

Convention administrative soins ambulatoires

No de la convention: 31.500.2120G

du 1er janvier 2022

concernant le

remboursement des prestations ambulatoires relevant de l'assurance obligatoire des soins

au sens de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

entre

l'Association suisse des infirmières et infirmiers SBK-ASI
Choisystrasse 1
3008 Berne

ci-après: "l'ASI"

et

- | | | |
|-----|-------------|---|
| 1. | BAG Nr. 32 | Aquilana Versicherungen |
| 2. | BAG Nr. 57 | Moove Sympany AG |
| 3. | BAG Nr. 62 | SUPRA-1846 SA |
| 4. | BAG Nr. 134 | Einsiedler Krankenkasse |
| 5. | BAG Nr. 182 | PROVITA Gesundheitsversicherung AG |
| 6. | BAG Nr. 194 | Sumiswalder Krankenkasse |
| 7. | BAG Nr. 246 | Genossenschaft Krankenkasse Steffisburg |
| 8. | BAG Nr. 290 | CONCORDIA Schweizerische Kranken- u. Unfallversicherung AG |
| 9. | BAG Nr. 312 | Atupri Gesundheitsversicherung |
| 10. | BAG Nr. 343 | Avenir Assurance Maladie SA |
| 11. | BAG Nr. 360 | Krankenkasse Luzerner Hinterland |
| 12. | BAG Nr. 455 | ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG |
| 13. | BAG Nr. 509 | Vivao Sympany AG |
| 14. | BAG Nr. 762 | Kolping Krankenkasse AG |
| 15. | BAG Nr. 774 | Easy Sana Assurance Maladie SA |
| 16. | BAG Nr. 780 | Genossenschaft Glarner Krankenversicherung |
| 17. | BAG Nr. 820 | Cassa da malsauns LUMNEZIANA |
| 18. | BAG Nr. 829 | KLuG Krankenversicherung |
| 19. | BAG Nr. 881 | EGK Grundversicherungen AG |

- | | | |
|-----|--------------|---|
| 20. | BAG Nr. 901 | sanavals Gesundheitskasse |
| 21. | BAG Nr. 923 | Genossenschaft KRANKENKASSE SLKK |
| 22. | BAG Nr. 941 | sodalis gesundheitsgruppe |
| 23. | BAG Nr. 966 | vita surselva |
| 24. | BAG Nr. 1040 | Verein Krankenkasse Visperterminen |
| 25. | BAG Nr. 1113 | Caisse-maladie de la vallée d'Entremont société coopérative |
| 26. | BAG Nr. 1142 | Krankenkasse Institut Ingenbohl |
| 27. | BAG Nr. 1318 | Stiftung Krankenkasse Wädenswil |
| 28. | BAG Nr. 1322 | Krankenkasse Birchmeier |
| 29. | BAG Nr. 1331 | Krankenkasse Stoffel, Mels |
| 30. | BAG Nr. 1384 | SWICA Krankenversicherung AG |
| 31. | BAG Nr. 1386 | Galenos AG |
| 32. | BAG Nr. 1401 | rhenusana |
| 33. | BAG Nr. 1479 | Mutuel Assurance Maladie SA |
| 34. | BAG Nr. 1507 | AMB Assurance SA |
| 35. | BAG Nr. 1535 | Philos Assurance Maladie SA |
| 36. | BAG Nr. 1542 | Assura-Basis SA |
| 37. | BAG Nr. 1555 | Visana AG |
| 38. | BAG Nr. 1560 | Agrisano Krankenkasse AG |
| 39. | BAG Nr. 1568 | sana24 AG |
| 40. | BAG Nr. 1570 | vivacare AG |
| 41. | | Gemeinsame Einrichtung KVG
Industriestrasse 78, 4600 Olten, in ihrer Funktion als aushelfender Träger gemäss Art. 19 Abs. 1 KVV |

ci-après: "les assureurs"

tous représentés par procuration par

tarifsuisse sa
Römerstrasse 20
4502 Soleure

Les organisations et les assureurs sont collectivement nommés: «les parties contractantes»

I. Dispositions générales

Art. 1 Champ d'application personnel

La présente convention est applicable

- aux infirmières et infirmiers qui ont déclaré y adhérer (ci-après: "fournisseurs de prestations")
- à chaque assurance-maladie contractante
- à chaque assurance-maladie reconnue au sens de la LAMal ayant fait usage du droit d'option au sens de l'art. 5 ci-après
- à l'ASI, dans la mesure où la présente convention lui confère des droits et lui impose des obligations
- à tarifsuisse sa, dans la mesure où la présente convention lui confère des droits et lui impose des obligations

Art. 2 Champ d'application matériel et géographique

¹ La présente convention administrative porte sur la rémunération des prestations fournies à des personnes assurées au sens de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) auprès de l'un des assureurs contractants.

² La présente convention administrative règle l'application des contributions fixées par la loi et les processus administratifs applicables aux prestations de soins infirmiers au sens de l'art. 25a al 1 LAMal et de l'art. 7 ss. OPAS, fournies par des infirmières et infirmiers au sens de l'art. 49 OAMal. Les prestations qui peuvent être fournies par des infirmières et infirmiers, mais qui ne tombent pas sous l'art. 7 OPAS, (comme par ex. les conseils en cas d'allaitement) font l'objet de conventions distinctes.

³ La LAMal et la présente convention administrative distinguent entre les soins ambulatoires dispensés au domicile du patient ou dans les locaux (le cabinet) de l'infirmière ou de l'infirmier d'une part et les soins dispensés dans des structures de soins de jour ou de nuit d'autre part. La présente convention s'applique aux deux formes précitées de soins ambulatoires. Toutefois une distinction est faite au niveau de la rémunération (voir art. 10 al. 4 de la présente convention).

⁴ Pour les domaines des soins de longue durée et des structures de jour ou de nuit, les fournisseurs de prestations ont besoin d'un numéro RCC distinct pour la facturation de leurs prestations.

⁵ Les soins infirmiers ambulatoires sont fournis au domicile des patients ou dans les propres locaux (le cabinet) de l'infirmière ou de l'infirmier. Leur remboursement s'effectue sur la base de l'art. 7a al. 1 OPAS.

⁶ On entend par soins infirmiers ambulatoires en structures de jour ou de nuit des structures de soins telles que le foyer de jour, le centro diurno, les UAT-VD et autres services comparables. La patiente ou le patient vit à la maison et rentre à la maison. En l'espace de 24 heures, il peut être fait recours aux services d'une structure de soins de jour ou à ceux d'une structure de nuit. Le cumul n'est pas possible. Le remboursement s'effectue sur la base de l'art. 7a al. 4 OPAS.

II. Procédure d'adhésion et de sortie des fournisseurs de prestations

Art. 3 Adhésion des fournisseurs de prestations

¹ Peuvent adhérer à la présente convention administrative tous les fournisseurs de prestations remplissant les conditions de l'article 49 OAMal et disposant d'une autorisation de pratiquer selon le droit cantonal. Les fournisseurs de prestations en possession de plusieurs numéros RCC actifs (par ex. pour différents cantons) sont tenus d'adhérer à la convention administrative séparément pour chaque numéro.

² Par son adhésion, le fournisseur de prestations accepte sans réserve l'intégralité de la convention administrative et de ses annexes. Celles-ci font partie intégrante de la convention.

³ La procédure d'admission est mise en place par l'ASI après la signature de la convention par toutes les parties contractantes. Les dispositions de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie sont applicables. L'ASI règle les modalités d'adhésion et de sortie et en assume l'entière responsabilité. Elle est en particulier responsable de n'admettre que des fournisseurs de prestations qui remplissent entièrement les conditions de l'art. 3 al 1 de la présente convention. Les assureurs ainsi que tarifsuisse sa n'assument à cet égard aucun rôle ni aucune responsabilité.

⁴ Si besoin est, tarifsuisse sa a le droit de demander à l'ASI une copie du formulaire d'adhésion d'un fournisseur de prestations donné.

⁵ Les adhésions intervenant jusqu'au 31 juillet 2022 au plus tard déploient un effet rétroactif au 1er janvier 2022. A dater du 1er août 2022, c'est la date de réception de la déclaration d'adhésion par l'ASI qui fait foi.

⁶ L'ASI communique mensuellement à tarifsuisse sa la liste des adhésions conformément à l'al. 7.

⁷ L'ASI communique les adhésions à tarifsuisse sa (à savoir à l'attention du management de l'adhésion aux conventions, à l'adresse vam@tarifsuisse.ch), sous forme d'un tableau Excel conforme au modèle figurant à l'annexe 2. Vis-à-vis des assureurs, cette liste est définitive et constitutive de l'adhésion et de la sortie des fournisseurs de prestations. Toute liste ne correspondant pas au modèle, contenant des données erronées ou à laquelle figureaient des fournisseurs de prestations ne remplissant pas les conditions de l'al. 1 seront retournées à l'ASI sans autre traitement.

Art. 4 Sortie d'un fournisseur de prestations

¹ La sortie de la présente convention requiert une déclaration écrite et signée du fournisseur de prestations à l'adresse de l'ASI. Celle-ci à son tour en informe tarifsuisse sa au moyen de la liste des adhésions et sorties conformément à l'art. 3 al. 6 et 7.

² La sortie peut être déclarée pour la fin de chaque année civile, au plus tôt au 31 décembre 2023, en respectant un préavis de six mois. La date de réception de la liste des adhésions et des sorties par tarifsuisse sa au sens de l'art. 3 al. 6 fait foi.

³ Tout retrait de l'autorisation cantonale de pratiquer entraîne la sortie automatique du fournisseur de prestations concerné à la fin de l'année en cours, sans autre forme de déclaration.

Art. 5 Conclusion de la convention par d'autres assureurs (droit d'option)

¹ tarifsuisse sa a le droit de déclarer applicables, de manière unilatérale, les droits et obligations découlant de la présente convention également pour d'autres assureurs-maladie admis, une nouvelle convention au contenu identique étant ainsi conclue entre chaque nouvel assureur contractant et l'ASI (droit d'option).

² La convention basée sur le droit d'option entre le nouvel assureur contractant et l'ASI est valable – sous réserve de son approbation par l'autorité compétente (art. 46 al. 4 LAMal) – dès que tarifsuisse sa a communiqué à l'ASI le numéro OFSP ainsi que le nom et l'adresse de l'assureur et déclaré que ce dernier a conclu la présente convention. Tout contrat basé sur le droit d'option devient automatiquement caduc en cas de résiliation de la présente convention.

³ Le droit d'option n'est valable que s'il est exercé par tarifsuisse sa, qui doit disposer à cet effet d'une procuration lui permettant de conclure des conventions pour le compte du nouvel assureur contractant.

III. Conditions relatives aux prestations

Art. 6 Conditions relatives aux prestations

¹ Les assureurs prennent en charge les coûts des soins ambulatoires selon l'art. 7 al. 2 et les art. 8 et 8a OPAS, dispensés sur prescription ou mandat médical, sur la base d'une évaluation des soins requis, par des infirmières et infirmiers remplissant les conditions visées à l'art. 49 OAMal.

² Les prestations visées à l'art 7 OPAS sont prises en charge pour autant qu'elles soient fournies personnellement à la maison ou de manière ambulatoire et que le fournisseur de prestations soit en possession d'un numéro du Registre des codes créanciers (No RCC) valable pour le lieu où il a prodigué les prestations en question.

IV. Mandat médical, évaluation des soins requis et déclaration des besoins

Art. 7 Mandat médical / évaluation des soins requis

¹ Le recours à des soins présuppose une prescription ou un mandat médical selon l'art. 8 OPAS.

² L'évaluation des soins requis selon l'art. 8a OPAS est effectuée par une infirmière ou un infirmier diplômé habilité à cet effet (cf. art. 8a al. 1 OPAS). Les fournisseurs de prestations sont libres dans le choix de l'instrument standardisé d'évaluation des soins requis.

³ L'évaluation écrite des soins requis comporte une appréciation de l'état général du patient ainsi que l'évaluation de son environnement, des soins et de l'aide requis, et enfin des moyens et appareils dont il a besoin (cf. art. 8a al. 3 OPAS).

⁴ Le résultat est consigné avec les données du médecin traitant dans le formulaire de déclaration des soins requis figurant aux annexes 3 et 4.

⁵ L'évaluation des soins requis s'effectue auprès du patient ou de la patiente au début des prestations et doit être achevée au plus tard 14 jours calendaires après le début de l'intervention.

⁶ Si plusieurs fournisseurs de prestations interviennent auprès du même patient, ils doivent coordonner leurs prestations et se concerter sur l'utilisation du budget de temps commun. Un cumul de prestations identiques est exclu (p. ex. doublon concernant l'évaluation des besoins, les conseils et les instructions). Le fournisseur de prestations qui se fait remplacer régulièrement par d'autres fournisseurs de prestations doit faire figurer leur nom et leur numéro RCC sur le formulaire de déclaration des besoins.

⁷ Toute modification des remplacements peut être annoncée à l'assureur au moyen d'une copie corrigée du formulaire actuel de déclaration des soins requis, mentionnant le nom et le numéro RCC de la nouvelle remplaçante.

⁸ Une nouvelle évaluation et déclaration complète des soins requis doit être transmise à l'assureur à chaque transfert de dossier. Celle-ci doit faire état de l'infirmière référente et de toutes ses remplaçantes.

Art. 8 Déclaration des soins requis aux assureurs

¹ La déclaration indique les besoins probables en soins. Elle s'effectue exclusivement sur la base des exemples figurant à l'annexe 3. Les fournisseurs de prestations indiquent, sur le formulaire de déclaration des soins requis, le temps estimé nécessaire selon l'art. 8a al. 4 OPAS.

² Le formulaire de déclaration des soins requis est envoyé dûment rempli à l'assureur dans un délai de 14 jours, au plus tard toutefois avec la première facture mensuelle, après prise de connaissance (pour les prestations selon l'art. 7 al. 2 let. a et c OPAS) ou signature (pour les prestations selon l'art. 7 al. 2 let. b OPAS) par le médecin prescripteur et par le fournisseur de prestations. Aucune prestation n'est remboursée par l'assureur en l'absence de déclaration valable des soins requis.

³ La déclaration standardisée des soins requis convenue entre les parties contractantes peut également être transmise à l'assureur par voie électronique, sous une forme structurée. Pour les prestations selon l'art. 7 al. 2 let. b OPAS, il incombe au fournisseur de prestations de soumettre si nécessaire à l'assureur le formulaire de déclaration des soins requis signé par le médecin.

⁴ La date du début effectif du traitement et la date de prise d'effet de l'ordonnance doivent être identiques. Les ordonnances avec effet rétroactif ne sont pas admises.

⁵ Les contrôles des assureurs sont réglés à l'annexe 5.

⁶ La déclaration des besoins comporte les données suivantes :

- a) Coordonnées de l'assuré :
 - Nom et prénom
 - Date de naissance
 - Sexe
 - Domicile
 - Numéro de carte d'assuré
 - Numéro d'assurance sociale et/ou numéro d'assuré
- b) Motif du traitement : maladie, accident ou maternité
- c) Raison sociale (nom) de l'assureur
- d) Numéro RCC et GLN du fournisseur de prestations (GLN si disponible ; obligatoire seulement en cas de déclaration électronique)
- e) Nom, numéro RCC et GLN du médecin prescripteur (GLN si disponible ; obligatoire seulement en cas de déclaration électronique)
- f) Degré d'impotence (allocation pour impotence légère/moyenne/grave)

- g) Début et durée de validité de la prescription
- h) Besoin probable de produits figurant sur la LiMA, avec numéro à deux chiffres du groupe de produits

La déclaration des besoins comprend en outre, pour les soins ambulatoires au sens de l'art. 2 al. 5 de la présente convention :

- 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 pour la durée de validité de l'ordonnance
- j) En complément à la déclaration des besoins, la liste des prestations au sens de l'art. 7 al. 2 OPAS ou la liste des prestations prévues selon le modèle interRAI, avec indication du nombre probable d'interventions par prestation par jour, semaine ou trimestre (exemples à l'annexe 3)

La déclaration des besoins comprend en outre, pour les soins dispensés dans les structures de jour ou de nuit au sens de l'art. 2 al. 6 de la présente convention :

- k) L'évaluation de l'autonomie
- l) Le nombre d'interventions prévues et le temps requis en minutes par jour avec indication de la catégorie de rémunération conformément à l'art. 7a al. 3 OPAS.

Art. 9 Changement dans les soins requis

¹ En cas de modification durable des soins requis, une nouvelle évaluation des besoins doit être effectuée.

² Si les soins requis évoluent passagèrement, mais sur une durée de plusieurs jours en cours d'intervention et dépassent sensiblement le nombre d'heures prescrit, ce changement doit être annoncé à l'assureur par écrit.

V. Prise en charge des prestations

Art. 10 Prise en charge des soins

¹ Il s'ensuit de la nature personnelle du numéro RCC :

1. que chaque infirmière impliquée dans les soins doit être reconnue et donc disposer de son propre numéro RCC
2. qu'une infirmière ne facturera que des prestations qu'elle aura fournies personnellement
3. que la convention administrative interdit en particulier à une infirmière ou un infirmier de facturer à l'assurance-maladie obligatoire les prestations d'une infirmière ou d'un infirmier qu'elle ou il a engagé, même si celle-ci ou celui-ci dispose d'un No RCC.

² Dans le cadre de l'art. 7a OPAS, les assureurs contribuent au coût des mesures d'évaluation, de conseil, de coordination, d'examen et de traitement, ainsi qu'au coût des soins de base.

³ Le fournisseur de prestations facture les soins effectivement dispensés. La facture ne peut pas être établie à l'avance.

⁴ Paiement des contributions :

- a) Tous les soins relevant de l'assurance-maladie au sens de l'art. 7 al. 2 OPAS et dispensés par les fournisseurs de prestations visés à l'art. 2 al. 5 de la présente convention sont pris en charge conformément à l'art. 7a al. 1 et 2 OPAS.
- b) Tous les soins relevant de l'assurance-maladie au sens de l'art. 7 al. 2 OPAS et

dispensés

dans des structures de jour ou de nuit au sens de l'art. 2 al. 6 de la présente convention sont pris en charge conformément à l'art. 7a al. 4 OPAS.

⁵ Le fournisseur de prestations ne peut pas facturer de prestations au sens de l'art. 7 OPAS pendant le séjour du patient dans un hôpital ou un établissement médico-social (y compris les soins aigus et de transition stationnaires). Cette règle ne s'applique pas aux jours d'entrée et de sortie, ni à l'évaluation des soins requis et aux prestations de coordination qui s'imposent durant le séjour à l'hôpital en vue d'un déroulement optimal de la prise en charge. En outre, le fournisseur de prestations ne peut pas facturer de prestations de soins ambulatoires de longue durée au sens de l'art. 7 OPAS pendant que le patient bénéficie de prestations ambulatoires de soins aigus et de transition.

⁶ Dans le cadre de la présente convention, il n'est pas permis de facturer des prestations non mentionnées ici (p. ex. médicaments) à l'assurance obligatoire des soins.

Art. 11 Rémunération des moyens et appareils

¹ Seuls les coûts des moyens et appareils prescrits par un médecin et figurant sur la liste des moyens et appareils (LiMA, annexe 2 OPAS) sont pris en charge comme suit par les assureurs:

a) Moyens et appareils de la catégorie A

Les consommables simples directement liés aux prestations de soins (p. ex. gants, gaze, désinfectant, masques, tenues de protection) ainsi que le matériel et les dispositifs réutilisables pour plusieurs patients (p. ex. tensiomètres, stéthoscopes, thermomètres, coussins ergonomiques spécifiques, instruments réutilisables tels que ciseaux et pincettes) sont inclus dans les contributions des assureurs selon l'art. 7a al. 1 OPAS et ne peuvent pas être facturés séparément. Il en va de même lorsque ces moyens et appareils sont délivrés par un centre de remise LiMA externe (p. ex. pharmacie).

b) Moyens et appareils de la catégorie B

Les moyens et appareils qui peuvent être utilisés tant par l'assuré que par des intervenants non professionnels ou par du personnel infirmier sont facturés par les fournisseurs de prestations au maximum au prix de remboursement maximal dans le domaine des soins selon la LiMA.

c) Moyens et appareils de la catégorie C

² Les moyens et appareils qui ne peuvent être utilisés que par le personnel infirmier sont facturés de la même façon que ceux de la catégorie B.

³ La facturation électronique s'effectue séparément au moyen du tarif 454 pour les moyens et appareils dans le domaine des soins.

⁴ Conformément à l'art. 56 al. 3 LAMal, le fournisseur de prestations est tenu de répercuter sur le débiteur de la rémunération les rabais qu'il touche d'un fournisseur.

⁵ Les limitations de la liste des moyens et appareils doivent être prises en compte.

⁶ Si le matériel facturé dépasse le prix de remboursement maximal selon la LiMA, la part excédentaire est à facturer directement à l'assuré. Dans le cas de montants de remboursement maximal annuels, l'assureur-maladie se voit facturer chaque mois, au maximum, le montant au prorata correspondant (montant de remboursement maximal annuel divisé par 12 mois).

VI. Facturation et modalités de paiement

Art. 12 Facturation

¹ La facturation s'effectue mensuellement.

² La facture comporte les données suivantes :

1. Coordonnées de l'assuré
 - Nom et prénom
 - Date de naissance
 - Sexe
 - Domicile
 - Numéro de carte d'assuré
 - Numéro d'assurance sociale et/ou numéro d'assuré
2. Motif du traitement : maladie, accident ou maternité
3. Raison sociale (nom) de l'assureur
4. Numéro complet de la facture adressée par le fournisseur de prestations à l'assuré concerné, y compris date de la facture
5. Numéro RCC et GLN du fournisseur de prestations (GLN si disponible ; à ne mentionner qu'en cas de facturation électronique)
6. Nom, numéro RCC et GLN du médecin prescripteur (GLN si disponible ; à ne mentionner qu'en cas de facturation électronique)
7. Degré d'impotence (allocation pour impotence légère/moyenne/grave) si celui-ci est connu
8. Durée de validité de l'ordonnance ou des ordonnances médicales pour la période de facturation considérée
9. Numéros de postes LiMA complets et quantité ; montant de remboursement maximal dans le domaine des soins selon la LiMA, par produit.

La facture comprend en outre, pour les soins ambulatoires selon l'art. 2 al. 5 de la présente convention :

10. Durée des soins en minutes (système décimal) par type de prestation selon l'art. 7 al. 2 let. a à c OPAS, calendrier à l'appui

La facture comprend en outre, pour les soins dispensés dans des structures de jour ou de nuit au sens de l'art. 2 al. 6 de la présente convention :

11. Catégorisation selon l'annexe 4 avec échancier
12. Calendrier assorti de la catégorie tarifaire applicable.

³ Le fournisseur de prestations ne facture aux assureurs que les soins à charge de l'assurance obligatoire des soins. Les prestations non couvertes par l'assurance obligatoire doivent être facturées séparément.

Art. 13 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 de l'al. 1, dès le 1er Janvier 2023, toute facture qui n'est pas transmise sous forme électronique sera réglée selon le régime du tiers garant.

³ En dérogation de l'al. 1, chaque fournisseur de prestations et chaque assureur peut opter pour le système du tiers garant. Le fournisseur de prestations en informe l'assuré en temps utile avant son intervention.

⁴ L'assureur ne règle que les factures conformes à la loi et à la convention.

⁵ L'assureur procède au paiement dans un délai de 30 jours.

⁶ Le délai commence dès que l'assureur dispose de toutes les pièces dont il a besoin pour vérifier si la facturation répond aux exigences légales et conventionnelles.

⁷ Le délai de paiement prévu à l'al. 5 est interrompu en cas de contestation motivée de la facturation.

Art. 14 Echange électronique de données

Les parties contractantes conviennent de l'échange électronique de données comme suit :

- Dès le 1er janvier 2023 au plus tard, la facturation s'effectue de manière électronique conformément aux standards XML en vigueur et aux directives du "Forum Datenaustausch".
- Les parties contractantes visent à introduire l'échange électronique de données SHIP lorsque le standard "soins infirmiers" sera opérationnel dans la pratique des infirmières et infirmiers indépendants.

L'art. 8 de la convention reste applicable aux fournisseurs de prestations et aux assureurs qui lors de l'introduction de SHIP ne seront pas encore à même de traiter la déclaration des soins requis au moyen de ce système.

Art. 15 Devoir d'informer

Les fournisseurs de prestations reconnaissent que, de par la loi (notamment de par le droit du mandat selon le CO), il leur incombe une obligation qualifiée d'informer leurs patients sur les prestations de l'assurance-maladie sociale et le cas échéant sur les coûts non couverts par l'assurance obligatoire des soins.

VII. Economie et garantie de la qualité

Art. 16 Economie/garantie de la qualité

¹ Le fournisseur de prestations assume la responsabilité pour l'efficacité, l'adéquation et l'économie de ses prestations et du matériel utilisé (art. 32 et 56 LAMal).

² Le fournisseur de prestations s'engage à participer aux mesures visant à garantir et à contrôler la qualité de ses prestations conformément à la convention en vigueur au sens de l'art. 58a LAMal.

Art. 17 Obligation de renseigner du fournisseur de prestations

¹ Les assureurs sont tenus par la loi de vérifier l'économie des prestations qui leur sont facturées et si celles-ci remplissent les conditions du remboursement. A cette fin, ils effectuent les contrôles suivants :

- 1.1 examen des documents soumis par l'infirmière ou l'infirmier conformément à l'art. 8 al. 2,
- 1.2. examen des pièces justificatives soumises par l'infirmière ou l'infirmier sur demande de l'assureur,

2. examen des dossiers clients auprès du fournisseur de prestations,
3. examen de cas particuliers 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. Pour cette raison, dans la majorité des cas, le contrôle s'effectuera conformément à l'al. 1 numéro 1.1 ci-dessus.

- 3 Le déroulement des contrôles est réglé à l'annexe 5.

VIII. Aspects formels

Art. 18 Procédure en cas de différend

¹ Par principe, les différends entre assureurs et fournisseurs de prestations seront réglés directement par les parties concernées.

² Les fournisseurs de prestations et les assureurs sont libres de recourir au tribunal arbitral cantonal conformément à l'art. 89 LAMal.

³ Avant de recourir à un arbitrage selon l'art. 89 LAMal, les deux parties peuvent d'un commun accord procéder à une tentative de conciliation avec la participation de l'assureur concerné et de l'ASI.

Art. 19 Entrée en vigueur / durée de validité de la convention

La présente convention et ses annexes entrent en vigueur le 1er janvier 2022. Elle est conclue pour une durée indéterminée.

Art. 20 Clause salvatrice

Si les conditions qui sous-tendent la présente convention devaient changer ou que l'une ou l'autre disposition de la présente convention devait s'avérer ou devenir nulle en tout ou partie, la validité des autres dispositions n'en serait pas affectée. Dans un tel cas, les parties sont tenues d'adapter la convention aux nouvelles conditions ou de remplacer la disposition nulle ou partiellement nulle par une autre afin que le but poursuivi par la convention puisse être réalisé de manière conforme au droit (clause salvatrice).

Art. 21 Résiliation

¹ La présente convention peut être résiliée pour la fin d'une année moyennant un préavis de six mois, pour la première fois au 31 décembre 2024.

² Les assureurs-maladie qui concluent la convention ne se constituent pas en société simple, mais chaque assureur conclut la présente convention séparément en son nom. La présente convention ne crée ni droits ni obligations dans les rapports des assureurs entre eux. La résiliation de la convention par un assureur n'a donc aucune incidence sur la validité de la convention entre les autres assureurs et le fournisseur de prestations.

³ Si l'ASI souhaite résilier la présente convention à l'égard de tous les assureurs pour lesquels tarifsuisse sa a conclu celle-ci, elle est habilitée à adresser la résiliation à tarifsuisse sa, à l'attention des parties contractantes. La lettre de résiliation doit mentionner clairement et sans équivoque la convention à résilier, et comprendre une déclaration explicite selon laquelle la convention est résiliée à l'égard de tous les assureurs. Une résiliation à l'égard de certains assureurs seulement n'est pas possible.

Art. 22 Annexes

La présente convention comporte les annexes suivantes, lesquelles, en vertu de l'art. 3 al. 2, font partie intégrante de la convention.

Annexe 1:

Liste des fournisseurs de prestations ayant adhéré à la convention

Annexe 2:

Dispositions applicables à la liste d'adhésion et de sortie des fournisseurs de prestations

Annexe 3:

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

Annexe 4:

Formulaire pour le mandat médical/la déclaration des besoins pour structures de jour ou de nuit

Annexe 5:

Accord relatif aux contrôles effectués par les assureurs-maladie.

Art. 23 Dispositions finales

¹ La présente convention est établie et signée en deux exemplaires. Un exemplaire est destiné à l'ASI et l'autre à tarifsuisse sa.

² En cas de contradictions entre une traduction de la présente convention et sa version originale allemande, c'est cette dernière qui fait foi.

Berne, le

Pour l'**Association Suisse des infirmières et infirmiers**

Sophie Ley
Présidente

Yvonne Ribl
Secrétaire générale

Soleure, le

Pour **tarifsuisse sa**

Dr. Renato Laffranchi
Responsable Achat des prestations
Membre de la direction

Marc Berger
Responsable des négociations
Achat de prestations Mitte

Annexe 1

Liste des fournisseurs de prestations ayant adhéré à la convention

La liste actualisée des fournisseurs de prestations ayant adhéré à la convention peut être obtenue comme suit :

Pour les assureurs :

Registre central des conventions (RCC) de SASIS SA

Annexe 2

Dispositions applicables à la liste d'adhésion et de sortie des fournisseurs de prestations conformément à l'art. 3 al. 6 de la présente convention

Ce modèle doit impérativement être repris pour l'annonce des adhésions et des sorties. Toute liste d'adhésion qui ne respecterait pas ce modèle ne pourra pas être traitée et sera retournée. tarifsuisse sa peut si nécessaire apporter des modifications à ce modèle. Celles-ci seront alors communiquées à l'ASI en temps utile.

Sur demande, tarifsuisse sa remet un modèle Excel de la liste.

Liste d'adhésion ASI							
Convention n°							
Etat: 01.01.2022							
Les fournisseurs mentionnés ci-après ont annoncé leur adhésion en bonne et due forme au sens de l'art. 3 de la présente convention administrative Soins ambulatoires conclue entre l'ASI et tarifsuisse sa.							
Adhésion au	Nom du fournisseur de prestations	Lieu	Canton	Numéro RCC	Numéro RCC	GLN	Sortie au
				Longue durée	SJN		
01.01.2022	Stadel	ZH	A123401		7601002123456	
01.01.2022	Stäfa	ZH	B345601		7601002789123	
01.01.2022	Stans	NW		D123407	7601002345678	
01.01.2022	Steffisburg	BE	C789102		7601002901234	31.03.2022
01.01.2022	Steffisburg	BE	D567802		7601002456789	
01.01.2022	Stein	AG	A123419		7601002234567	
08.01.2022	Steinmaur	ZH	X012301		7601002567890	
09.01.2022	Stettlen	BE	K789002		7601002678901	
<i>Classement par date d'adhésion (commençant par la date la plus ancienne)</i>				<i>Numéro RCC impérativement sans formatage, c.-à-d. sans espaces ni points</i>	<i>Numéro RCC impérativement sans formatage, c.-à-d. sans espaces ni points</i>	<i>GLN impérativement sans formatage, c.-à-d. sans espaces</i>	

Les adhésions doivent impérativement être classées par date (date la plus récente figurant à la fin).

Les nouvelles adhésions ou sorties sont à signaler **en couleur**.

Les changements de nom ou d'adresse doivent être signalés directement à SASIS SA (département RCC) par les fournisseurs de prestations. Une modification au moyen de la liste d'adhésions n'est pas possible.

Nom _____ Prénom _____

Nombre	=	Nombre de prestations	
Fréquence	=	Unité: 1. j2, j3...j7 =an 2, 3...7 jours par semaine 2. s =hebdomadaire 3. m =mensuel a =annuel 4. u =une seule fois	
Exemple			
Test simple du glucose dans le sang et l'urine 2 fois par jour à 7 jours par semaine	=	Nombre 2	Fréquence j7
Aide au bain médicinal 2 fois par semaine		2	s

Cocher lorsqu'une prestation est prévue	OPAS art. 7 al. 2	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
	let. a ch. 1	Evaluation des besoins du patient et de l'environnement de ce dernier; planification, en collaboration avec le médecin et le patient, des mesures nécessaires,		
	let. a ch. 2	conseils au patient ainsi que, le cas échéant, aux intervenants non professionnels pour les soins, en particulier quant à la manière de gérer les symptômes de la maladie, pour l'administration des médicaments ou pour l'utilisation d'appareils médicaux; contrôles nécessaires;		
	let. a ch. 3	coordination des mesures et dispositions par des infirmières et infirmiers spécialisés en lien avec des complications dans des situations de soins complexes et instables		
	let. b ch. 1	contrôle des signes vitaux (tension artérielle, pouls, température, respiration, poids),		
	let. b ch. 2	test simple du glucose dans le sang ou l'urine,		
	let. b ch. 3	prélèvement pour examen de laboratoire,		
	let. b ch. 4	mesures thérapeutiques pour la respiration (telles que l'administration d'oxygène, les inhalations, les exercices respiratoires simples, l'aspiration),		
	let. b ch. 5	pose de sondes et de cathéters, ainsi que les soins qui y sont liés,		
	let. b ch. 6	soins en cas d'hémodialyse ou de dialyse péritonéale,		
	let. b ch. 7	préparation et administration de médicaments ainsi que documentation des activités qui leur sont associées,		
	let. b ch. 8	administration entérale ou parentérale de solutions nutritives,		
	let. b ch. 9	surveillance de perfusions, de transfusions ou d'appareils servant au contrôle et au maintien des fonctions vitales ou au traitement médical,		
	let. b ch. 10	rinçage, nettoyage et pansement de plaies (y compris les escarres et les ulcères) et de cavités du corps (y compris les soins pour trachéo-stomisés et stomisés), soins pédicures pour les diabétiques,		
	let. b ch. 11	soins en cas de troubles de l'évacuation urinaire ou intestinale, y compris la rééducation en cas d'incontinence		
	let. b ch. 12	assistance pour des bains médicaux partiels ou complets, application d'enveloppements, cataplasmes et fangos		
	let. b ch. 13	soins destinés à la mise en œuvre au quotidien de la thérapie du médecin, tels que l'exercice de stratégies permettant de gérer la maladie et		

		l'instruction pour la gestion des agressions, des angoisses et des idées paranoïaques,		
	let. b ch. 14	soutien apporté aux malades psychiques dans des situations de crise, en particulier pour éviter les situations aiguës de mise en danger de soi-même ou d'autrui;		
	let. c ch. 1	soins de base généraux pour les patients dépendants, tels que: bander les jambes du patient, lui mettre des bas de compression, refaire son lit, l'installer, lui faire faire des exercices, le mobiliser, prévenir les escarres, prévenir et soigner les lésions de la peau consécutives à un traitement; aider aux soins d'hygiène corporelle et de la bouche; aider le patient à s'habiller et à se dévêtir, ainsi qu'à s'alimenter		
	let. c ch. 2	mesures destinées à surveiller et à soutenir les malades psychiques pour accomplir les actes ordinaires de la vie, telles que la planification et la structuration de leurs journées de manière appropriée, l'établissement et la promotion des contacts sociaux par un entraînement ciblé et le soutien lors de l'utilisation d'aides à l'orientation et du recours à des mesures de sécurité.		

Annexe 4

Formulaire de déclaration des soins requis pour structures de soins de jour ou de nuit selon (exemple)

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 LAA :
 Date de naissance Assureur-accident
 Sexe féminin masculin

Motif de la prise en charge : Maladie Invalidité Accident
 Allocation pour impotent : néant léger moyen grave pas d'informations
 Valable pour (art. 8 OPAS) : 3 mois 9 mois de jusqu'à
 Autres fournisseurs de prestations oui non pas d'information
 Si oui, nom et N° RCC

	Autonomie				Observations			
	--	-	+	++				
Comprendre et s'exprimer								
Trouver ses repères								
Capacité de participation / compliance / observance								
					Soins administrés	Total en minutes	Observations	
					Une fois	Plusieurs fois	par jour	
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):								
Totale en minutes								
Niveau selon art. 7a 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 :
 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 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.

Annexe 5

Accord relatif aux contrôles effectués par les assureurs-maladie

Les assureurs ont l'obligation légale de procéder à des contrôles afin de vérifier l'efficacité, l'adéquation et l'économicité des prestations qui leur sont facturées (cf. art. 32 LAMal, art. 8c OPAS).

S'il ressort du contrôle effectué par l'assureur que les prestations facturées ne répondent pas aux critères d'efficacité, d'adéquation ou d'économicité et si l'assureur fournit une motivation professionnelle de son appréciation (par ex. motifs pour la réduction ou la modification des prestations, lien avec le dossier de soins mis à sa disposition, imputation des prestations selon l'art. 7 al. 2 OPAS, durée des prestations), il adapte les prestations en conséquence.

- IX. En cas d'examen auprès de l'assureur (ch. 1 ci-après), les modifications décidées par l'assureur prennent effet le jour auquel le résultat de l'examen est communiqué au fournisseur de prestations, pour autant que celui-ci ait respecté les délais imposés.
- X. En cas d'examens auprès du fournisseur de prestations ou auprès de l'assuré (ch. 2 et 3 ci-après) les modifications décidées par l'assureur prennent effet le jour auquel a lieu le contrôle.

Les modifications ne déploient pas d'effet rétroactif, sauf lorsque l'assureur constate et prouve une violation flagrante des principes d'efficacité, d'adéquation ou d'économicité.

1. Examen auprès de l'assureur

Les assureurs procèdent aux contrôles suivants :

1.1. *Examen des pièces soumises par les infirmières ou infirmiers conformément à l'art. 8 al. 6 de la présente convention.*

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

- Formulaire de déclaration des besoins requis selon l'art. 8 de la présente convention
- Formulaire de facturation selon l'art. 11 de la présente convention
- La liste des prestations selon l'art. 7 al. 2 OPAS ou le formulaire de planification des prestations selon Inter-RAI.

1.2 *Examen d'autres pièces justificatives fournies par les infirmières ou infirmiers sur demande de l'assureur.*

1.2.1 Si des doutes subsistent suite à l'examen des pièces systématiquement soumises par les fournisseurs de prestations, l'assureur peut, si possible dans les 15 jours ouvrables dès réception de celles-ci et sous réserve de l'art. 42 al. 5 LAMal, demander à l'infirmière ou à l'infirmier de lui soumettre d'autres pièces pertinentes (ordre médical original, évaluation des soins requis, plan de soins, journal, documentation des plaies etc.).

1.2.2 L'infirmière ou l'infirmier fait parvenir les pièces requises à l'assureur si possible dans les 15 jours ouvrables dès réception de la demande.

1.2.3 Si possible dans les 15 jours ouvrables à dater de la réception des pièces requises, l'assureur examine celles-ci et informe l'infirmière ou l'infirmier de sa décision. Le rapport se base sur les pièces soumises à l'assureur jusqu'à la date du contrôle.

- 1.2.4 Assureur et fournisseur de prestations s'efforcent de régler d'éventuels différends dans les délais les plus brefs.

2. Examen auprès du fournisseur de prestations

Les assureurs procèdent auprès des fournisseurs de prestations à des examens ponctuels sur la base d'un choix de dossiers patients ouverts.

- 2.1 L'assureur annonce sa visite de contrôle auprès du fournisseur de prestations. Le contrôle a lieu dans les 30 jours calendaires à compter de la date de l'annonce. Exceptionnellement, il peut être décidé d'un commun accord de déroger à ce délai.
- 2.2 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 ses locaux toute information pertinente en lien avec les dossiers sous contrôle.
- 2.3 Après examen des pièces la personne chargée du contrôle et l'infirmière procèdent le jour-même à un échange oral portant notamment sur le budget-temps actuel.
- 2.4 Une fois le contrôle effectué, l'assureur doit dans les 15 jours ouvrables adresser par écrit ses conclusions au fournisseur de prestations.

3. Examen auprès de l'assuré

Les assureurs procèdent à des examens ponctuels auprès de l'assuré à l'occasion d'une intervention de soins.

- 3.1 L'assureur informe l'assuré ou ses proches 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, mais seulement avec l'assentiment de l'assuré ou de ses proches. Dans ce cas, l'assureur informe le fournisseur de prestations au préalable. L'assentiment de ce dernier n'est pas requis.
- 3.2 Une fois la visite de contrôle effectuée, l'assureur doit dans les 15 jours ouvrables adresser par écrit ses conclusions au fournisseur de prestations.