



CONVENTION ADMINISTRATIVE SPITEX¹

ZVR: 42.500.1119A

entre

**l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile (ASSASD)
l'Association Spitex Privée Suisse (ASPS)**

d'une part

et

**les assureurs-maladie nommés dans cette convention et représentés par tarifsuisse
ag**

d'autre part

concernant la rémunération des prestations relevant de l'assurance-maladie obligatoire dans le domaine de l'aide et des soins à domicile

conforme à la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

Valable à partir du 1er février 2016

Préambule

En vue de l'introduction du nouveau régime de financement des soins, l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile (ci-après ASSASD) et l'Association Spitex Privée Suisse (ci-après ASPS) d'une part, et tarifsuisse d'autre part, concluent la convention administrative suivante valable pour toute la Suisse. La convention a pour but d'unifier les processus administratifs, les démarches d'assurance qualité, la définition du domaine des prestations ainsi que la réglementation de la rémunération pour les prestations accessoires. Par ailleurs, les parties à la convention expriment la volonté que la convention administrative ait valeur de modèle pour toutes les organisations d'aide et de soins à domicile. La présente convention est fondée sur les lois et ordonnances en vigueur au 1.1.2016.

¹ En cas de contestation, le texte allemand fait foi.

Il remplace la convention entre l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile (ASSASD) et l'Association Spitex Privée Suisse (ASPS) d'une part et santésuisse d'autre part du 20 décembre 2010 (numéro RCC : 42.000.2784W).

Art. 1 Parties à la convention

¹ Sont parties à la présente convention administrative : l'ASSASD et l'ASPS d'une part, et tarifsuisse d'autre part.

² La convention s'applique

a) aux fournisseurs de prestations ayant déclaré adhérer à la présente convention administrative (par la suite „fournisseurs de prestations“)

et

b) aux assureurs-maladie suivants, d'autre part :

1.	BAG Nr. 8	CSS
2.	BAG Nr. 32	Aquilana
3.	BAG Nr. 57	Moove Sympany AG
4.	BAG Nr. 62	Supra-1846 SA
5.	BAG Nr. 134	Einsiedeln
6.	BAG Nr. 182	PROVITA
7.	BAG Nr. 194	sumiswalder
8.	BAG Nr. 246	Steffisburg
9.	BAG Nr. 290	CONCORDIA
10.	BAG Nr. 312	Atupri
11.	BAG Nr. 343	Avenir Krankenversicherung AG
12.	BAG Nr. 360	Luzerner Hinterland
13.	BAG Nr. 455	ÖKK
14.	BAG Nr. 509	Vivao Sympany
15.	BAG Nr. 558	Flaachtal
16.	BAG Nr. 762	Kolping Krankenkasse AG
17.	BAG Nr. 774	Easy Sana Krankenversicherung AG
18.	BAG Nr. 780	Glarner
19.	BAG Nr. 820	Lumneziana
20.	BAG Nr. 829	KLuG
21.	BAG Nr. 881	EGK
22.	BAG Nr. 901	sanavals
23.	BAG Nr. 923	SLKK
24.	BAG Nr. 941	sodalis
25.	BAG Nr. 966	vita surselva
26.	BAG Nr. 1040	Visperterminen
27.	BAG Nr. 1113	Vallée d'Entremont
28.	BAG Nr. 1142	Ingenbohl
29.	BAG Nr. 1147	Turbenthal
30.	BAG Nr. 1318	Wädenswil
31.	BAG Nr. 1322	Birchmeier
32.	BAG Nr. 1328	kmu
33.	BAG Nr. 1331	Stoffel Mels

34.	BAG Nr. 1362	Simplon
35.	BAG Nr. 1384	SWICA
36.	BAG Nr. 1386	GALENOS
37.	BAG Nr. 1401	rhenusana
38.	BAG Nr. 1479	Mutuel Krankenversicherung AG
39.	BAG Nr. 1507	Fondation AMB
40.	BAG Nr. 1529	INTRAS
41.	BAG Nr. 1535	Philos Krankenversicherung AG
42.	BAG Nr. 1542	Assura-Basis SA
43.	BAG Nr. 1555	Visana
44.	BAG Nr. 1560	Agrisano
45.	BAG Nr. 1568	sana24
46.	BAG Nr. 1569	Arcosana AG
47.	BAG Nr. 1570	Vivacare
48.	BAG Nr. 1577	Sanagate
49.		Gemeinsame Einrichtung KVG Gibelinstrasse 25, Postfach, 4503 Solothurn, in ihrer Funktion als aushelfender Träger gemäss Art. 19 Abs. 1 KVV

Tous représentés par procuration par tarifsuisse ag, Römerstrasse 20, 4502 Solothurn

Art. 2 Adhésion, finance d'entrée, exclusion

Partie générale

- ¹ L'adhésion implique la pleine reconnaissance de la convention administrative, y compris l'intégralité de ses annexes. Celles-ci, conformément à l'article 23, font partie intégrante de la présente convention.
- ² La procédure d'adhésion pour de nouveaux fournisseurs de prestations est introduite par l'ASSASD et l'ASPS une fois la convention administrative dûment signée. Les dispositions transitoires sont valables pour les organisations qui ont adhéré à la convention jusqu'au 31.12.2016.
- ³ Les parties à la convention se communiquent régulièrement l'état le plus récent des listes d'adhérents ; chacune des parties - tarifsuisse d'un côté, l'ASSASD conjointement avec l'ASPS de l'autre – peut publier sa liste sur Internet.
- ⁴ tarifsuisse ag, ASSASD et ASPs décident ensemble de ne pas admettre un fournisseur de prestations ou de l'exclure de la convention. Cette décision sera justifiée au fournisseur de prestations et aux parties à la convention. Les fournisseurs de prestations peuvent faire appel auprès du tribunal cantonal selon art. 89 LAMal.

Adhésion des fournisseurs de prestations :

- ⁵ Peuvent adhérer à la présente convention administrative tous les fournisseurs de prestations remplissant les conditions de l'article 51 OAMal et disposant d'une autorisation de pratiquer selon le droit cantonal. Ne peuvent adhérer que les fournisseurs de prestations n'ayant pas avec tarifsuisse un autre rapport contractuel concurrent applicable au moment où l'adhésion devient effective.

- ⁶ Les fournisseurs de prestations peuvent adhérer à la présente convention administrative en notifiant leur adhésion par écrit à l'ASSASD ou à l'ASPS. L'adhésion à la convention administrative est gratuite pour les membres actifs d'une association cantonale de l'ASSASD et de l'ASPS. Les fournisseurs de prestations non membres d'une association cantonale de l'ASSASD ou de l'ASPS acquittent à l'ASSASD une finance d'adhésion et une contribution annuelle aux frais généraux dont les montants respectifs sont déterminés par un règlement. Le règlement en vigueur s'appliquant aux finances d'adhésion est publié sur Internet.

Adhésion à la convention par d'autres assureurs (droit d'option)

- ⁷ tarifsuisse sa a le droit d'intégrer d'autres assureurs-maladie autorisés dans la présente convention, avec pour conséquence que cette convention est également valable dans les relations entre l'assureur et le fournisseur de prestation (droit d'option).
- ⁸ La convention qui repose sur le droit d'option entre l'assureur contractant et le fournisseur de prestations entre en vigueur une fois que tarifsuisse sa a communiqué le numéro de l'OFSP, le nom et l'adresse de l'assureur à l'ASSASD et à l'ASPS, associés à la déclaration que l'assureur conclut également la présente convention. La convention qui repose sur le droit d'option expire automatiquement dès que la présente convention est supprimée.
- ⁹ L'exercice du droit d'option n'est valable que lorsqu'il est effectué par tarifsuisse sa et que tarifsuisse sa dispose d'une procuration pour conclure des conventions pour l'assureur.

Art. 3 Champ d'application, prestations proposées

- ¹ La présente convention administrative règle les processus administratifs applicables aux prestations ambulatoires au sens des articles 25a LAMal, 51 OAMal et 7 ss. OPAS.
- ² La LAMal et la convention administrative distinguent entre les soins majoritairement dispensés au domicile du patient et les soins dispensés dans des structures de jour ou de nuit. La convention administrative s'applique aux deux formes précitées de soins ambulatoires. Toutefois une différence existe au niveau de la rémunération des soins (voir article 8 de la présente convention).
- ³ Les fournisseurs de prestations doivent avoir un numéro de Registre des Codes Créanciers (ci-après RCC) spécifique pour chacun des trois domaines des soins, i.e. de longue durée, aigus et de transition et dans les structures de jour ou de nuit.
- ⁴ Les soins ambulatoires sont dispensés de façon ponctuelle et, dans la grande majorité des cas, au domicile du patient. La rémunération s'effectue sur la base de l'article 7a, al. 1 OPAS.
- ⁵ Les soins ambulatoires dispensés par des structures de jour ou de nuit sont proposés par :
- a) des centres de jour et de nuit tels que foyers de jour, Centro diurno, UAT-VD et autres offres comparables. Le patient réside à son domicile et y rentre. En l'espace de 24 heures, le patient peut solliciter soit un centre de jour, soit un centre de nuit. Les prestations ne sont pas cumulables.
 - b) Les soins ambulatoires Inhouse ("aide et soins à domicile in-house") dispensés dans des résidences pour personnes âgées, les Alterssiedlungen (lotissements pour

personnes âgées), dans le cadre du betreutes Wohnen (immeubles à encadrement social), des unités d'accueil temporaire et de répit (UATR-GE), des appartements/logements protégés médicalisés et non médicalisés et autres offres assimilées se distinguent par le fait que l'aide et les soins sont disponibles et peuvent être sollicités 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Les prestations sont proposées, fournies et facturées sur une base exclusivement interne par le prestataire de logement (bailleur, propriétaire). Les prestations de soins font donc partie intégrante du logement.

Ces soins visés à l'article 3, al. 5, let. a) et b) de la présente convention sont rémunérés conformément à l'article 7a, al. 4 OPAS.

- ⁶ Une convention distincte s'applique aux soins aigus et de transition.
- ⁷ La convention administrative s'applique aux assurés
 - a) adhérents d'un assureur visé à l'article 1, al. 2, let. b) de la présente convention administrative,
 - b) et ayant droit à l'assurance obligatoire des soins conformément à la LAMal.

Art. 4 Conditions pour les prestations

Les assureurs prennent en charge les coûts pour les soins ambulatoires conformément aux articles 7, al. 2 et 8 OPAS dispensés au domicile du patient, sur la base d'une évaluation des soins requis, sur prescription ou mandat médical, par des organisations d'aide et de soins à domicile et remplissant les conditions stipulées à l'article 51 OAMal.

Art. 5 L'évaluation des soins requis du patient

- ¹ L'article 8 OPAS prévoit l'obligation d'effectuer une évaluation des soins requis. Les fournisseurs de prestations sont libres dans le choix de l'instrument standardisé d'évaluation des soins requis (RAI-HC ou autre).
- ² L'évaluation écrite des soins requis comporte une appréciation de l'état général du patient ainsi que l'évaluation de son environnement et des soins et de l'aide dont il a besoin. Elle est effectuée par une infirmière diplômée habilitée à cet effet (voir article 8, al. 2 OPAS).
- ³ L'infirmière, conjointement avec le médecin, consigne le résultat de l'évaluation sur le formulaire de déclaration des soins requis mentionné à l'annexe 3a, b et c.
 - a) S'il s'agit de soins ambulatoires au sens de l'article 3, al. 4 de la présente convention, le résultat doit être inscrit sur le formulaire de déclaration des soins requis visé à l'annexe 3a.
 - b) S'il s'agit de prestations dispensées en centre de jour ou de nuit au sens de l'article 3, al. 5, let. a) de la présente convention sont concernées, le résultat doit être inscrit sur le formulaire de déclaration des soins requis mentionné à l'annexe 3b.
 - c) S'il s'agit de prestations de soins ambulatoires Inhouse au sens de l'article 3, al. 5, let. b) de la présente convention, le résultat doit être inscrit sur le formulaire de déclaration des besoins requis mentionné à l'annexe 3c.
- ⁴ L'évaluation des besoins s'effectue au domicile de l'assuré au début des prestations et doit être achevée au plus tard 14 jours calendaires après le début de l'intervention.

- ⁵ Si plusieurs fournisseurs de prestations interviennent auprès du même assuré, ils doivent coordonner leurs prestations et se concerter sur l'utilisation du budget temporel.

Art. 6 Mandat médical, Evaluation des prestations

- ¹ Les prestations de soins présupposent un mandat médical. La déclaration fait état des besoins probables en soins. La déclaration s'effectue exclusivement selon le modèle de l'annexe 3. Sur le formulaire d'annonce des soins requis, les fournisseurs de prestations indiquent le temps supposé nécessaire selon art.8 alinéa 3 OPAS. Les prestations effectivement fournies sont facturées en tenant compte de l'art. 7 de cette convention.

- ² Le formulaire d'annonce des soins requis est dûment rempli en version papier et transmis à l'assureur immédiatement après la signature par le médecin et par la personne responsable des prestations fournies. Lorsque cela n'est pas possible, cette transmission se fera au plus tard avec la première facture.

Le formulaire d'annonce des soins requis peut aussi être transmis dûment rempli par voie électronique à l'assureur. L'exemplaire signé par le médecin peut être exigé par l'assureur.

- ³ La date du début effectif du traitement et la date d'entrée en vigueur de l'ordonnance doivent être identiques. Des ordonnances avec effet rétroactif ne sont pas autorisées.

L'annonce des soins requis doit être remise à l'assureur au plus tard avec la première facture mensuelle; l'assureur doit être informé lorsqu'il n'est pas possible de remettre l'annonce des soins requis dans les délais.

- ⁴ Si l'assureur ne conteste pas la déclaration dans les 14 jours calendaires à compter de sa réception, l'obligation d'assumer la prestation s'applique à condition que celle-ci réponde aux critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité.

- ⁵ La déclaration des besoins comporte les indications suivantes:

- a) Coordonnées de l'assuré (numéro d'assuré, numéro d'assurance sociale, nom, prénom, domicile, date de naissance, sexe)
- b) Indication s'il s'agit d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité
- c) Raison sociale de l'assureur
- d) Numéro RCC et numéro GLN du/des fournisseurs de prestations ; l'indication du numéro GLN est obligatoire seulement en cas de déclaration électronique ; sinon, selon disponibilité.
- e) Degré d'impotence (allocation pour impotence légère/moyenne/grave) si connu.
- f) Durée de validité de l'ordonnance médicale (du...au).
- g) Nom, numéro RCC et numéro GLN du médecin prescripteur, l'indication du numéro GLN est obligatoire seulement en cas de déclaration électronique; sinon, selon disponibilité
- h) Besoin prévisible de produits figurant sur la LiMA, selon référence du/des groupe/s de produits à deux chiffres.
- i) Le nombre de minutes prévues par mois et par type de prestation selon l'art. 7 al. 2 let. a) à c) OPAS et le total des heures pour la durée de validité de l'ordonnance.
- j) Evaluation de l'autonomie.
- k) Nombre prévisible d'actes de soins et de minutes par jour et la catégorie correspondante conformément à l'article 7a, al. 3 OPAS.

En cas de prestations dispensées conformément à l'article 3, alinéa 4 de la présente convention, la déclaration des besoins sera complétée d'une liste des prestations conformément à l'article 7, al. 2 OPAS ou de la liste des prestations prévues selon le modèle RAI-HC, avec l'indication du nombre prévisible d'interventions par prestation par jour, semaine, mois ou trimestre (exemples dans l'appendice à l'annexe 3).

- ⁶ Dans la mesure où la déclaration des besoins se réfère à:
- a) des soins ambulatoires au sens de l'article 3, al. 4 de la présente convention, elle comporte les indications visées à son article 6, al. 5, à l'exception des let. j) et k).
 - b) des soins dispensés dans des structures de jour ou de nuit au sens de l'article 3, al. 5, let. a) de la présente convention, elle comporte les indications visées à son article 6, al.5, à l'exception de la let. i).
 - c) des soins ambulatoires in house au sens de l'article 3, al. 5, let. b) de la présente convention, elle comporte les indications visées à son article. 6, al. 5, à l'exception de la let. i).

Art. 7 Changement dans les soins requis

- ¹ Si les soins requis changent durablement, une nouvelle évaluation des besoins requis sera établie.
- ² Si les besoins en soins requis se modifient passagèrement en cours d'intervention durant plusieurs jours et dépasse considérablement le nombre d'heures prescrit, il faut annoncer ce changement à l'assureur.

Art. 8 Prise en charge, y compris pour moyens et appareils

- ¹ Les assureurs prennent en charge les contributions au coût des mesures d'évaluation et de conseil, de la coordination, d'examen et de traitement, ainsi que des soins de base au sens de l'article 7a OPAS.
- ² Le fournisseur de prestations facture la contribution correspondant au coût des soins dispensés conformément à l'article 7a OPAS. La facture ne peut pas être établie à l'avance.
- ³ Paiement des contributions:
 - a) Toutes les prestations relevant de l'assurance maladie relatives aux soins infirmiers, conformément à l'article 7 al. 2 OPAS, dispensés par les différents fournisseurs de prestations visés à l'article 3, al. 4 de la présente convention sont rémunérées en vertu de l'article 7a, alinéas 1 et 2 OPAS.
 - b) Toutes les prestations relevant de l'assurance maladie relatives aux soins infirmiers, conformément à l'article 7 al. 2 OPAS, dispensés dans des structures de jour ou de nuit au sens de l'article 7a, al. 4 OPAS et de l'article 3, al. 5 de la présente convention sont rémunérées en vertu de l'article 7a alinéa 3 OPAS.
- ⁴ Le fournisseur de prestations ne peut pas facturer de prestations au sens de l'article 7 OPAS pendant la durée du séjour du patient dans un hôpital ou un établissement médico-social (y compris des soins aigus et de transition stationnaires), les jours d'entrée et de sortie non compris. Par ailleurs, le fournisseur de prestations ne peut pas facturer de prestations de soins ambulatoires de longue durée au sens de l'article 7 OPAS pendant que le patient reçoit des prestations ambulatoires dans le domaine des soins aigus et de transition.

- ⁵ **Les moyens et objets prescrits sur ordonnance médicale** conformément à l'annexe 2 OPAS délivrés par le fournisseur de prestations ne peuvent être facturés qu'à concurrence du montant maximal de remboursement LiMA diminué de 15%. La facturation doit être détaillée et comporter le numéro de position LiMA ainsi que l'échéancier.
- ⁶ Pour les moyens et produits au sens de l'annexe 2 OPAS assortis d'une limitation, l'ordonnance médicale doit être obligatoirement jointe à la première facture envoyée à l'assureur.
- ⁷ Le fournisseur de prestations n'a pas le droit de facturer des médicaments à charge de l'assurance obligatoire des soins.

Art. 9 Facturation et modalités de paiement

- ¹ Le débiteur de la rémunération au sens de cette convention administrative est l'assureur (système du tiers payant, article 42, al. 2 LAMal).
- ² En dérogation à l'alinéa 1, assureurs et fournisseurs de prestations peuvent opter pour le système du tiers garant.
- ³ La facturation est mensuelle et conforme aux modèles de l'annexe 4.
- ⁴ Dans le système du tiers payant, l'assuré reçoit une copie de la facture établie par le fournisseur de prestations.
- ⁵ Une ordonnance médicale existe pour la période sous facturation.
- ⁶ Les délais de paiement dans le système du tiers payant sont les suivants:
 - payable dans les 25 jours en cas de facturation électronique
 - payable dans les 35 jours sans facturation électronique.
- ⁷ La facture porte sur les prestations dispensées sur la base d'une ordonnance médicale et prises en charge par l'assurance obligatoire des soins. Les prestations qui ne sont pas prises en charge par l'assurance obligatoire doivent être facturées séparément.
- ⁸ L'assureur motive ses contestations. Le délai de paiement est suspendu pour la partie contestée de la facture. L'assureur est tenu de rembourser la partie non contestée de la facture dans le délai indiqué à l'al.6.
- ⁹ Si les conditions sont remplies pour une suspension des prestations au sens de l'article 64a, al. 7 LAMal, l'assureur suspend la prise en charge des coûts. Dès le paiement intégral des primes ou les participations aux coûts arriérées ainsi que des intérêts moratoires et des frais de poursuite, l'assureur prend à sa charge les coûts dans leur totalité.

Art. 10 Données devant figurer sur la facture

- ¹ La facture comporte les données suivantes:
 - a) Coordonnées de l'assuré (numéro de l'assuré, numéro d'assurance sociale, nom, prénom, domicile, date de naissance, sexe).
 - b) Indication s'il s'agit d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité
 - c) Raison sociale de l'assureur.

- d) Numéro complet de la facture adressée par le fournisseur de prestations à l'assuré concerné, y compris date de la facture.
- e) Numéro RCC et numéro GLN du fournisseur de prestations; l'indication du numéro GLN est obligatoire seulement en cas de déclaration électronique; sinon, selon disponibilité
- f) Numéro RCC) et numéro GLN du médecin prescripteur; l'indication du numéro GLN est obligatoire seulement en cas de déclaration électronique; sinon, selon disponibilité
- g) Degré d'impotence (allocation pour impotence légère/moyenne/grave) si connu.
- h) Durée des soins en minutes (selon le système décimal) selon le type de prestations au sens de l'article 7 al.2, let. a) à c) OPAS, calendrier; total des prestations au sens de l'article 7 OPAS consacrées à l'assuré concerné par type de prestations en minutes (système décimal) et en francs, y compris la date de la facture.
- i) Durée de validité de l'ordonnance médicale / des ordonnances médicales pendant la période de facturation.
- j) Numéro/s de position/s LiMA complet/s et quantité
- k) Echancier avec le niveau de contribution correspondant

² Si la facture se réfère à

- a) des soins ambulatoires au sens de l'article 3, al. 4 de la présente convention, la facture comporte les indications énumérées à son alinéa 1 sans la let. k).
- b) des structures de jour ou de nuit au sens de l'article 3, al. 5 de la présente convention, la facture comporte les indications énumérées à son alinéa 1 sans la let. h).

Art. 11 Echange électronique de données (EED)

- ¹ Les parties à la convention souhaitent réaliser l'échange électronique de données entre fournisseurs de prestations et assureurs.
- ² Assureurs et fournisseurs de prestations peuvent convenir d'un échange électronique de données. Dans ce cas, les données administratives et médicales sont adressées par voie électronique à l'assureur conjointement à la déclaration des besoins (en vertu de l'article 6) ou à la facture (en vertu de l'article 10). L'assureur reçoit toutes les données sous une forme structurée et électroniquement lisible.
- ³ L'échange électronique des données de la déclaration des besoins ainsi que des factures s'effectue selon les normes convenues pour la transmission des données dans le Forum Datenaustausch. Ces normes sont fixées dans un document arrêté conjointement par les parties à la convention.

Art. 12 Devoir d'informer

- ¹ Les fournisseurs de prestations reconnaissent que, de par la loi (et notamment le droit du mandat selon le CO), il leur incombe une obligation spéciale d'informer leurs patients sur les prestations de l'assurance-maladie sociale et sur les coûts non couverts par l'assurance obligatoire des soins.
- ² Ils sont notamment tenus d'informer leur patient sur la réglementation en matière de suspension des prestations et sur ses effets concrets en vertu de l'article 64a, al. 7 LAMal en cas de retard de paiement et d'arriérés dans la participation aux coûts.

Art. 13 Protection tarifaire

Le fournisseur de prestations s'engage à respecter la protection tarifaire au sens de l'article 44 LAMal.

Art. 14 Efficacité, adéquation et économicité des prestations

Le fournisseur de prestations assume la responsabilité pour l'efficacité, l'adéquation et l'économicité de ses prestations et du matériel utilisé (articles 32 et 56 LAMal).

Art. 15 Garantie de la qualité

La garantie et la promotion de la qualité seront réglées séparément conformément aux articles 22a LAMal et à l'article 77 OAMal. Elles s'étendent aux prestations prescrites par la loi et convenues contractuellement, notamment en vertu des articles 7ss. OPAS. Elles doivent prendre effet pour tous les fournisseurs de prestations et pour les assureurs ayant adhéré à la présente convention administrative.

Art. 16 Qualification minimale du personnel

Les conditions à remplir par le personnel professionnel nécessaire sont décrites aux annexes 5a et b.

- a) Concernant les soins ambulatoires au sens de l'article 3, al. 4 et al. 5 let. b) de la présente convention, l'annexe 5a s'applique.
- b) Concernant les soins ambulatoires au sens de l'article 3, al. 5, let. a) de la présente convention, l'annexe 5b s'applique.

Art. 17 Statistique des prestations (reporting)

- ¹ Les fournisseurs de prestations dispensant des soins ambulatoires au sens de l'article 3, al. 4 de la présente convention s'engagent à communiquer à tarifsuisse, jusqu'au plus tard au 30 juin de l'année suivante, le nombre d'heures facturées l'année précédente par type de prestation conformément à l'article 7, al.2 let. a) à c) OPAS.
- ² Les fournisseurs de prestations dispensant des soins ambulatoires au sens de l'article 3, al. 5 de la présente convention, s'engagent à communiquer à tarifsuisse, jusqu'au plus tard au 30 juin de l'année suivante, le nombre d'heures facturées l'année précédente par niveau de contribution conformément à l'article 7a, al. 3 OPAS.

Art. 18 Obligation de renseigner du fournisseur de prestations

- ¹ Les assureurs sont tenus, par la loi, de vérifier, sur la base des factures qui leur sont adressées, l'obligation de prise en charge des prestations, ainsi que leur économicité. A cette fin, ils effectuent les contrôles suivants :
 - 1.1 Examen des pièces justificatives soumises par l'organisation d'aide et de soins à domicile selon article 6, alinéa 5.
 - 1.2. Examen des pièces justificatives demandées par l'assureur et soumises par l'organisation d'aide et de soins à domicile,
 2. Examen des dossiers clients auprès du fournisseur de prestations,
 3. Examen de cas particulier/s auprès de l'assuré.
- ² L'obligation d'informer l'assureur qui incombe au fournisseur de prestations est soumise au principe de proportionnalité. Les parties concernées sont tenues au respect des normes de protection des données. C'est pourquoi la majorité des cas seront vérifiés selon la modalité mentionnée sous al.1. du présent article.
- ³ Le déroulement des vérifications est réglé dans l'annexe 6.

Art. 19 Commission paritaire (CP)

- ¹ En règle générale, les litiges entre assureurs et fournisseurs de prestations doivent être réglés directement par les parties concernées.
- ² Si les parties au litige ne parviennent pas à un accord amiable, elles peuvent saisir la Commission Paritaire (ci-après CP) que les parties à la convention constitueront à cet effet.
- ³ La forme que prendra la CP sera déterminée dans un règlement distinct adopté par les parties à la convention.
- ⁴ La CP attribuera les frais de procédure à la partie qui succombe.

Art. 20 Entrée en vigueur / durée de validité de la convention

- ¹ La présente convention et ses annexes entrent en vigueur le 1^{er} février 2016 pour une durée indéterminée.
- ² La convention du 20 décembre 2010 entre l'ASSASD et l'ASPS, d'une part, et santésuisse (cession d'actifs publiée) d'autre part, (numéro CCR: 42.000.2784W) ainsi que toutes ses annexes expirent avec l'entrée en vigueur de cette convention.

Art. 21 Résiliation, sortie

- ¹ La convention et ses annexes peuvent être résiliées, en observant un délai de six mois, pour la fin d'une année civile, au plus tôt pour le 31.12.2016, par une des deux parties. La résiliation doit être notifiée par écrit. En cas de résiliation d'un assureur, la convention perdure pour les autres assureurs qui l'ont conclue.
- ² Si l'ASSASD et l'ASPS veulent résilier la présente convention vis-à-vis de tous les assureurs pour lesquels tarifsuisse sa a conclu la convention, elles sont autorisées à

adresser avec effet juridique la résiliation à tarifsuisse sa à l'intention des partenaires contractants. La lettre de résiliation doit désigner de manière claire et univoque la convention qui doit être résiliée, associée d'une déclaration claire que cette convention est résiliée envers de tous les assureurs. Une résiliation envers certains assureurs n'est pas possible.

- ³ Moyennant déclaration ad hoc des fournisseurs de prestations peuvent sortir de la convention administrative, y compris ses annexes, pour la fin d'une année civile en respectant un délai de six mois, et cela au plus tôt pour 31.12.2016. La sortie concerne l'intégralité de la convention administrative et ses annexes dans leur ensemble.

Art. 22 Dispositions transitoires

- ¹ La présente convention vaut entièrement pour les fournisseurs de prestations qui ont adhéré à l'ancienne convention jusqu'au 31.12.2016. Les fournisseurs de prestations qui ne le souhaitent pas doivent faire connaître par écrit à l'ASSASD ou à l'ASPS leur retrait de la convention dans les trente jours après la notification de la convention, au plus tard jusqu'au 31.03.2016.
- ² La disposition transitoire suivante s'applique au formulaire de déclaration des besoins conformément à l'article 6 :
- Pour les soins ambulatoires au sens de l'article 3, al. 4 : les anciens formulaires restent valables.
 - Pour les soins ambulatoires au sens de l'article 3, al. 5 (soins ambulatoires in house ainsi que centres de jour et de nuit), les formulaires de transition conformément aux annexes 3b et 3c restent valables.
- ³ La disposition transitoire suivante s'applique au formulaire de facturation conformément à l'article 10 :
- Pour les soins ambulatoires au sens de l'article 3, al. 4 :
 - Les anciens formulaires peuvent être utilisés. Il existe également la possibilité d'utiliser le formulaire correspondant au modèle de Formulaire General Invoice (voir Forum Datenaustausch).
 - Pour les soins ambulatoires au sens de l'article 3, al. 5 (soins ambulatoires in house ainsi que centres de jour et de nuit) :
 - Les 12 niveaux de contribution au sens de l'article 7a, al. 3 OPAS doivent être intégrés aux anciens formulaires.
 - Il existe également la possibilité d'utiliser le formulaire correspondant au modèle de Formulaire de facture 4.1. (voir Forum Datenaustausch).
- ⁴ Concernant la question de l'„aide et soins à domicile Inhouse“ (art. 3 al. 5b), les parties contractantes conviennent qu'un groupe de travail conjoint sera constitué dès que la décision en suspens du tribunal sera prise. Ce groupe de travail sera chargé d'élaborer des solutions de mise en œuvre de la décision et de régler la situation dans le domaine de l'„aide et soins à domicile Inhouse“.

Art. 23 Annexes

La présente convention comporte les annexes suivantes, lesquelles, en vertu de l'article 2, font partie intégrante de la convention.

Annexe 1:

Liste des assureurs ayant adhéré à la convention administrative

Annexe 2:

Liste des fournisseurs de prestations ayant adhéré à la convention administrative.

Annexe 3:

Formulaire pour le mandat médical / la déclaration des besoins assortie de pièces justificatives

Annexe 4:

Formulaire de facturation

Annexe 5:

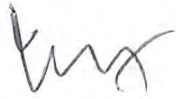
Personnel professionnel

Annexe 6:

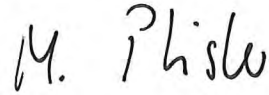
Accord relative aux contrôles effectués par les assureurs-maladies

Bern / Soleure, le

Association suisse des services d'aide et de soins à domicile (ASSASD)



Walter Suter
Président




Marianne Pfister
Secrétaire centrale

Association Spitex Privée Suisse (ASPS)



Rudolf Joder
Président



Marcel Durst
Directeur

Au nom des assureurs mentionnés comme parties contractantes ainsi que – en relation avec les dispositions qui définissent les droits ou les obligations de tarifsuisse – pour elle-même:

tarifsuisse



Renato Lafranchi
Responsable Achat de prestations



Marc Berger
Responsable des négociations

Annexe 1

Liste des assureurs ayant adhéré à la convention administrative

Selon l'article 1

Annexe 2

Liste des fournisseurs de prestations ayant adhéré à la convention

Cette convention s'applique selon l'article 3 aux fournisseurs de prestations suivants :

La liste actualisée peut être obtenue auprès de l'ASSASD.

Annexe 3

Formulaire pour le mandat médical, la déclaration des besoins

- 3a: pour les prestations ambulatoires au sens de l'article 3 de la présente convention: version définitive en suspens.
Appendices :
 - Liste des prestations visées à l'article 7, al. 2 OPAS
 - Feuille de planification des soins RAI-HC (exemple)

- 3b: pour les centres de jour ou de nuit au sens de l'article 3, al. 5, let. a) de la présente convention : version définitive en suspens. Solutions provisoire : formulaire provisoire (annexe)

- 3c: Pour les soins ambulatoires Inhouse au sens de l'article 3 al. 5 let. b) de la présente convention : version définitive en suspens. Solutions de transition: formulaire provisoire (annexe)

Appendice 1 à l'annexe 3a: Liste des prestations au sens de l'article 7, al. 2 OPAS

Nom _____ Prénom _____

Nombre	=	Nombre de prestations	
Fréquence	=	Unité :	
		<ul style="list-style-type: none"> • 2j, 3j...7j= 2, 3...7 jours par semaine • s=par semaine (hebdomadaire) • m= par mois (mensuel) j= par an • u=uniquement 	
Exemples			
Détermination simple de la glycémie et de la glycosurie 2 fois par jour 7 jours sur 7	=	Nombre 2	Fréquence 17
Assistance lors du bain médicamenteux deux fois par semaine		2	w

Cocher lorsqu'une prestation est prévue	Description détaillée de la prestation (selon article 7, al. 2 OPAS)	Nombre: combien de fois la prestation doit-elle être assurée ?	Fréquence: Unité de la prestation prévue
	Evaluation des besoins requis du patient etc.		
	Conseils au patient etc.		
	Coordination des prestations		
	Contrôle des signes vitaux etc.		
	Test simple de glucose dans le sang ou l'urine		
	Prélèvement pour examen de laboratoire		
	Mesures thérapeutiques pour la respiration etc.		
	Pose de sondes ou de cathéters etc.		
	Soins en cas d'hémodialyse ou de dialyse péritonéale		
	Administration de médicaments etc.		
	Administration entérale ou parentérale de solutions nutritives		
	Surveillance de perfusions, de transfusions etc.		
	Rinçage, nettoyage et pansement de plaies etc.		
	Soins en cas de troubles de l'évacuation urinaire ou intestinale etc.		
	Assistance pour des bains médicinaux partiels ou complets etc.		
	Soins destinés à la mise en œuvre au quotidien de la thérapie du médecin etc.		
	Soutien apporté aux malades psychiques dans des situations de crise etc.		
	Soins de base généraux pour les patients dépendants, tels que bander les jambes, etc.		
	Mesures destinées à surveiller et à soutenir des malades psychiques pour accomplir les actes ordinaires de la vie, telles que la planification et la structuration de leurs journées de manière appropriée, etc.		

Appendice 2 à l'annexe 3a: Liste des prestations prévues selon le modèle de RAI-Home-Care

Tous les fournisseurs de prestations travaillant avec RAI-Home-Care peuvent envoyer la liste des prestations prévues RAI-Home-Care.

Pour de plus amples informations sur RAI-Home-Care, on se référera au site de l'ASSASD www.spitex.ch.

Sample	Arnold
Nom	Prénom
Numéro d'assuré	Numéro de dossier

Introduire le numéro du catalogue des prestations, compléter les colonnes W et T. Nombre, unité et temps si différent du standards ou notamment inscrit dans le catalogue des prestations

Nr.	Description de la prestation (facultative)	Qui	Edu.	Nb	Fréq.	Temps	Comp. mini.	LAMal
10104	Toilette partielle au lavabo (y.c. toilette intime)							c
10115	Bas /bandages de compression							c
10601	Préparer les médicaments							b
10702	Pansement moyen							b
10902	Réévaluation							a
10904	Etablir plan d'intervention soins (1ère fois)							a
10906	Bilan d'évolution de l'état de santé							a
10907	Consulter médecin au sujet de la cliente							a
10909	Conseil et instruction à la cliente ou aux proches							a
20012	Nettoyage hebdomadaire (logement de 4 pièces)							Non
20014	Cuisine/ salle de bain							

Décrire les prestations d'aide et de soins n° 10999 non listées dans la colonne 2

Décrire les prestations d'aide pratique n° 20999 non listées dans la colonne

Décrire les prestations de soins psychiatriques n° 10099 non listées dans la colonne 2

Besoins nets de prestations	Prestations LAMal en minutes			LAMal total	Pas LAMal
	a	b	c		
- Prestations uniques					
- Prestations périodiques					
- par jour					
- par semaine					
- par mois					
Sur toute la période de l'ordonnance (de - à)					
Adaptation en raison d'une saisie double lors de prestations fournies simultanément					
Total					

Qui : S = organisation d'aide et de soins à domicile / Edu = éducation / Nb. = nombre

Fréq. = t2, tg3...t7: 2,3 ...7 jours par semaine / w = par semaine / m=par mois / u=unique / s.b.. = selon besoin

Comp. mini. = qualification minimale sur la base, si possible, des dénominations usuelles des fonctions respectivement des formations utilisées dans la statistique Spitex

Appendice à l'annexe 3b

Formulaire provisoire – Version 1

Mandat médical / Déclaration des besoins pour centres de jour ou de nuit

Nom Assureur-maladie.....
 Prénom N° d'assuré.....
 Rue
 NPA/Lieu..... en cas de prestations selon LAA:
 Date de naissance Assureur-accident
 Sexe féminin masculin

Motif de la prise en charge: maladie invalidité accident
 Allocation pour Impotents: néant léger moyen grave pas d'informations
 Valable pour (art. 8 OPAS): 3 mois 6 mois de à
 Autres fournisseurs de prestation oui non pas d'informations
 Si oui, nom et N° RCC

	Autonomie				Observations			
	-	-	+	++				
Comprendre et s'exprimer								
Trouver ses repères								
Capacité de participation / compliance / observance								
					Soins administrés une fois	plusieurs fois	Total en minutes par jour	Observations
Se déplacer / mobilité								
S'alimenter et boire								
Faire sa toilette et s'habiller								
Evacuation de l'urine et des selles								
Soins thérapeutiques selon art. 7, al. 2, let. b OPAS								
Autres prestations (les décrire):								
Total en minutes								
Niveau selon art. 7a, al. 3 OPAS								

Prise en charge par le centre de jour / de nuit	par semaine	par mois
	Durée par séjour de à heures	
Durée par jour de séjour de à heures		

Remarques:

Nom de l'organisation: Médecin:

Numéro RCC: Numéro RCC:

Date: Date:

Signature: Signature:

Le formulaire de déclaration des besoins doit être rempli conjointement par l'infirmier/e et le médecin dans les deux semaines au plus tard après le début des soins. Le centre de jour envoie le formulaire dûment rempli à l'assureur et avise l'organisation de soins à domicile concernée ou les personnes soignantes indépendantes du séjour effectué dans le centre.

Appendice à l'annexe 3c

Formulaire provisoire – Version 1

Mandat médical / Déclaration des besoins en soins ambulatoires in house

Nom Assureur-maladie.....
 Prénom N° d'assuré.....
 Rue
 NPA/Lieu..... en cas de prestations selon LAA:
 Date de naissance Assureur-accident
 Sexe féminin masculin

Motif de la prise en charge: maladie invalidité accident
 Allocation pour impotents: néant léger moyen grave pas d'informations
 Valable pour (art. 8 OPAS): 3 mois 6 mois de à
 Autres fournisseurs de prestation oui non pas d'informations
 si oui, nom et N° RCC.....

	Autonomie				Observations			
	-	-	+	++				
Comprendre et s'exprimer								
Trouver ses repères								
Capacité de participer / compliance / observance								
					Soins administrés		Total en minutes par jour	Observations
					une fois	plusieurs fois		
Se déplacer / mobilité								
S'alimenter et boire								
Faire sa toilette et s'habiller								
Evacuation de l'urine et des selles								
Soins thérapeutiques selon art. 7, al. 2, let. b OPAS								
Autres prestations (les décrire):								
Total en minutes								
Niveau selon art. 7a, al. 3 OPAS								

Jours de prise en charge soins in house	par semaine	par mois
Nombre de jours		

Remarques:

Nom de l'organisation: Médecin:

N° RCC: N° RCC:

Date: Date:

Signature: Signature:

Le formulaire de déclaration des besoins doit être rempli conjointement par l'infirmier/e et le médecin dans les deux semaines au plus tard après le début des soins. Le service de soins ambulatoires in house envoie le formulaire dûment rempli à l'assureur.

Annexe 4

Formulaires de facturation

Selon l'article 22, al.3

Annexe 5

Personnel professionnel

5 a) prestations de soins ambulatoires au sens de l'article 3, al. 4 et al. 5, let. b				
	Formation / dénomination professionnelle	Evaluation des besoins / Conseil	Soins de base	Examen, soins thérapeutiques
Degré tertiaire	Personnel infirmier avec une formation au minimum au niveau tertiaire : SIG, infirmiers de santé publique, PSY, HMP, DN II, infirmière diplômée DN I avec au moins 2 ans d'expérience professionnelle ¹⁾	Oui	Oui	Oui
	Infirmière diplômée ES + HES DN I, infirmière avec moins de deux ans d'expérience professionnelle	Non	Oui	Oui
Degré secondaire II	IAS (CC CRS)	Non	Oui	Oui
	Aide familiale CFC, ou diplômé avec module complémentaire en soins thérapeutiques	Non	Oui	♦ Contrôle des signes vitaux ♦ Administration de médicaments et autres mesures thérapeutiques ²⁾
	Assistante en soins et santé communautaire (ASSC)			
	Accompagnateur pour personnes âgées	Non	Oui	Non
	Assistante socio-éducative (ASE)			
	Assistante médicale CFC (AM)	Non	Limités à de simples gestes d'assistance	♦ Contrôle des signes vitaux ♦ Administration de médicaments ²⁾ ♦ Prises de sang
Assistant santé-social (AGS)	Non	Pas de soins de base complets avec responsabilité pour le dossier	♦ Contrôle des signes vitaux ♦ Administration de médicaments ²⁾	
	Aide-soignante Auxiliaire de santé CRS Aide à domicile ayant suivi un cours pour auxiliaires de santé CRS	Non	Pas de soins de base complets avec responsabilité pour le dossier	Non
¹⁾ y compris expérience professionnelle en tant qu'infirmière assistante CC CRS ²⁾ selon les dispositions en vigueur en matière de formation et l'expérience professionnelle		L'équivalence des autres diplômes professionnels ainsi que des diplômes étrangers est examinée au cas par cas. Les titulaires de diplômes du degré secondaire II ou titulaires d'un DN I avec moins de 2 ans d'expérience professionnelle travaillent toujours sous la supervision, les instructions et la responsabilité d'un titulaire de diplôme du degré tertiaire.		
5 b) Soins ambulatoires au sens de l'article 3, al. 5 Dans les structures de soins de jour ou de nuit, la responsabilité générale incombe à une infirmière diplômée, présente sur place ou représentée de manière adéquate par une remplaçante.				

Annexe 6

Accord relatif aux contrôles effectués par l'assureur

1. Examen auprès de l'assureur

Procédure en deux étapes pour vérifier, sur la base des pièces soumises à l'assureur, si les prestations facturées font partie des prestations à charge et si elles remplissent le critère d'économicité.

1.1. Examen des pièces justificatives soumises par l'organisation d'aide et de soins à domicile selon article 6, alinéa 5.

Le fournisseur de prestations soumet systématiquement à l'assureur les pièces justificatives suivantes :

- Formulaire d'évaluation des prestations à fournir conformément à l'article 6
- Formulaire de facturation conformément à l'article 10
- Planification des soins (à annexer à la Déclaration des besoins): Liste des prestations conformément à l'article 7 al. 2 OPAS ou Liste des prestations prévues selon le modèle de RAI-Home-Care.

1.2 Examen des pièces justificatives demandées par l'assureur et soumises par l'organisation d'aide et de soins à domicile sous réserve de l'article 42, al. 5 LAMal, le fournisseur de prestations met à la disposition de l'assureur d'autres pièces pertinentes si celui-ci en fait la demande.

2. Examen auprès du fournisseur de prestations

Procédure d'examen, auprès du fournisseur de prestations, menée sur la base de dossiers patients ouverts sélectionnés, pour vérifier si les prestations facturées font partie des prestations à charge de l'assurance et si elles remplissent le critère d'économicité.

- L'assureur annonce sa visite de contrôle auprès du fournisseur de prestations. Le contrôle a lieu dans les 30 jours de calendrier à compter de la date de l'annonce. Exceptionnellement, il peut être décidé d'un commun accord de déroger à ce délai.
- Sous réserve de l'article 42, al. 5 LAMal ainsi que du principe de proportionnalité, le fournisseur de prestations fournit à la personne chargée par l'assureur d'effectuer le contrôle dans les locaux de l'organisation toute information pertinente complémentaire à celles déjà délivrées antérieurement et se rapportant aux dossiers sous contrôle. Le fournisseur de prestations veille à mettre à la disposition de la personne chargée du contrôle un collaborateur qualifié au courant des dossiers et en mesure de répondre à d'éventuelles questions.
- Une fois le contrôle effectué, l'assureur doit adresser par écrit ses conclusions au fournisseur de prestations dans les dix jours.

3. Examen du cas particulier auprès de l'assuré

Procédure d'examen, effectué auprès de l'assuré à l'occasion d'une intervention de soins, pour vérifier si les prestations facturées font partie des prestations à charge de l'assurance et si elles remplissent le critère d'économicité.

- L'assureur informe l'assuré du but de sa visite et convient d'un rendez-vous avec lui. La visite de contrôle peut avoir lieu dans le cadre d'une intervention régulière du fournisseur de prestations. Dans ce cas, l'assureur informe le fournisseur de prestations au moins 14 jours de calendrier avant la visite prévue.

Une fois la visite de contrôle effectuée, l'assureur doit adresser par écrit ses conclusions au fournisseur de prestations dans les dix jours.