



Convention administrative
entre
l'Association suisse des infirmières et infirmiers ASI
et
Assura, assurance maladie et accident
SUPRA Caisse-maladie
(ci-après l'assureur)

Introduction

L'Association suisse des infirmières et infirmiers (ci-après ASI) et les assureurs concluent la présente convention administrative valable pour toute la Suisse pour unifier les processus administratifs, la définition du domaine des prestations ainsi que la réglementation de la rémunération pour les moyens et appareils. La convention est fondée sur les lois et ordonnances en vigueur au 1.1.2011.

Art. 1 Parties à la convention

Sont parties à la présente convention administrative : l'Association suisse des infirmières et infirmiers, Choisystrasse 1, case postale 8124, 3001 Berne (ASI), d'une part, et Assura assurance maladie et accident, Av. C-F. Ramuz 70, 1009 Pully, et SUPRA Caisse-maladie, Ch. de Primerose 35, 1007 Lausanne, d'autre part.

Art. 2 Adhésion, finance d'entrée; exclusion

¹ L'adhésion implique la pleine reconnaissance de la convention administrative.

² La procédure d'adhésion est engagée par l'ASI après signature de la totalité de la convention.

³ L'ASI communique régulièrement aux assureurs l'état le plus récent de la liste d'adhérents.

⁴ Les assureurs et l'ASI, d'un commun accord ont droit de ne pas admettre un fournisseur de prestations à la convention. Avant de prendre sa décision, les assureurs consultent l'ASI. La décision doit être notifiée au fournisseur de prestations et à l'ASI avec une indication des motifs. Le fournisseur de prestations peut saisir le tribunal arbitral cantonal en vertu de l'article 89 LAMal.

⁵ 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.

⁶ Les fournisseurs de prestations peuvent adhérer à la présente convention administrative en notifiant leur adhésion par écrit à l'ASI. Ils acquittent à l'ASI 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

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, 49 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 contribution aux 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 dans des structures de jour ou de nuit sont rémunérés selon l'art.7a al. 4 OPAS.

⁶ Une convention distincte s'applique aux soins aigus et de transition.

⁷ La convention administrative s'applique aux assurés d'Assura et SUPRA ayant le droit à l'assurance obligatoire des soins conformément à la LAMal.

Art. 4 Conditions pour les prestations

¹ L'assureur prend 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 49 OAMal.

² Les prestations sont prises en charge selon l'art.7 de l'OPAS 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 code créanciers (No RCC) valable pour le lieu où les prestations sont fournies.

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.

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 selon le modèle de l'ASI.

⁴ L'évaluation des soins 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'ASI.

² Une fois rempli de façon complète, le formulaire de déclaration des besoins doit être renvoyé à l'assureur sitôt qu'il aura été signé par le médecin et la personne responsable du service d'aide et de soins à domicile. Lorsque cela n'est pas possible, le formulaire est envoyé au plus tard avec la première facture.

³ Les dates du début du traitement et de l'ordonnance doivent être identiques. Les ordonnances à effet rétroactif ne sont pas admises.

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) Nombre prévisible d'actes de soins et de minutes par jour et la catégorie correspondante conformément à l'article 7, al. 2, let. a) à c) de l'OPAS.

Art. 7 Changement dans les soins requis

¹ Si les soins requis changent durablement, une nouvelle évaluation des besoins requis sera établie et envoyée à l'assureur.

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

¹ L'assureur prend en charge les contributions au coût des mesures d'évaluation et de conseil, 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 Avec le versement des montants selon l'art. 7a, al. 1 et 2 de l'OPAS, toutes les prestations relevant du droit de l'assurance-maladie visant des mesures de soins des différents fournisseurs de prestations selon l'art. 3, al. 4 de cette convention sont prises en charge selon l'art. 7, al. 2 de l'OPAS.

⁴ Les moyens et appareils 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. La facturation doit être détaillée et comporter le numéro de position LiMA ainsi que l'échéancier.

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 La facturation est mensuelle ou trimestrielle et conforme aux modèles de l'ASI.

³ L'assuré reçoit une copie de la facture établie par le fournisseur de prestations.

⁴ Un mandat médical existe pour la période sous facturation.

⁵ Les délais de paiement sont les suivants :

- payable dans les 25 jours en cas de facturation électronique,
- payable dans les 35 jours sans facturation électronique.

⁶ 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.

⁷ Les délais mentionnés à l'al. 6 sont arrêtés si des clarifications supplémentaires sont nécessaires au moment de la facturation concernant l'évaluation de volume de prestations (par ex. la demande de documents supplémentaires).

⁸ L'assureur motive ses contestations. Le délai de paiement est suspendu pour la partie contestée de la facture.

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 disposition.
- 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.
- 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..

Art. 11 Echange électronique de données (EED)

¹ Les assureurs et des 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.

Art. 12 Conciliation

¹ En règle générale, les litiges entre les assureurs et fournisseurs de prestations doivent être réglés directement par les parties concernées.

² Avant de procéder à un arbitrage selon l'art. 89 de la LAMal, une tentative de conciliation a lieu avec la participation de l'assureur concerné et de l'ASI pour autant que les deux parties en litige ne renoncent pas à la tentative de conciliation.

Art. 13 Entrée en vigueur / durée de validité de la convention

La présente convention entre en vigueur le 1^{er} août 2011 pour une durée indéterminée.

Art. 14 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, par une des parties. En cas de résiliation individuelle par un assureur la convention demeure valable pour l'autre partie contractante. La résiliation doit être notifiée par écrit.

² Moyennant déclaration ad hoc, les 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. La sortie concerne l'intégralité de la convention administrative et ses annexes dans leur ensemble.

Berne, le

Association suisse des infirmières et infirmiers ASI

Pierre Théraulaz
Président

Elsbeth Wandeler
Secrétaire générale

Pully, le

Assura, assurance-maladie et accident
Directeur

Responsable des négociations

Claude Reverchon

Eric Thorimbert

Lausanne, le

SUPRA Caisse-maladie
Sous-directeur

Responsable des négociations

Jean-Jacques Chapuis

Nicolas Tanner

Annexe 1: Convention sur les contrôles des assureurs maladie

1 But

Le fournisseur de soins reconnaît à l'assureur le droit de contrôler les prestations payées par lui-même, dans le cadre de la loi et de la jurisprudence. La convention se réfère uniquement pour les contrôles sur le terrain. Indépendamment de cela, l'assureur peut également exiger, par écrit, des éléments de l'évaluation des soins pour le contrôle des prestations de soins selon l'art. 8 al. 5 OPAS.

2. Qualification requise pour l'évaluation des soins

L'évaluation des soins appartient à une infirmière ou à un infirmier pouvant justifier d'une expérience professionnelle dans le domaine des soins selon LAMal. L'évaluateur doit maîtriser les instruments actuels d'évaluation des soins.

3. Capacité des contrôleurs

Les contrôleurs ne peuvent être que du personnel soignant, qui peuvent démontrer d'une expérience dans le domaine des soins. Ils doivent maîtriser les instruments actuels d'évaluation des soins.

4. Protection des données

Les données consultées ne peuvent être utilisées que dans le cadre du contrôle. Les contrôleurs sont soumis au secret professionnel selon l'art. 84 LAMal comme l'art 33 LPGA.

5. Fixation des dates de contrôle

L'assureur s'annonce par téléphone ou par écrit auprès du fournisseur de soin devant être contrôlé. Celui-ci convient d'une date avec l'assureur qui se trouve généralement dans un délai de dix jours ouvrables.

6. Mise en oeuvre des contrôles

Les documents des dossiers exigés sont présentés aux contrôleurs pour étude. Les contrôleurs consultent les documents chez le fournisseur de soins. Après l'étude des documents, une discussion des dossiers avec la responsable du plan des soins a lieu.

7. Aperçu des documents

Les documents suivants seront présentés aux contrôleurs :

- Dispositions médicales
- Evaluation des soins
- Document sur lequel apparaît la planification des soins
- Document qui rend le cours des soins possible (rapport de soins)
- Document qui montre la performance des soins, pour autant que cela ne figure pas déjà dans la documentation de soins
- Copies des factures des trois derniers mois en cas des contrôles effectués sur place

8. Preuves écrites

Après le contrôle, une justification écrite des corrections possibles doit être présentée au fournisseur de soins, dans un délai de dix jours ouvrables. Les points suivants doivent figurer :

- Nom du/des contrôleur(s)
- Date du contrôle
- Nom et adresse du/des client(s)
- Evaluation actuelle du fournisseur de soins (budget temps actuel)
- Nouveau jugement du/des contrôleur(s) (budget temps corrigé)

- Justification de la modification des besoins en soins par le(s) contrôleur(s)
- Signature(s) du/des contrôleur(s)

9. Recours / organe de contrôle et de consultation

Si le fournisseur de soins n'est pas d'accord avec le nouveau jugement, il a la possibilité de demander une tentative de conciliation à l'ASI selon l'art. 12 al. 2 de la convention administrative.

10. Entrée en vigueur des modifications des prestations de soins prévues

¹ Les modifications possibles des besoins en soins conformément à l'article 8 entrent en vigueur à partir du dixième jour après la date d'envoi de la correction par l'assureur (timbre poste). Si le jugement de l'assureur est soumis à la tentative de conciliation de l'ASI, le recours a un effet suspensif. Si la conciliation de l'ASI aboutit à ce que la modification de l'évaluation des soins demandée par l'assureur est justifiée, la modification des besoins en soins prend effet le jour suivant la conciliation.

² Sont réservés les facturations ou les formulaires de déclaration des soins manifestement abusifs ou faux pour lesquels une demande en restitution de l'indu peut être formulée.

Berne, le

Association suisse des infirmières et infirmiers ASI

Pierre Théraulaz
Président

Elsbeth Wandeler
Secrétaire générale

Pully, le

Assura, assurance maladie et accident

Claude Reverchon
Directeur

Eric Thorimbert
Responsable des négociations

Lausanne, le

SUPRA Caisse-maladie

Jean-Jacques Chapuis
Sous-directeur

Nicolas Tanner
Responsable des négociations