

Convention administrative entre l'Association suisse des infirmières et infirmiers ASI d'une part, et les assureurs signant la convention d'autre part¹

Préambule

En vue de l'introduction du nouveau régime de financement des soins, l'Association suisse des infirmières et infirmiers d'une part, et les assureurs sous-mentionnés d'autre part, concluent la présente convention administrative suivante valable pour toute la Suisse. La convention a pour but d'unifier les processus administratifs, les démarches d'assurance qualité, la définition du domaine des prestations ainsi que la réglementation de la rémunération pour les moyens et appareils. Par ailleurs, les parties à la convention expriment la volonté que la convention administrative ait valeur de modèle pour toutes les organisations d'aide et de soins à domicile. La convention est fondée sur les lois et ordonnances en vigueur au 1.1.2011.

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

Art. 1	Parties à la convention
	<p>¹ Sont parties à la présente convention administrative: d'une part l'Association suisse des infirmières et infirmiers, Choisystrasse 1, case postale 8124, 3001 Berne (par la suite « ASI ») ainsi que les fournisseurs de prestations figurant sur la liste à l'annexe 1 (par la suite « fournisseurs de prestations ») et, d'autre part, Sanitas Grundversicherungen AG ainsi que les assureurs-maladie figurant sur la liste à l'annexe 2 (par la suite « assureurs »).</p> <p>² Avec l'accord de Sanitas Grundversicherungen AG, d'autres assureurs peuvent adhérer à la présente convention. Ils figurent sur la liste à l'annexe 2 et reconnaissent les conditions de cette convention.</p> <p>³ Sanitas Grundversicherungen AG est autorisée de mener tout les actes émergeant de la présente convention, au nom et sur compte des assureurs figurant sur la liste à l'annexe 2.</p>
Art. 2	Adhésion, finance d'adhésion; exclusion
	<p>¹ L'adhésion implique la pleine reconnaissance de la convention administrative, y compris l'intégralité de ses annexes. Celles-ci, conformément à l'article 21, font partie intégrante de la présente convention.</p> <p>² La procédure d'adhésion est engagée par l'ASI après signature de la totalité de la convention.</p> <p>³ L'ASI communique régulièrement aux assureurs, représentés par tarifsuisse SA, l'état le plus récent de la liste d'adhérents.</p> <p>⁴ tarifsuisse SA a le droit de ne pas admettre un fournisseur de prestations à la convention. Avant de prendre sa décision, tarifsuisse SA consulte 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 LA-Mal.</p> <p>⁵ tarifsuisse SA et l'ASI peuvent, d'un commun accord, exclure un fournisseur de prestation de la convention administrative.</p> <p>⁶ 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.</p> <p>⁷ Les fournisseurs de prestations peuvent adhérer à la présente convention administrative en notifiant leur adhésion par écrit à l'ASI. L'adhésion à la convention administrative est gratuite pour les membres actifs de l'ASI. Les fournisseurs de prestations non membres de l'ASI 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.</p>
Art. 3	Champ d'application, prestations proposées
	<p>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.</p> <p>² La LAMal et la convention administrative distinguent entre les soins majoritairement dispensés au domicile du patient et les soins dispensés dans des structures des soins 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 et l'annexe 4 de la présente convention).</p>

	<p>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 des soins de jour ou de nuit.</p> <p>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.</p> <p>⁵ Les soins ambulatoires dans les structures des soins de jour et de nuit sont pris en charge selon l'art.7a, al. 4 de l'OPAS. Les particularités sont réglées à l'annexe 4. Par ailleurs, les dispositions de cette convention administrative sont valables.</p> <p>⁶ Les particularités concernant le traitement des plaies en cabinet infirmier sont réglées à l'annexe 6. Par ailleurs, les dispositions de cette convention administrative sont valables.</p> <p>⁷ L'attribution des prestations dans le domaine de la maternité est réglé à l'annexe 7. Par ailleurs, les dispositions de cette convention administrative sont valables.</p> <p>⁸ L'attribution des prestations dans le domaine des soins ambulatoires en psychiatrie est réglés à l'annexe 8. Par ailleurs, les dispositions de cette convention administrative sont valables.</p> <p>⁹ D'autres domaines spécialisés peuvent faire l'objet de conventions séparées.</p> <p>¹⁰ Une convention distincte s'applique aux soins aigus et de transition.</p> <p>¹¹ La convention administrative s'applique aux assurés</p> <p>a) adhérents d'un assureur visé à l'article 1, al. 2, let. b) de la présente convention administrative,</p> <p>b) et ayant droit à l'assurance obligatoire des soins conformément à la LAMaL.</p>
Art. 4	Conditions pour les prestations
	<p>¹ Les assureurs prennent en charge les coûts pour les soins ambulatoires conformément aux articles 7, al. 2 et 8 OPAS dispensés au domicile du patient, sur la base d'une évaluation des soins requis, sur prescription ou mandat médical, par des organisations d'aide et de soins à domicile et remplissant les conditions stipulées à l'article 49 OAMAL.</p> <p>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.</p>
Art. 5	L'évaluation des soins requis du patient
	<p>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.</p> <p>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).</p> <p>³ L'infirmière, conjointement avec le médecin, consigne le résultat de l'évaluation sur le formulaire de déclaration des soins requis mentionné à l'annexe 2.</p> <p>⁴ L'évaluation des besoin s'effectue au domicile de l'assuré au début des prestations et doit</p>

	<p>être achevée au plus tard 14 jours calendaires après le début de l'intervention.</p> <p>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. Une cumulation des mêmes prestations est exclue (par ex. double évaluation des soins requis, conseil et instruction). Le fournisseur de prestations qui se fait remplacer régulièrement par d'autres fournisseurs de prestations doit transmettre leur nom et leur No. RCC sur le formulaire de déclaration des besoins.</p>
Art. 6	Mandat médical / Déclaration des besoins
	<p>¹ Les prestations de soins présupposent un mandat médical. La déclaration fait état des besoins probables en soins. La déclaration s'effectue exclusivement selon le modèle de l'annexe 2.</p> <p>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.</p> <p>³ Les dates du début du traitement et de l'ordonnance doivent être identiques. Les ordonnances à effet rétroactif ne sont pas admises.</p> <p>⁴ Si l'assureur ne conteste pas la déclaration dans les 14 jours de calendrier 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.</p> <p>⁵ La Déclaration des besoins comporte les indications suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. <p>En cas de prestations dispensées conformément à l'article 3, alinéa 4 de la présente convention, la Déclaration des besoins sera complétée d'une liste des prestations conformément à l'article 7, al. 2 OPAS, avec l'indication du nombre prévisible d'interventions par prestation par jour, semaine, mois ou trimestre (exemples dans l'Appendice à l'annexe 2)</p> <p>⁶ Les parties à la convention élaborent conjointement des formulaires uniformes de Déclaration des besoins. L'utilisation de ces formulaires deviendra obligatoire à compter du 1er janvier 2012.</p>
Art. 7	Changement dans les soins requis
	<p>¹ Si les soins requis changent durablement, une nouvelle évaluation des besoins requis sera établie et envoyée à l'assureur.</p> <p>² Si les soins requis changent passagèrement au cours d'une intervention pour une durée</p>

	d'au moins 8 jours, le changement doit être annoncé à l'assureur.
Art. 8	Prise en charge, y compris pour moyens et appareils
	<p>¹ En raison de la nature personnelle du No. RCC,</p> <ul style="list-style-type: none"> • chaque infirmière ou infirmier qui participe aux soins est immatriculé, c'est-à-dire qu'elle ou il dispose de son propre No. RCC, • les prestations ne peuvent être facturées que par l'infirmière ou l'infirmier qui les a fournies personnellement, • 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. <p>² Les assureurs prennent 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.</p> <p>³ 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.</p> <p>⁴ 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 soignants 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.</p> <p>⁵ Le fournisseur de prestations ne peut pas facturer de prestations au sens de l'article 7 OPAS pendant la durée du séjour du patient dans un hôpital ou un établissement médico-social (y compris des soins aigus et de transition stationnaires), les jours d'entrée et de sortie non compris. Par ailleurs, le fournisseur de prestations ne peut pas facturer de prestations de soins ambulatoires de longue durée au sens de l'article 7 OPAS pendant que le patient reçoit des prestations ambulatoires dans le domaine des soins aigus et de transition.</p> <p>⁶ 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 diminué de 15%. La facturation doit être détaillée et comporter le numéro de position LiMA ainsi que l'échéancier.</p> <p>⁷ Pour les moyens et appareils au sens de l'annexe 2 OPAS assortis d'une limitation, l'ordonnance médicale doit être obligatoirement jointe à la première facture envoyée à l'assureur.</p> <p>⁸ Le fournisseur de prestations n'a pas le droit de facturer des médicaments à charge de l'assurance obligatoire des soins.</p>
Art. 9	Facturation et modalités de paiement
	<p>¹ Le débiteur de la rémunération au sens de cette convention administrative est l'assureur (système du tiers payant, article 42, al. 2 LAMal).</p> <p>² En dérogation à l'alinéa 1, assureurs et fournisseurs de prestations peuvent opter pour le système du tiers garant.</p> <p>³ La facturation est mensuelle ou trimestrielle et conforme aux modèles de l'annexe 3. Si plusieurs fournisseurs de prestations interviennent auprès du même assuré, ils doivent coordonner leur facturation.</p>

	<p>⁴ Dans le système du tiers payant, l'assuré reçoit une copie de la facture établie par le fournisseur de prestations.</p> <p>⁵ Un mandat médical existe pour la période sous facturation.</p> <p>⁶ Les délais de paiement dans le système du tiers payant sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - payable dans les 25 jours en cas de facturation électronique, - payable dans les 35 jours sans facturation électronique. <p>⁷ La facture porte sur les prestations dispensées sur la base d'une ordonnance médicale et prises en charge par l'assurance obligatoire des soins. Les prestations qui ne sont pas prises en charge par l'assurance obligatoire doivent être facturées séparément.</p> <p>⁸ 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).</p> <p>⁹ L'assureur motive ses contestations. Le délai de paiement est suspendu pour la partie contestée de la facture. L'assureur est tenu de rembourser la partie non contestée.</p> <p>¹⁰ 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.</p>
Art. 10	Données devant figurer sur la facture
	<p>¹ La facture comporte les données suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. <p>² Les parties à la convention élaborent conjointement des formulaires de facturation uniformes. Leur utilisation sera obligatoire à compter du 1^{er} janvier 2012.</p>
Art. 11	Echange électronique de données (EED)
	<p>¹ Les parties à la convention souhaitent réaliser l'échange électronique de données entre fournisseurs de prestations et assureurs.</p>

	<p>² Assureurs et fournisseurs de prestations peuvent convenir d'un échange électronique de données. Dans ce cas, les données administratives et médicales sont adressées par voie électronique à l'assureur conjointement à la Déclaration des besoins (en vertu de l'article 6) ou à la facture (en vertu de l'article 10). L'assureur reçoit toutes les données sous une forme structurée et électroniquement lisible.</p> <p>³ L'échange électronique des données de la Déclaration des besoins ainsi que des factures s'effectue selon les normes convenues pour la transmission des données. Ces normes sont fixées dans un document arrêté conjointement par les parties à la convention.</p>
Art. 12	Devoir d'informer
	Les fournisseurs de prestations reconnaissent que, de par la loi (et notamment le droit du mandat selon le CO), il leur incombe une obligation spéciale d'informer leurs patients sur les prestations de l'assurance-maladie sociale et sur les coûts non couverts par l'assurance obligatoire des soins.
Art. 13	Protection tarifaire
	Le fournisseur de prestations s'engage à respecter la protection tarifaire au sens de l'article 44 LAMal.
Art. 14	Efficacité, adéquation et économie des prestations
	Le fournisseur de prestations assume la responsabilité pour l'efficacité, l'adéquation et l'économie de ses prestations et du matériel utilisé (articles 32 et 56 LAMal)
Art. 15	Garantie de la qualité
	<p>¹ La garantie et la promotion de la qualité seront réglées séparément conformément aux articles 22a et 58 LAMal et à l'article 77 OAMal. Elles s'étendent aux prestations prescrites par la loi et convenues contractuellement, notamment en vertu des articles 7ss. OPAS. Elles doivent prendre effet pour tous les fournisseurs de prestations et pour les assureurs ayant adhéré à la présente convention administrative.</p> <p>² Les parties à la convention conviennent d'élaborer un programme qualité d'ici 2014.</p>
Art. 16	Obligation de renseigner du fournisseur de prestations
	<p>¹ Les assureurs sont tenus, par la loi, de vérifier, sur la base des factures qui leur sont adressées, l'obligation de prise en charge des prestations, ainsi que leur économie. A cette fin, ils effectuent les contrôles suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. examen des pièces justificatives soumises par l'organisation d'aide et de soins à domicile auprès de l'assureur, 2. examen des dossiers clients auprès du fournisseur de prestations, 3. examen de cas particulier/s auprès de l'assuré.. <p>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.</p> <p>³ Le déroulement des vérifications est réglé dans l'annexe5.</p>
Art. 17	Conciliation
	<p>¹ En règle générale, les litiges entre assureurs et fournisseurs de prestations doivent être réglés directement par les parties concernées.</p> <p>² Avant de procéder à un arbitrage selon l'art. 89 de la LAMal, une tentative de conciliation a</p>

	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. 18	Entrée en vigueur / durée de validité de la convention
	La présente convention et ses annexes entrent en vigueur le 1 ^{er} avril 2011 pour une durée indéterminée.
Art. 19	Résiliation / Sortie
	<p>¹ La convention et ses annexes peuvent être résiliées, en observant un délai de six mois, pour la fin d'une année civile, au plus tôt pour le 31.12.2011, par une des deux parties. La résiliation doit être notifiée par écrit. La résiliation de l'un des assureurs n'implique pas la dissolution de la convention administrative. La convention administrative conserve sa validité pour les autres parties.</p> <p>² Will der SBK den vorliegenden Administrativvertrag gegenüber sämtlichen Versicherern, für welche tarifsuisse ag den Administrativvertrag abgeschlossen hat, kündigen, ist er berechtigt, die Kündigung mit rechtsverbindlicher Wirkung an die tarifsuisse ag zuhanden der Vertragspartner zu richten. Das Kündigungsschreiben hat klar und unmissverständlich den Administrativvertrag, welcher aufgelöst werden soll, zu bezeichnen, verbunden mit einer eindeutigen Erklärung, wonach dieser Administrativvertrag gegenüber sämtlichen Versicherern aufgelöst wird. Die Kündigung gegenüber einzelnen Versicherern ist nicht möglich.</p> <p>³ Einzelne Leistungserbringer können unter Einhaltung einer sechsmonatigen Frist auf das Ende eines Kalenderjahres den Rücktritt vom Administrativvertrag samt Anhängen erklären. Der Rücktritt von einzelnen Bestandteilen oder einzelnen Anhängen des Administrativvertrages ist nicht möglich.</p>
Art. 20	Dispositions transitoires
	<p>¹ La disposition transitoire suivante s'applique au formulaire de Déclaration des besoins conformément à l'article 6 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour les soins ambulatoires au sens de l'article 3, al. 4 : les anciens formulaires, complétés des nouvelles prestations, restent valables jusqu'au 31.12.2011 • Pour les soins ambulatoires au sens de l'article 3, al. 5 (soins ambulatoires in house ainsi que centres de jour et de nuit), les formulaires de transition conformément aux annexes 3b et 3c restent valables jusqu'au 31.12.2011. • Les nouveaux formulaires élaborés conjointement par les parties à la convention devront être utilisés dès le 01.01.2012. <p>² La disposition transitoire suivante s'applique au formulaire de facturation conformément à l'article 10 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour les soins ambulatoires au sens de l'article 3, al. 4 : <ul style="list-style-type: none"> • Les anciens formulaires peuvent continuer d'être utilisés jusqu'au 31.12.2011. Il existe également la possibilité d'utiliser le formulaire correspondant au modèle de Formulaire de facture 4.1. (voir Forum Echange de données). • A compter du 01.01.2012, le modèle de Formulaire de facture 4.3. devra être utilisé. • Pour les soins ambulatoires au sens de l'article 3, al. 5 (soins ambulatoires in house ainsi que centres de jour et de nuit) : <ul style="list-style-type: none"> • Les 12 niveaux de contribution au sens de l'article 7a, al. 3 OPAS doivent être intégrés aux anciens formulaires. • Il existe également la possibilité d'utiliser le formulaire correspondant au modèle de Formulaire de facture 4.1. (voir Forum Echange de données) <p>³ La facturation électronique sera introduite dans les cinq ans.</p>

	⁴ L'échange électronique de données nécessite un nouveau numéro GLN. L'ASI informe ses membres sur la procédure et l'attribution d'un numéro GLN
Art. 21	Annexes
	<p>Cette convention comprend les annexes suivantes qui font partie intégrante de la convention, conformément à l'art. 2.</p> <p>Annexe 1: Liste des fournisseurs de prestations ayant adhéré à la convention administrative</p> <p>Annexe 2: Formulaire pour le mandat médical / la déclaration des besoins assortie de pièces justificatives</p> <p>Annexe 3: Formulaire de facturation</p> <p>Annexe 4: Structures de soins de jour ou de nuit</p> <p>Annexe 5: Convention relative aux contrôles effectués par les assureurs-maladies</p> <p>Annexe 6: Traitement des plaies en cabinet infirmier</p> <p>Annexe 7 L'attribution des prestations dans le domaine de la maternité</p> <p>Annexe 8 L'attribution des prestations dans le domaine des soins ambulatoires en psychiatrie</p>

Berne, le

Association suisse des infirmières et infirmiers ASI

Pierre Théraulaz
Président

Elsbeth Wandeler
Secrétaire générale

.....

Zurich, le

Sanitas Grundversicherungen AG

Dr Andreas Roos
Responsable du département des produits

Eva Tschopp
Experte spécialisée responsable des prestations

.....

	Annexe 1: Liste des fournisseurs de prestations ayant adhéré à la convention administrative
	Une liste actuelle est disponible au Secrétariat central de l'ASI

Pièces justificatives :

- Liste des prestations selon l'art. 7, al. 2 OPAS

Pièce justificative 1 de l'annexe 2

Liste des prestations selon l'art. 7, al. 2 OPAS

Nom _____ Prénom _____

Nombre	=	Nombre de prestations	
Fréquence	=	Unité :	
		<ul style="list-style-type: none"> • 2j, 3j...7j = 2, 3...7 jours par semaine • s = par semaine (hebdomadaire) • m = par mois (mensuel), a = par an • u = uniquement 	
Exemples			
Test simple du glucose dans le sang et l'urine 2 fois par jour à 7 jours par semaine	=	Nombre 2	Fréquence t7
Assistance pour un bain médical 2 fois par semaine		2	w

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. 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	administration de médicaments, en particulier par injection ou perfusion,		
	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, cataplas-		

		mes et fangos,			
	let. b ch. 13	soins destinés à la mise en oeuvre 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.			

1. Definition

Ambulante Pflegeleistungen in Tages- oder Nachtstrukturen sind:

- a) **Tages- oder Nachtstätten** wie Foyer de jour, Centro diurno, UAT-VD und andere vergleichbaren Angebote. Der/die Patientin lebt zu Hause und geht nach Hause. Innert 24 Stunden kann entweder die Tages- oder die Nachtstätte in Anspruch genommen werden. Eine Kumulation der Angebote ist nicht möglich.
- b) **Ambulante In-House-Pflege ("In-House-Spitex")** wie Seniorenresidenzen, Alterssiedlungen, betreutes Wohnen, UAT-GE, appartements/logements protégés médicalisés et non médicalisés und andere vergleichbare Angebote. Ambulante In-House-Pflege zeichnet sich durch die Verfügbarkeit und Abrufbarkeit von Hilfe- und Pflegeleistungen während 24 Stunden/Tag und 7 Tage/Woche aus. Die Pflegeleistungen werden vom Anbieter der Wohnstruktur (Vermieter, Eigentümer) ausschliesslich hausintern offeriert, geleistet und verrechnet. Die Pflegeleistungen sind somit integrierter Bestandteil der Wohnstruktur.

Diese Pflegeleistungen werden gemäss Art. 7a Absatz 4 KLV vergütet.

2. Der Leistungserbringer kann Leistungen nach Art. 7 KLV nur persönlich erbringen. Dies gilt auch für die Leistungserbringung im Rahmen von Tages- oder Nachtstrukturen.
3. Der Leistungserbringer darf über seine ZSR. Nr. nur persönlich erbrachte Leistungen abrechnen und über die ZSR. Nr. keine Tages- oder Nachtstruktur betreiben.
4. Erbringt der Leistungserbringer punktuell Leistungen im Rahmen von Tages- oder Nachtstrukturen, so erfolgt die Bedarfsabklärung und Meldung mit Formular . 9a für Tages- und, Nachtstätten und 9b. für ambulante In-House- Pflege. Die Rechnungsstellung betreffend Tages- und Nachtstätten und ambulanter In-House Pflege erfolgt mit Formular 9c.
5. Detailangaben der Bedarfsmeldung

Die Meldung umfasst folgende Angaben:

- a) Daten des Versicherten (Versichertennummer, Sozialversicherungsnummer, Versichertenkartennummer, Name, Vorname, Wohnadresse, Geburtsdatum, Geschlecht).
- b) Angabe, ob Krankheit, Unfall oder Mutterschaft.
- c) Name des Versicherers.
- d) Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.) und EAN/GLN-Nummer des Leistungserbringers; EAN/GLN-Nr. nur bei elektronischer Meldung zwingend, ansonsten sofern vorhanden.
- e) Grad der Hilflosigkeit (Hilflosenentschädigung leicht/mittel/schwer), wenn bekannt.
- f) Gültigkeitsdauer der ärztlichen Verordnung (von...bis...).
- g) Name, Zahlstellenregister- Nummer (ZSR-Nr.) und EAN/GLN-Nummer des verordnenden Arztes; EAN/GLN-Nummer nur bei elektronischer Meldung zwingend, ansonsten wenn vorhanden.
- h) Voraussichtlicher Bedarf an MiGeL-Produkten inkl. zweistelliger Nummer der Produktgruppe.
- i) Einschätzung der Selbstständigkeit.
- j) Voraussichtliche Anzahl Pfl egetätigkeiten und Minuten pro Tag und die daraus resultierenden Stufen gemäss Art. 7a Abs. 3 KLV.

6. Vergütung

Mit der Bezahlung der Beiträge gemäss Art. 7a Abs.3 KLV sind sämtliche krankensicherungsrechtlichen Leistungen für Pflegemassnahmen in Tages- oder Nachtstrukturen nach Art. 7 a Abs.4 KLV für Pflegemassnahmen nach Art. 7 Abs. 2 KLV abgegolten.

7. Die Rechnung umfasst folgende Angaben:

- a) Daten des Versicherten (Versichertennummer, Sozialversicherungsnummer, Versichertenkartennummer, Name, Vorname, Wohnadresse, Geburtsdatum, Geschlecht).
- b) Angabe ob Krankheit, Unfall oder Mutterschaft.
- c) Name des Versicherers.
- d) Vollständige Rechnungsnummer des Leistungserbringers für den betreffenden Versicherten inklusive Rechnungsdatum.
- e) Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.) und EAN/GLN-Nummer des Leistungserbringers; EAN/GLN-Nr. nur bei elektronischer Abrechnung oder wenn vorhanden.
- f) Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.) und EAN/GLN-Nummer des verordnenden Arztes; EAN/GLN-Nr. nur bei elektronischer Abrechnung oder wenn vorhanden.
- g) Grad der Hilflosigkeit (Hilflosenentschädigung leicht/mittel/schwer), wenn bekannt.
- h) Gültigkeitsdauer der ärztlichen Verordnung(en) für die Rechnungsperiode.
- i) Komplette MiGeL-Positions Nr. und Menge.
- j) Kalendarium mit der entsprechenden Beitragsstufe.

8. Im Übrigen gelten die Bestimmungen des dem Anhang zugrunde liegenden Administrativvertrages...

9. Formulare

- Bedarfsmeldeformulare 9 a und b:
- a: Für Tages- oder Nachtstätten: Definitive Version pendent. Übergangslösung: Übergangsformular (Beilage)
- b: Für In-House-Pflege: Definitive Version pendent. Übergangslösung: Übergangsformular (Beilage)

9 a Ärztliche Anordnung / Bedarfsmeldung für Tages- oder Nachtstätten

Ärztliche Anordnung /Bedarfsmeldeformular für Tages- oder Nachtstätten

Name Krankenversicherer.....
 Vorname..... Versicherten-Nr.
 Strasse
 PLZ/Ort falls Leistungen nach UVG:
 Geburtsdatum Unfallversicherer

Geschlecht weiblich männlich

Aufenthalt wegen: Krankheit Invalidität Unfall

Hilflosenentschädigung: keine leicht mittel schwer

Anordnung: 1. Anordnung Fortsetzungsanordnung

Dauer (Art. 8 KLV) gültig für: 3 Monate 6 Monate von bis

Zusätzlicher Bezug von Pflegeleistungen: nein ja

wenn ja, durch (Name & ZSR.Nr.)

	Selbstständigkeit				Bemerkungen		
	--	-	+	++			
Verstehen und sich ausdrücken							
Sich orientieren							
Mitwirkungsfähigkeit / Compliance / Adherence							
					Pflegetätigkeiten		Bemerkungen
					einmal	mehrmals	
Sich bewegen / Mobilität							
Essen und trinken							
Sich waschen und kleiden							
Ausscheiden							
Behandlungspflege Art. 7 Abs. 2 b KLV							
Andere Leistungen (beschreiben):							
Total Minuten							
Stufe gemäss Art. 7a KLV							

Aufenthaltsstage in der Tages- / Nachtstätte	pro Woche	pro Monat
Dauer pro Aufenthaltstag von bis Uhr		
Dauer pro Aufenthaltstag von bis Uhr		

Besonderes:

Name der Organisation: **Ärztin/Arzt:**

ZSR Nummer: ZSR Nummer:

Datum: Datum:

Unterschrift: Unterschrift:

Das Bedarfsmeldeformular muss spätestens 14 Kalendertage nach Pflegebeginn zusammen mit der Ärztin/dem Arzt ausgefüllt werden. Die Tagesstätte sendet das vollständige Original an den Versicherer und informiert involvierte Spitex-Organisationen oder selbstständig Pflegenden über den Aufenthalt.

9 b Ärztliche Anordnung / Bedarfsmeldung für ambulante In-House-Pflege („In-House-Spitex“)

Ärztliche Anordnung / Bedarfsmeldung für ambulante In-House-Pflege

Name Krankenversicherer.....
 Vorname Versicherten-Nr.
 Strasse
 PLZ/Ort falls Leistungen nach UVG:
 Geburtsdatum Unfallversicherer

Geschlecht weiblich männlich

Behandlungsgrund: Krankheit Invalidität Unfall

Hilflosenentschädigung: keine leicht mittel schwer

Anordnung: 1. Anordnung Fortsetzungsanordnung

Dauer (Art. 8 KLV) gültig für: 3 Monate 6 Monate von bis

Zusätzlicher Bezug von Pflegelösungen: nein ja
 wenn ja, durch (Name & ZSR.Nr.)

	Selbstständigkeit				Bemerkungen		
	--	-	+	++			
Verstehen und sich ausdrücken							
Sich orientieren							
Mitwirkungsfähigkeit / Compliance / Adherence							
					Pflegetätigkeiten	Total Minuten	Bemerkungen
Sich bewegen / Mobilität					einmal	mehrmals	pro Tag
Essen und trinken							
Sich waschen und kleiden							
Ausscheiden							
Behandlungspflege Art. 7 Abs. 2 b KLV							
Andere Leistungen (beschreiben):							
Total Minuten							
Stufe gemäss Art. 7a KLV							

Behandlungstage In-House-Pflege	pro Woche	pro Monat
Anzahl Tage		

Besonderes:

Name der Organisation: **Ärztin/Arzt:**

ZSR Nummer: ZSR Nummer:

Datum: Datum:

Unterschrift: Unterschrift:

Das Bedarfsmeldeformular muss spätestens 14 Kalendertage nach Pflegebeginn zusammen mit der Ärztin/dem Arzt ausgefüllt werden. Die ambulante In-House-Pflege sendet das vollständige Original an den Versicherer.

Rechnungsformular 9c:
Definitive Version pendent

Übergangsformular in der Beilage

RECHNUNG für Tages- oder Nachtstrukturen nach Artikel 7 Absatz 2ter KLV							
Personalien Kunden/in			Name und Adresse der Versicherung				
Name _____							
Vorname _____							
Adresse _____							
PLZ/Ort _____							
Telefon _____							
Geburtsdatum _____							
Versicherten-Nr. _____							
Verordnender Arzt/Ärztin			Pflegefachfrau/Pflegefachmann				
Name _____			Name _____				
Vorname _____			Vorname _____				
Adresse _____			Adresse _____				
PLZ/Ort _____			PLZ/Ort _____				
Telefon _____			Telefon _____				
ZSR-Nummer _____			ZSR-Nummer _____				
<p>Es handelt sich um: <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Invalidität <input type="checkbox"/> Prävention <input type="checkbox"/> Mutterschaft</p> <p>Die Behandlung ist: <input type="checkbox"/> abgeschlossen <input type="checkbox"/> muss weitergeführt werden</p> <p>Kalendarium (letzte Einstufung im Vormonat):</p> <p>Ausgeführte Leistungen nach KLV 7 von..... bis</p>							
Datum	Pflegebedarf (Stufe nach KLV 7a Abs. 3 a bis l)	CHF	Datum	Pflegebedarf (Stufe nach KLV 7a Abs. 3 a bis l)	CHF		
Material gemäss MiGeL		Positionsnummer	Material gemäss MiGeL		Positionsnummer		
Gesamttotal KLV 7 Anzahl Tage			CHF				
Gesamttotal KLV 7 Anzahl Nächte			CHF				
Gesamttotal Material gemäss MiGeL			CHF				
Rechnungsdatum:			<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">Rechnungsbetrag</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">CHF</td> </tr> </table>			Rechnungsbetrag	CHF
Rechnungsbetrag							
CHF							

Version April 2011

Annexe 5: Accord relatif aux contrôles effectués par l'assureur

1. Examen auprès de l'assureur

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

1ère étape :

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

- Formulaire de déclaration des besoins conformément à l'article 6
- Formulaire de facturation conformément à l'article 10
- Planification des soins (à annexer à la Déclaration des besoins) : Liste des prestations conformément à l'article 7 al. 2 OPAS

2ème étape :

Sous réserve de l'article 42, al. 5 LAMal, le fournisseur de prestations met à la disposition de l'assureur d'autres pièces pertinentes si celui-ci en fait la demande.

2. Examen auprès du fournisseur de prestations

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

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

3. Examen du cas particulier auprès de l'assuré

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

- L'assureur informe l'assuré du but de sa visite et convient d'un rendez-vous avec lui. La visite de contrôle peut avoir lieu dans le cadre d'une intervention régulière du fournisseur de prestations. Dans ce cas, l'assureur informe le fournisseur de prestations au moins 14 jours calendaires avant la visite prévue.
- Une fois la visite de contrôle effectuée, l'assureur doit adresser par écrit ses conclusions au fournisseur de prestations dans les dix jours.

	Annexe 6: Traitement des plaies en cabinet infirmier
--	---

en suspens

	Annexe 7 L'attribution des prestations dans le domaine de la maternité
--	---

en suspens

	Annexe 8: L'attribution des prestations dans le domaine des soins ambulatoires en psychiatrie
--	--

en suspens