



Convention administrative AOS

Convention n°: IP-206.299

(valable à partir du: 01.04.2021)

entre

Aide et soins à domicile Suisse

Effingerstrasse 33
3008 Berne

Association Spitex privée Suisse (ASPS)

Uferweg 15
3013 Berne

ci-après «**Associations**»

et

CSS Assurance-maladie SA

Tribschenstrasse 21
6005 Lucerne

y compris les assureurs LAMal du Groupe CSS suivants:

INTRAS Assurance-maladie SA, Avenue de Valmont 41, 1000 Lausanne 10

Arcosana SA, Tribschenstrasse 21, 6005 Lucerne

Sanagate SA, Tribschenstrasse 21, 6005 Lucerne

ci-après «**CSS**»

appelés collectivement «**parties**»

relative à la

la rémunération des prestations de l'assurance-maladie selon la LAMal fournies dans le cadre des soins ambulatoires dispensés par des organisations d'aide et soins à domicile

(Toutes les désignations de personnes sont valables pour les deux genres.)

Sommaire

1. Parties contractantes	3
2. Affiliation à la convention	3
3. Adhésion à la convention et retrait de celle-ci par les fournisseurs de prestations 3	
4. Champ d'application et étendue des prestations	3
5. Obligations du fournisseur de prestations et de l'assureur	4
6. Conditions pour l'octroi des prestations	4
7. Prescription médicale, évaluation, déclaration et changement des soins requis..	4
8. Prise en charge, y compris pour moyens et appareils.....	6
9. Facturation et modalités de paiement.....	6
10. Echange électronique de données (EED).....	7
11. Economicité et garantie de la qualité, contrôles effectués par l'assureur	7
12. Qualification minimale du personnel.....	8
13. Validité des versions linguistiques	8
14. Début, durée et résiliation de la convention.....	8
15. Annexes à la convention	8
16. Réserve de la forme écrite.....	8
17. Clause de sauvegarde	8
18. Droit applicable et instance de conciliation	8
19. Dispositions finales	9
20. Dispositions transitoires	9
Anhang 1 – Angeschlossene Versicherer.....	10
Anhang 2 – Bedarfsmeldeformular / Beilagen zum Bedarfsmeldeformular	11
Anhang 3 – Fachpersonal	15
Annexe 4: accord relatif aux contrôles effectués par l'assureur.....	16
Annexe 5: prise en charge des moyens et appareils	18

1. Parties contractantes

Les parties à la présente convention sont Aide et soins à domicile Suisse (ASDS) et l'Association Spitex privée Suisse (ASPS), ci-après «Associations», ainsi que la CSS Assurance-maladie SA et le Groupe CSS, ou les assureurs LAMal indiqués dans l'annexe 1, ci-après «CSS».

2. Affiliation à la convention

- 2.1 La présente convention s'applique à la CSS, ou aux assureurs indiqués dans l'annexe 1.
- 2.2 La CSS est autorisée à procéder à tout acte en relation avec la présente convention au nom et pour le compte de ces assureurs.
- 2.3 Les assureurs ayant adhéré à la présente convention reprennent sans réserve l'ensemble des dispositions de celle-ci, annexes incluses.

3. Adhésion à la convention et retrait de celle-ci par les fournisseurs de prestations

- 3.1 Peuvent adhérer à la présente convention administrative tous les fournisseurs de prestations remplissant les conditions de l'art. 51 OAMal et disposant d'une autorisation de pratiquer selon le droit cantonal. Une organisation qui dispose de plusieurs numéros RCC (p. ex. dans des cantons différents) est tenue d'adhérer à la convention avec chacun de ses numéros séparément.
- 3.2 Les fournisseurs de prestations peuvent adhérer à la présente convention administrative en notifiant leur adhésion par écrit à Aide et soins à domicile Suisse ou à l'ASPS. L'adhésion est gratuite pour les membres actifs d'une association cantonale d'Aide et soins à domicile ou de l'ASPS.
- 3.3 Les fournisseurs de prestations qui ne sont pas membres d'une des Associations peuvent adhérer à la présente convention. La procédure d'adhésion (p. ex. finance d'adhésion) se fonde sur les conditions des Associations.
- 3.4 Les fournisseurs de prestations ayant adhéré à la présente convention reprennent sans réserve l'ensemble des dispositions de celle-ci, annexes incluses.
- 3.5 Les Associations sont tenues de communiquer à la CSS, à l'adresse électronique tarifvertraege@css.ch, la liste actuelle d'adhérents. Elles informent la CSS de toute modification, au moins semestriellement. Les dispositions transitoires selon le chiffre 20 de la présente convention sont valables pour les fournisseurs de prestations qui ont adhéré à la convention précédente jusqu'au 31 mars 2021.
- 3.6 Les fournisseurs de prestations peuvent se retirer individuellement de la présente convention administrative, moyennant un préavis de six mois, pour la fin d'une année civile. Le retrait de certaines composantes de la convention ou de certaines annexes ou à l'égard de certains assureurs n'est pas possible. Les fournisseurs de prestations adressent leur déclaration de retrait écrite à l'association. Cette dernière informe immédiatement la CSS. La convention reste intégralement applicable pour les autres parties et fournisseurs de prestations.

4. Champ d'application et étendue des prestations

- 4.1 La présente convention règle les processus administratifs applicables aux prestations de soins ambulatoires au sens des art. 25a LAMal, 51 OAMal et 7 ss OPAS.
- 4.2 La convention est valable pour les assurés ayant droit aux prestations d'une assurance obligatoire des soins (AOS) souscrite auprès d'un assureur mentionné à l'annexe 1.
- 4.3 La LAMal et la présente 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 présente convention administrative s'applique aux deux formes précitées de soins ambulatoires. Toutefois une différence existe au niveau de la rémunération des soins (cf. chiffre 8 de la présente convention).

- 4.4 Les fournisseurs de prestations doivent avoir un numéro RCC spécifique pour chacun des domaines de soins, c'est-à-dire de longue durée, aigus et de transition et dans les structures de jour ou de nuit.
- 4.5 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'art. 7a, al. 1, OPAS.
- 4.6 Les soins ambulatoires dispensés dans des structures de jour ou de nuit sont proposés par des centres de jour tels que foyers de jour, Centro diurno, CAT, 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. La rémunération s'effectue sur la base de l'art. 7a, al. 4, OPAS.

5. Obligations du fournisseur de prestations et de l'assureur

- 5.1 Les parties contractantes doivent faire figurer sur toutes les lettres échangées entre le fournisseur de prestations et les assureurs:
- Données de la personne assurée: nom, prénom, adresse, date de naissance, sexe, numéro d'assuré et/ou numéro d'assurance sociale
 - Désignation de l'assureur
 - Données du fournisseur de prestations: numéro RCC / GLN
- 5.2 Le fournisseur de prestations est tenu de donner à ses patients des explications concernant les prestations de l'AOS et, en particulier, les frais non couverts par celle-ci, avant de fournir toute prestation.
- 5.3 Il s'engage à respecter la protection tarifaire au sens de l'art. 44 LAMal.

6. Conditions pour l'octroi des prestations

- 6.1 Les assureurs prennent en charge, conformément à l'art. 7, al. 2, et aux art. 8 et 8a OPAS, les coûts pour les soins ambulatoires effectivement dispensés, sur la base d'une évaluation des soins requis, sur prescription médicale ou sur mandat médical, par des organisations d'aide et de soins à domicile et remplissant les conditions inscrites à l'art. 51 OAMal.
- 6.2 L'assureur n'a l'obligation d'allouer les prestations que dans la mesure où d'autres organismes d'assurance, selon la LAA, la LAI ou la LAM en particulier, n'ont pas à prendre en charge les coûts. L'obligation de prise en charge provisoire des prestations prévue par la loi (art. 70 LPGA) prévaut sur la présente clause contractuelle.

7. Prescription médicale, évaluation, déclaration et changement des soins requis

- 7.1 Prescription médicale et évaluation des soins requis
- 7.1.1 Les prestations de soins présupposent un mandat médical ou une prescription médicale selon l'art. 8 OPAS. L'évaluation des soins requis est effectuée par un infirmier ou une infirmière conformément à l'art. 8a OPAS. Les fournisseurs de prestations sont libres dans le choix de l'instrument standardisé d'évaluation des soins requis.
- 7.1.2 L'évaluation écrite des soins requis comporte une appréciation de l'état général du patient ainsi que l'évaluation de son environnement et celle des soins et de l'aide dont il a besoin (cf. art. 8a, al. 3, OPAS).
- 7.1.3 Le résultat doit être consigné sur un formulaire de déclaration des soins requis (des exemples figurent aux annexes 2a et b).
- 7.1.4 L'évaluation des soins requis 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.
- 7.1.5 Si plusieurs fournisseurs de prestations interviennent auprès du même assuré, ils doivent coordonner leurs prestations et se concerter sur l'utilisation du budget temporel.
- 7.2 Déclaration des soins requis à l'assureur

- 7.2.1 La déclaration des soins requis fait état des besoins probables en soins. Sur le formulaire de déclaration des soins requis, les organisations de soins à domicile indiquent le temps supposé nécessaire selon l'art. 8a, al. 4, OPAS. Les prestations effectivement fournies sont facturées en tenant compte du chiffre 7.3 de la présente convention.
- 7.2.2 Le formulaire de déclaration des soins requis est dûment rempli et transmis à l'assureur dans un délai d'une semaine, mais au plus tard avec la première facture, après la prise de connaissance (pour les prestations a et c de l'OPAS) ou la signature par le médecin (pour les prestations b de l'OPAS), et après la signature par la personne responsable des prestations fournies. En l'absence de déclaration valable des soins requis, l'assureur ne prend en charge aucune des prestations. Des ordonnances avec effet rétroactif ne sont pas autorisées.
- 7.2.3 Le formulaire de déclaration standardisé et convenu par les parties contractantes peut aussi être transmis à l'assureur dûment rempli, par voie électronique et sous forme structurée. Pour les prestations b de l'OPAS, le fournisseur de prestations a la responsabilité de présenter à l'assureur, au besoin, l'exemplaire signé par le médecin.
- 7.2.4 Si l'assureur ne conteste pas la déclaration dans les 10 jours ouvrables à compter de sa réception, l'obligation d'allouer les prestations s'applique à condition qu'elle réponde aux critères figurant au chiffre 6 de la présente convention ainsi qu'à ceux relevant de la procédure de contrôle réglementée dans l'annexe 4.
- 7.2.5 La déclaration des soins requis comporte les indications suivantes:
- a. Coordonnées et données d'assurance de l'assuré (nom, prénom, date de naissance, domicile, numéro d'assuré et/ou numéro d'assurance sociale)
 - b. Motif du traitement: maladie, accident ou maternité
 - c. Raison sociale de l'assureur
 - d. Numéro RCC et numéro GLN du fournisseur de prestations (numéro GLN si disponible; son indication est obligatoire seulement en cas de déclaration électronique)
 - e. Numéro RCC et numéro GLN du médecin prescripteur (numéro GLN si disponible; son indication est obligatoire seulement en cas de déclaration électronique)
 - f. Degré d'impotence (allocation pour impotence légère/moyenne/grave), lorsqu'il est connu
 - g. Début et durée de validité de l'ordonnance médicale
 - h. Besoin prévisible de produits figurant sur la LiMA (y c. référence du/des groupes de produits à deux chiffres) qui seront facturés par l'organisation de soins à domicile

En cas de prestations ambulatoires dispensées conformément au chiffre 4.5 de la présente convention:

- i. Nombre de minutes prévues par mois et par type de prestation selon l'art. 7, al. 2, let. a à c, OPAS et total des heures pour la durée de validité de l'ordonnance

La déclaration des soins requis sera complétée d'une liste des prestations conformément à l'art. 7, al. 2, OPAS ou de la liste des prestations prévues selon le modèle interRAI, avec l'indication du nombre prévisible d'interventions par prestation par jour, semaine, mois ou trimestre (exemples dans l'appendice à l'annexe 2).

En cas de prestations dispensées dans des structures de jour ou de nuit conformément au chiffre 4.6 de la présente convention:

- j. Evaluation de l'autonomie
- k. Nombre prévisible d'actes de soins et de minutes par jour et la catégorie correspondante conformément à l'art. 7a, al. 3, OPAS.

7.3 Changement dans les soins requis

- 7.3.1 Si le besoin en soins requis change durablement, une nouvelle évaluation sera effectuée.
- 7.3.2 Si le besoin en soins requis se modifie passagèrement en cours d'intervention durant plusieurs jours et dépassent considérablement le nombre d'heures prescrit, il faut annoncer ce changement à l'assureur par écrit.

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

- 8.1 Les assureurs contribuent au coût des mesures d'évaluation, de conseil, de coordination, d'examen et de traitement, ainsi que des soins de base au sens de l'art. 7a OPAS.
- 8.2 Le fournisseur de prestations facture les prestations effectivement fournies en tenant compte du chiffre 7.3 de la présente convention.
- 8.3 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 différents fournisseurs de prestations visés au chiffre 4.5 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. 7a, al. 4, OPAS et du chiffre 4.6 de la présente convention sont pris en charge en vertu de l'art. 7a, al. 3, OPAS.
- 8.4 Le fournisseur de prestations ne peut pas facturer de prestations au sens de l'art. 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). Cela ne vaut pas pour les jours d'entrée et de sortie ni pour l'évaluation des soins requis et les prestations de coordination qui doivent déjà être fournies pendant le séjour hospitalier pour assurer un processus de traitement optimal. Par ailleurs, 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 reçoit des prestations ambulatoires dans le domaine des soins aigus et de transition.
- 8.5 Les moyens et appareils qui peuvent être délivrés sur ordonnance médicale et facturés par le fournisseur de prestations conformément à l'annexe 2 OPAS, et sur la base des dispositions légales en vigueur, figurent dans l'annexe 5.
- 8.6 Dans le cadre de la présente convention, le fournisseur de prestations n'a pas le droit de facturer des prestations non mentionnées (p. ex. médicaments) à charge de l'assurance obligatoire des soins.

9. Facturation et modalités de paiement

- 9.1 Facturation
 - 9.1.1 La facturation est mensuelle.
 - 9.1.2 En cas de traitements qui se prolongent au-delà de la fin de l'année civile, il convient d'établir un décompte intermédiaire au 31 décembre. Si l'assuré change d'assureur-maladie au 30 juin, le fournisseur de prestations est tenu d'établir pour le 15 août au plus tard une facture intermédiaire sur demande de l'assureur pour les prestations fournies jusqu'au 30 juin.
 - 9.1.3 Le fournisseur de prestations s'engage à transmettre la facture en version papier ou sous forme standardisée par voie électronique conformément aux dispositions légales et aux directives du «Forum Datenaustausch».
 - 9.1.4 La facture comporte les données suivantes:
 - a. Date et numéro de facture
 - b. Coordonnées et données d'assurance de l'assuré (nom, prénom, date de naissance, domicile, numéro d'assuré et/ou numéro d'assurance sociale)
 - c. Motif du traitement: maladie, accident ou maternité
 - d. Raison sociale de l'assureur

- e. Numéro RCC et numéro GLN du fournisseur de prestations (numéro GLN si disponible; son indication est obligatoire seulement en cas de déclaration électronique)
- f. Numéro RCC et numéro GLN du médecin prescripteur (numéro GLN si disponible; son indication est obligatoire seulement en cas de déclaration électronique)
- g. Degré d'impotence (allocation pour impotence légère/moyenne/grave), lorsqu'il est connu
- h. Durée de validité de l'ordonnance médicale / des ordonnances médicales pendant la période de facturation
- i. Numéros de position LiMA complets et quantité

En cas de prestations ambulatoires dispensées conformément au chiffre 4.5 de la présente convention:

- j. Durée des soins en minutes (selon le système décimal) selon le type de prestations au sens de l'art. 7, al. 2, let. a à c OPAS, échancier

En cas de prestations dispensées dans des structures de jour ou de nuit conformément au chiffre 4.6 de la présente convention:

- k. Echancier avec le niveau de contribution correspondant

9.2 Modalités de paiement

- 9.2.1 Les parties contractantes conviennent du fait que l'assureur est le débiteur de la rémunération selon l'art. 7a OPAS (système du tiers payant).
- 9.2.2 Le fournisseur de prestations peut convenir, en dérogation au chiffre 9.2.1 de la présente convention, que l'assuré est le débiteur de la rémunération de la prestation (système du tiers garant). Le fournisseur de prestations est tenu d'en informer l'assuré avant de fournir les prestations. Ce choix doit être effectué au moment de l'adhésion à la présente convention et peut être modifié pour le début d'une année civile, moyennant un préavis de six mois. Une modification pour certains patients individuellement n'est pas autorisée.
- 9.2.3 L'assureur prend en charge uniquement les factures conformes à la loi et à la présente convention.
- 9.2.4 La facture porte uniquement sur les prestations dispensées mentionnées dans la présente convention et prises en charge par l'assurance obligatoire des soins. Les prestations qui ne sont pas prises en charge par l'assurance obligatoire selon l'art. 59, al. 2, OAMal, doivent être facturées séparément.
- 9.2.5 L'assureur verse la rémunération due au fournisseur de prestations dans les 30 jours. En cas de facturation électronique, le délai maximum est de 25 jours.
- 9.2.6 Le délai court à partir de la date à laquelle l'assureur dispose de toute la documentation nécessaire pour contrôler la conformité de la facture à la loi et à la convention.
- 9.2.7 En cas de contestation justifiée, les délais de paiement définis au chiffre 9.2.5 de la présente convention sont interrompus. L'assureur doit rembourser la partie non contestée.

10. Echange électronique de données (EED)

Les parties contractantes souhaitent réaliser l'échange électronique de données entre fournisseurs de prestations et assureurs dans le respect de la loi fédérale sur la protection des données.

11. Economie et garantie de la qualité, contrôles effectués par l'assureur

- 11.1 Le fournisseur de prestations est tenu d'allouer des prestations efficaces, économiques et adéquates dans le respect des standards de qualité actuels.

11.2 Les assureurs sont tenus par la loi de vérifier, sur la base des factures qui leur sont adressées, l'obligation de prestation ainsi que l'économicité des prestations. La procédure relative à ces contrôles est convenue et réglementée en détail dans l'annexe 4.

12. Qualification minimale du personnel

Afin de garantir la qualité, les conditions à remplir par le personnel qualifié nécessaire selon l'art. 51, let. c, OAMal, sont décrites aux annexes 3a et b.

- a) Concernant les soins ambulatoires au sens du chiffre 4.5 de la présente convention, l'annexe 3a s'applique.
- b) Concernant les soins ambulatoires au sens du chiffre 4.6 de la présente convention, l'annexe 3b s'applique.

13. Validité des versions linguistiques

La présente convention est établie et signée en allemand. Elle est traduite en français et en italien. En cas de divergences, la version allemande fait foi.

14. Début, durée et résiliation de la convention

14.1 La présente convention entre en vigueur le 1^{er} avril 2021 pour une durée indéterminée.

14.2 La convention peut être résiliée par chacune des parties, moyennant un préavis de 12 mois, pour la fin d'une année civile et au plus tôt pour le 31 décembre 2022.

15. Annexes à la convention

Les annexes suivantes font partie intégrante de la présente convention et ne peuvent pas être résiliées séparément.

Annexe 1: Assureurs affiliés à la convention

Annexe 2: Formulaire de déclaration des soins requis / Annexes à la déclaration des soins requis

Annexe 3: Personnel qualifié

Annexe 4: Accord relatif aux contrôles effectués par l'assureur

Annexe 5: Prise en charge des moyens et appareils

16. Réserve de la forme écrite

Tout complément et toute modification apportés à la présente convention ou à ses annexes doivent être consignés par écrit et dûment signés par les parties contractantes.

17. Clause de sauvegarde

Si les circonstances à l'origine de la présente convention évoluent ou si l'une ou l'autre disposition de la présente convention est ou devient totalement ou partiellement caduque, la validité des autres dispositions n'est pas touchée. Dans un tel cas, les parties sont tenues d'adapter la convention aux circonstances ou de remplacer la disposition totalement ou partiellement caduque par une autre disposition afin de pouvoir atteindre le but visé par la convention de manière conforme à la loi.

18. Droit applicable et instance de conciliation

18.1 En règle générale, les litiges entre assureurs et fournisseurs de prestations doivent être réglés directement par les parties concernées.

18.2 Dans certains cas graves ou en cas d'accumulation de problèmes similaires, les parties contractantes peuvent être impliquées dans le processus de clarification.

18.3 Le droit applicable est le droit suisse.

18.4 La procédure en cas de litige se fonde sur l'art. 89 LAMal.

19. Dispositions finales

La présente convention est établie et signée en trois exemplaires. Un exemplaire est destiné à chacune des parties contractantes.

20. Dispositions transitoires

La présente convention vaut entièrement pour les fournisseurs de prestations qui ont adhéré à la convention administrative précédente conclue avec la CSS. Les fournisseurs de prestations qui ne le souhaitent pas doivent faire connaître par écrit à Aide et soins à domicile Suisse ou à l'ASPS leur retrait de la convention dans les 90 jours après l'entrée en vigueur de la présente convention.

Berne, le

Aide et soins à domicile Suisse

.....
Thomas Heiniger
Président

.....
Marianne Pfister
Directrice

Berne, le

Association Spitex privée Suisse (ASPS)

.....
Pirmin Bischof
Président

.....
Marcel Durst
Directeur

Lucerne, le

CSS Assurance-maladie SA,

(et les assureurs LAMal du Groupe CSS selon page de garde)

.....
Sanjay Singh
Chef de la division Prestations & Produits

Membre de la direction générale du Groupe

.....
Luca Emmanuele
Chef du service Gestion des achats
Prestations
Membre de la direction

Annexe 1 – Assureurs affiliés

Les assureurs suivants sont affiliés à la présente convention:

CSS Assurance-maladie SA

Tribschenstrasse 21
6005 Luzern

Y compris les assureurs LAMal suivants du groupe CSS:

INTRAS Assurance-maladie SA, Avenue de Valmont 41, 1000 Lausanne 10

Arcosana SA, Tribschenstrasse 21, 6005 Luzern

Sanagate SA, Tribschenstrasse 21, 6005 Luzern

Annexe 2 – Formulaire de déclaration des soins requis / annexes à la déclaration des soins requis

2a: Annexe à la déclaration des soins requis

- Liste des prestations selon l'art. 7, al. 2 OPAS (exemple)
- Liste des prestations prévues selon le modèle interRAI (exemple)

2b: Déclaration des soins requis pour les structures de jour ou de nuit selon le chiffre 4.6 de la convention

Annexe 2a – Liste des prestations selon l’art. 7, al. 2 OPAS (exemple)

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) a = par an (annuel) • u = unique

Exemples

Détermination simple de la glycémie et de la glycosurie 2 fois par jour 7 jours sur 7	=	Nombre 2	Fréquence 7j
Assistance lors du bain médicamenteux deux fois par semaine		2	s

Cocher lorsqu'une prestation est prévue	Description détaillée de la prestation (selon art. 7, al. 2, OPAS)	Nombre : combien de fois la prestation doit-elle être assurée?	Fréquence : unité de la prestation prévue
	Évaluation des besoins, etc.		
	Conseils au patient, etc.		
	Coordination des prestations		
	Contrôle des signes vitaux, etc.		
	Test simple du 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.		

Annexe 2a – Liste des prestations prévues selon le modèle de interRAI HCSuisse (exemple)

Tous les fournisseurs de prestations travaillant avec interRAI, peuvent envoyer la liste des prestations interRAI. Des informations complémentaires sur interRAI peuvent être consultées sur le site <https://www.spitex-bedarfsabklaerung.ch/>.

Müller	Doris
Nom	Prénom
Numéro d'assuré	Numéro de cas

Introduire le numéro du catalogue des prestations, compléter les colonnes « Qui » et « Edu. ». Nombre, unité et temps si différent du standard ou selon besoin (s.b.) inscrit dans le catalogue des prestations.

N°	Description de la prestation (facultatif)	Qui	Edu.	Nb.	Fréq.	Temps	Qual. mini.	OPAS
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	Établir plan d'intervention soins (1 ^{ère} fois)							a
10906	Bilan de l'évolution de l'état de santé							a
10907	Consulter médecin au sujet de la cliente							a
10909	Conseil et instruction au client 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° 20099 non listées dans la colonne 2

Décrire les prestations de soins psychiatriques n10099 ° non listées dans la colonne 2

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

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

Fréq. = t2, tg3. 7 jours par semaine / s = par semaine / m = par mois / u = unique / s. b. = selon besoin

Qual. mini = qualification minimale si possible selon les dénominations de fonction ou de formation utilisées dans la statistique de l'aide et des soins à domicile

Annexe 2b – Déclaration des soins requis pour les structures de jour ou de nuit (exemple)

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.

Annexe 3 – Personnel qualifié

a) Prestations de soins ambulatoires au sens du chiffre 4.5				
	Formation / dénomination professionnelle	Évaluation des soins requis / conseil / coordination	Soins de base	Examen, soins thérapeutiques
Degré tertiaire	Infirmière / Infirmier AS / HES (anciens diplômés: SIG, infirmiers de santé publique, PSY, HMP, DN I, DN II, infirmière diplômée)	Oui	Oui	Oui
	EP Assistant/-e spécialisé/-e en soins de longue durée et accompagnement	Non	Oui	Oui
Degré secondaire II	Assistant(e) en soins et santé communautaire (ASSC) CFC (anciens diplômés: IAS (CC CRS); aide familiale CFC ou diplômé avec module complémentaire en soins thérapeutiques)	Non	Oui	Oui ¹⁾
	Assistant(e) socio-éducatif/-ive (ASE) CFC, orientations personnes en situation de handicap ou personnes âgées (anciens diplômés: accompagnateur/-trice pour personnes âgées)	Non	Oui	Oui ¹⁾ , seulement avec module complémentaire en soins thérapeutiques
	Assistante médicale (AM) CFC	Non	Limités à de simples gestes d'assistance	Oui ¹⁾
	Aide en soins et accompagnement (ASA) AFP	Non	Pas de soins de base complets avec responsabilité pour le dossier	Aide pour l'administration des médicaments ¹⁾
Hors système éducatif	Aide-soignante	Non	Pas de soins de base complets avec responsabilité pour le dossier	Non
	Auxiliaire de santé²⁾	Non	Pas de soins de base complets avec responsabilité pour le dossier	Non
¹⁾ selon les dispositions en vigueur en matière de formation et l'expérience professionnelle ²⁾ Reconnaissance de la formation selon la procédure de reconnaissance des associations d'aide et soins à domicile		L'équivalence des autres diplômes professionnels ainsi que des diplômes étrangers est examinée au cas par cas. Tous les titulaires du degré secondaire II travaillent sous la supervision, les instructions et la responsabilité d'un titulaire de diplôme du degré tertiaire. Les réglementations divergentes dans les différents cantons doivent être prises en compte.		
b) Prestations de soins ambulatoires au sens du chiffre 4.6				
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 4 – Accord relatif aux contrôles effectués par l'assureur

Les assureurs sont tenus par la loi de vérifier, par une procédure de contrôle, l'efficacité, l'adéquation et l'économicité (EAE) des prestations facturées (selon les art. 32 LAMal et 8c OPAS).

Si le contrôle met en évidence que les prestations facturées ne respectent pas les critères EAE et que les assureurs peuvent en fournir la preuve technique, les prestations fournies à l'avenir doivent être adaptées en conséquence.

L'adaptation doit être effectuée aux moments suivants:

- en cas d'examen auprès de l'assureur (cf. chiffre 1 de la présente annexe) dans la mesure où les délais sont respectés: le jour où l'assureur communique le résultat du contrôle.

- en cas d'examen auprès du fournisseur de prestations ou de l'assuré (cf. chiffres 2 et 3 de la présente annexe): le jour du contrôle.

Les modifications effectuées rétroactivement sont limitées à certains cas spécifiques dans lesquels les assureurs peuvent, à la suite du contrôle, mettre en évidence et prouver des manquements graves des fournisseurs de prestations à remplir les critères EAE.

1. Examen auprès de l'assureur

Les assureurs procèdent aux contrôles suivants:

1.1 Examen des pièces justificatives fournies par l'organisation d'aide et de soins à domicile conformément aux chiffres 7.2.2 et 7.2.5 de la présente convention administrative.

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

- Déclaration des soins requis selon le chiffre 7.2 de la présente convention
- Facture selon le chiffre 9.1 de la présente convention
- En annexe à la déclaration des soins requis: liste des prestations selon l'art. 7, al. 2, OPAS ou liste des prestations prévues selon le modèle interRAI (selon le chiffre 7.2.5 de la présente convention)

1.2 Examen des pièces justificatives demandées par l'assureur et soumises par l'organisation d'aide et de soins à domicile

1.2.1 En cas de doute quant aux documents fournis de manière systématique, l'assureur peut, généralement dans les 15 jours ouvrables à compter de leur réception et en tenant compte de l'art. 42, al. 5, LAMal, exiger, auprès de l'organisation d'aide et de soins à domicile, des pièces justificatives complémentaires pertinentes pour le contrôle (telles que l'original de l'ordonnance médicale, l'évaluation des soins requis p. ex. MDS, le plan de traitement, le déroulement des soins, la documentation des plaies, etc.).

1.2.2 En principe, l'organisation d'aide et de soins à domicile est tenue de transmettre les documents requis dans les 15 jours ouvrables.

1.2.3 A la réception des documents, l'assureur dispose en principe de 15 jours ouvrables supplémentaires pour les vérifier et pour informer l'organisation d'aide et de soins à domicile de sa décision. Le rapport se fonde sur les documents fournis à l'assureur jusqu'au moment du contrôle.

1.2.4 En cas de réclamation, les assureurs et les fournisseurs de prestations s'efforcent de trouver une solution rapide au litige.

2. Examen auprès du fournisseur de prestations

Les assureurs mènent des contrôles ponctuels auprès du fournisseur de prestations sur la base d'une sélection de dossiers de 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 En tenant compte de l'art. 42, al. 5, LAMal, ainsi que du principe de proportionnalité, le fournisseur de prestations met à disposition à la personne chargée par l'assureur d'effectuer le contrôle dans les locaux de l'organisation toute information pertinente complémentaire à celles qui se rapportent aux dossiers. 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.
- 2.3 Après l'examen des documents, un entretien entre le collaborateur du fournisseur de prestations et la personne chargée du contrôle a lieu le jour même, avec communication du budget-temps actuel.
- 2.4 Une fois le contrôle effectué, l'assureur doit adresser par écrit ses conclusions au fournisseur de prestations dans les 15 jours ouvrables.

3. Examen du cas auprès de l'assuré

Les assureurs mènent des contrôles ponctuels auprès de l'assuré dans le cadre d'une intervention de soins.

- 3.1 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 10 jours calendaires avant la visite prévue.
- 3.2 Une fois la visite de contrôle effectuée, l'assureur doit adresser par écrit ses conclusions au fournisseur de prestations dans les 15 jours ouvrables.

Annexe 5 – Prise en charge des moyens et appareils

1. Champ d'application

1.1 Cette annexe concerne en substance la remise et la prise en charge, selon l'annexe 2 OPAS, des moyens et appareils figurant aux chapitres

- 03.04 Matériel pour perfusion
- 03.05 Accessoires pour injection
- 15 Aides pour l'incontinence
- 17 Articles pour traitement compressif
- 21.03 Diagnostic in vitro: réactifs et consommables pour analyses de sang
- 29 Matériel de stomathérapie
- 35 Matériel de pansement
- 99 Divers

par les organisations d'aide et de soins à domicile conformément aux prescriptions juridiques et légales.

1.2 Le fournisseur de prestations est reconnu comme centre de remise de moyens et d'appareils pour les chapitres énumérés au chiffre 1.1 de la présente annexe s'il remplit, dans le cadre de son activité, les conditions prévues par l'art. 55 OAMal. Au besoin, la CSS a le droit d'exiger du fournisseur de prestations une copie de l'autorisation correspondante.

1.3 La remise de moyens et appareils figurant dans d'autres chapitres est exclue et doit être réglementée le cas échéant au moyen d'une convention séparée sur la remise de moyens et d'appareils conclue avec la CSS.

2. Prise en charge des moyens et appareils

2.1 Les moyens et appareils délivrés sur prescription médicale selon le chiffre 1.1 de la présente annexe ne doivent pas dépasser le montant maximal prévu par la liste des moyens et appareils tout en tenant compte de l'art. 56 LAMal et de l'ordonnance sur l'intégrité et la transparence dans le domaine des produits thérapeutiques (OITPTh).

2.2 Les parties contractantes conviennent (jusqu'à l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions de la LiMA) d'une réglementation transitoire quant à la prise en charge fondée sur la réglementation existante de l'art. 8, al. 5, de la convention administrative valable à partir du 1^{er} janvier 2017 (IP-200.600).

2.3 La facturation doit être détaillée et comporter le numéro de position LiMA ainsi que l'échéancier. Une prescription médicale doit être impérativement jointe à la première facture.

2.4 La CSS peut, le cas échéant, exiger une facture originale d'un stade commercial précédent afin de contrôler le respect du chiffre 2.1 de la présente annexe.