapportant à la préparation à l'accouchement (prestations nos 422096, 428374, 428396, 422111, 428411, 422133 et 428433).

La sage-femme informe préalablement l'intéressée sur le montant des honoraires. En cas de litige, la charge de la preuve que l'information a été donnée incombe à la sage-femme.

Art. 5. § 1er. Une intervention est accordée pour les déplacements au domicile de la bénéficiaire dans le cadre des séances prénatales en cas de grossesse à risque (prestations 422870 et 422892). Cette intervention est calculée par visite à raison de 0,15 V au km (pseudo-numéro de code 422973) en fonction de la distance réelle, limitée cependant à deux fois trente km (aller-

retour), séparant la résidence effective de la sage-femme de celle de la bénéficiaire.

Un relevé des frais de déplacement réclamés doit être certifié conforme par la sage-femme et doit être contresigné par la bénéficiaire.

§ 2. La sage-femme peut réclamer librement des frais de déplacement sauf pour les déplacements dans le cadre des séances prénatales en cas de grossesse à risque et pour deux visites à domicile dans les douze séances prénatales (prestations 422030 et 422052) qui ne dépasse pas deux fois 10 km (aller-retour).

La bénéficiaire doit être préalablement informée du montant des frais de déplacement.

Article 6. § 1er La bénéficiaire paye elle-même les honoraires à la sage-femme.

§ 2. Toutefois la sage-femme peut appliquer le système du tiers payant pour la partie des honoraires qui est à charge de l'organisme assureur selon les modalités déterminées par l'arrêté royal du 18 septembre 2015 (MB 23.09.2015).

Art. 7. § 1er. La sage-femme délivre à la bénéficiaire l'attestation de soins donnés ou joint l'attestation ou le document en cas d'application du système du tiers payant, à la note d'honoraires adressée à la mutualité ou à l'office régional de l'organisme assureur au plus tard dans un délai de deux mois suivant la fin du mois au cours duquel les prestations ont été fournies.

§ 2. La sage-femme qui applique le système du tiers payant envoie à chaque mutualité ou office régional de l'organisme assureur, mensuellement et avant la fin du deuxième mois suivant le mois au cours duquel les prestations ont été effectuées, sa note d'honoraires comprenant les attestations de soins et un état récapitulatif en double exemplaire; celle-ci mentionne le nom des bénéficiaires, le montant des interventions par bénéficiaire et le montant global dû par l'organisme assureur.

L'organisme assureur règle le montant de la note d'honoraires, compte tenu des rectifications apportées, dans les six semaines qui suivent la fin du mois au cours duquel les documents nécessaires à la facturation ont été reçus par l'organisme assureur. Dans la mesure où les délais de paiement ne sont pas respectés par l'organisme assureur, la sage-femme en avise la Commission de convention. La Commission de convention veillera au respect par les organismes assureurs des susdits délais de paiement.

§ 3. En cas de paiement tardif, les règles déterminées par l'arrêté royal du 18 septembre 2015 (MB 23.09.2015) sont d'application.

Art. 8. La Commission de conventions est compétente pour concilier les contestations qui peuvent surgir à propos de l'interprétation ou de l'exécution de la présente convention. Elle peut également concilier des contestations quant à l'interprétation de la nomenclature des prestations de santé.

Art. 9. L'objectif budgétaire pour les prestations de l'article 9 de la nomenclature des prestations de santé est fixé sur base des dispositions légales et réglementaires en vigueur en la matière.

En application de l'article 51, § 2, de la loi précitée, relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, dès qu'un dépassement significatif ou risque de dépassement significatif de l'objectif budgétaire annuel partiel est constaté, les parties s'engagent à appliquer les mesures de corrections suivantes :

- révision du remboursement de la préparation à l'accouchement (prestations n^{os} 422096, 428374, 428396, 422111, 428411, 422133 et 428433).
- révision du tarif pour la surveillance et l'assistance pendant la phase de travail.

Ces révisions sont appliquées sauf si le dépassement budgétaire est dû à une augmentation significative du nombre d'accouchements effectués par les sages-femmes.

Est prévue, en cas d'insuffisance desdites mesures, une réduction automatique et applicable immédiatement des honoraires, prix ou autres montants et des tarifs de remboursement pour les prestations ou groupes de prestations qui sont à l'origine du dépassement ou du risque de dépassement significatif de l'objectif budgétaire annuel partiel; cette réduction est proportionnelle au montant du dépassement ou du risque de dépassement.

Art. 10. La présente convention porte ses effets au plus tôt le 1er juillet 1996. Elle est valable jusqu'au 31 décembre 1997.

Elle est tacitement reconduite d'année en année, sauf dénonciation avant le 1er décembre par lettre recommandée à la poste, adressée au Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

Cette dénonciation peut être faite :

1) soit par les trois quarts au moins des membres d'un des deux groupes représentés à la Commission de convention et dans ce cas, elle a pour effet d'annuler la convention à partir du 1er janvier qui suit la dénonciation;

2) soit par toute personne 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 la dénonciation.

Art. 11. Il est attribué à chaque sage-femme un numéro d'inscription. Elle est tenue de reproduire ce numéro sur tous les documents destinés aux bénéficiaires et aux organismes assureurs.

Fait à Bruxelles, le

Pour les organismes assureurs,

Pour les organisations professionnelles des sages-femmes,