

---

# Convention administrative

entre

**Aide et soins à domicile Suisse**

**Effingerstrasse 33**

**3008 Berne**

**Association Spitex Privée Suisse (ASPS)**

**Uferweg 15**

**3013 Berne**

ci-après nommées « **associations** »

et

**Communauté d'achat HSK SA**

**Zürichstrasse 130**

**8600 Dübendorf**

ci-après nommée « **HSK** »

(**Adresse postale** : Communauté d'achat HSK SA, Case postale, 8081 Zurich)

– appelées collectivement « **parties à la convention** » –

concernant

**la rémunération des prestations obligatoires LAMal dispensées dans le cadre des soins ambulatoires par des organisations de soins et d'aide à domicile.**

**Valable dès le 01.04.2023**

## Sommaire

Art. 1	Parties à la convention .....	4
Art. 2	Adhésion à la convention et retrait de celle-ci par les assureurs.....	4
Art. 3	Adhésion à la convention et retrait de celle-ci par les fournisseurs de prestations .....	4
Art. 4	Champ d'application et étendue des prestations .....	5
Art. 5	Obligations du fournisseur de prestations et des assureurs .....	5
Art. 5.1	Obligations du fournisseur de prestations .....	5
Art. 5.2	Obligations des assureurs .....	6
Art. 6	Conditions d'octroi des prestations .....	6
Art. 7	Prescription médicale, évaluation, déclaration et modification des soins requis .....	6
Art. 7.1	Prescription médicale, évaluation des soins requis.....	6
Art. 7.2	Déclaration des soins requis adressée aux assureurs .....	7
Art. 7.3	Changement dans les soins requis.....	8
Art. 8	Prise en charge, y compris pour moyens et appareils.....	8
Art. 9	Facturation et modalités de paiement.....	9
Art. 9.1	Facturation.....	9
Art. 9.2	Modalités de paiement .....	9
Art. 10	Echange électronique de données (EDI).....	10
Art. 11	Economicité et assurance qualité, réalisation des contrôles.....	10
Art. 12	Qualification minimale du personnel.....	10
Art. 13	Validité des versions linguistiques.....	11
Art. 14	Début, durée et résiliation de la convention.....	11
Art. 15	Annexes à la convention .....	11
Art. 16	Réserve de la forme écrite.....	11
Art. 17	Clause salvatrice.....	12
Art. 18	Droit applicable / instance de conciliation .....	12
Art. 19	Dispositions finales.....	12
Art. 20	Dispositions transitoires .....	12
Anhang 1	- Assureurs affiliés .....	14
Anhang 2	- Formulaire de déclaration des soins requis / appendice à la déclaration des soins requis...	15

Anhang 3 - Personnel spécialisé .....	19
Anhang 4 - Accord relatif aux contrôles effectués par les assureurs .....	21
Anhang 5 - Prise en charge des moyens et appareils .....	23

## Art. 1 Parties à la convention

Les parties à la présente convention sont Aide et soins à domicile Suisse et Association Spitex privée Suisse (ASPS), ci-après nommées « associations », ainsi que la Communauté d'achat HSK SA, ci-après nommée « HSK ».

## Art. 2 Adhésion à la convention et retrait de celle-ci par les assureurs

- 1 La présente convention est valable pour tous les assureurs affiliés à la Communauté d'achat HSK, pour autant qu'ils ne communiquent pas par écrit dans les 14 jours suivant la signature de la convention qu'ils ne souhaitent pas adhérer à la convention.
- 2 Les assureurs ayant adhéré à la présente convention sont mentionnés à l'annexe 1. En cas de modifications, HSK informe les associations ainsi que tous les assureurs affiliés.
- 3 Les assureurs qui ne sont pas affiliés à HSK peuvent adhérer à la présente convention au moyen d'une déclaration écrite. Ils doivent s'acquitter d'une taxe d'adhésion et d'une contribution annuelle aux frais. Les détails sont réglés hors du cadre de la présente convention.
- 4 Les assureurs ayant adhéré à la présente convention, ci-après « assureurs », acceptent sans réserve l'ensemble des dispositions de celle-ci, annexes incluses.
- 5 Chaque assureur peut se retirer de la convention, en respectant un délai de préavis de six mois, au 31 décembre de chaque année, et pour la première fois au 31 décembre 2023. La déclaration de retrait doit parvenir à HSK par écrit et dans le délai imparti. La convention reste valable dans sa totalité pour tous les autres assureurs.

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

- 1 Tous les fournisseurs de prestations qui remplissent les conditions de l'art. 51 OAMal et disposent d'une autorisation en vertu du droit cantonal peuvent adhérer à la présente convention. Si une organisation possède plusieurs numéros RCC actifs (p. ex. dans différents cantons), elle doit adhérer à la convention séparément pour chacun des numéros.
- 2 La procédure d'adhésion est lancée par les associations après signature complète de la présente convention administrative. Les dispositions de la loi sur l'assurance maladie s'appliquent. Les associations sont seules compétentes pour régler plus précisément les adhésions et les sorties. HSK n'assume aucune tâche ni responsabilité en la matière.
- 3 En cas de besoin, HSK est en droit de demander à Aide et soins à domicile Suisse ou à l'ASPS la copie du formulaire d'adhésion d'un fournisseur de prestations.
- 4 Les fournisseurs de prestations qui ne sont pas membres de l'une des associations peuvent aussi adhérer à la convention. La procédure d'adhésion (p. ex. frais d'adhésion) se fonde sur les conditions des associations.

- 5 Les fournisseurs de prestations ayant adhéré à la présente convention acceptent sans réserve l'ensemble des dispositions de celle-ci, annexes incluses.
- 6 Les associations envoient à HSK par e-mail : mail@ecc-hsk.info la liste actuelle des adhérents. Elles informent HSK de toute modification, au moins semestriellement. Pour les fournisseurs de prestations qui ont adhéré à la convention administrative précédente avec HSK jusqu'au 31.03.2023, la disposition transitoire selon l'art. 20 de la présente convention s'applique.
- 7 Chaque fournisseur de prestations peut, en respectant un délai de six mois, se retirer de la convention pour la fin d'une année civile. Il n'est pas possible de se retirer de certains points de la convention ou de certaines annexes ou vis-à-vis de certains assureurs. Les fournisseurs de prestations remettent leur déclaration de retrait par écrit à leur association. Cette dernière en informe immédiatement HSK. La convention reste valable dans sa totalité pour toutes les autres parties et fournisseurs de prestations.

#### **Art. 4 Champ d'application et étendue des prestations**

- 1 La présente convention règle le déroulement administratif applicable aux prestations de soins ambulatoires au sens des art. 25a LAMal, 51 OAMal et 7 ss OPAS.
- 2 La convention s'applique aux assurés ayant droit aux prestations d'une assurance obligatoire des soins (AOS) souscrite auprès d'un assureur mentionné à l'annexe 1.
- 3 La LAMal et la présente convention font la distinction entre les soins majoritairement dispensés au domicile du patient et ceux dispensés dans des structures de jour ou de nuit. La présente convention s'applique aux deux types de soins ambulatoires susmentionnés. Toutefois une différence existe au niveau de la rémunération des soins (cf. art. 8 de la présente convention).
- 4 Les fournisseurs de prestations doivent disposer d'un numéro RCC distinct pour chacun des domaines suivants : soins de longue durée, soins aigus et de transition et structures de jour ou de nuit.
- 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.
- 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 une structure de jour, soit une structure de nuit. Les prestations ne sont pas cumulables. La rémunération s'effectue sur la base de l'art. 7a, al. 4, OPAS.

#### **Art. 5 Obligations du fournisseur de prestations et des assureurs**

##### **Art. 5.1 Obligations du fournisseur de prestations**

- 1 Les informations suivantes doivent figurer sur toute la correspondance échangée 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 : n° RCC, GLN
- 2 Le fournisseur de prestations est tenu de donner à ses patients, avant le début de la prestation, des explications concernant les prestations de l'assurance obligatoire des soins et, en particulier, les frais non couverts par celle-ci.
  - 3 Le fournisseur de prestations s'engage à respecter la protection tarifaire selon l'art. 44 LAMal.

## **Art. 5.2 Obligations des assureurs**

- 1 La disposition de l'art. 5.1, al. 1 s'applique également à l'assureur.
- 2 L'assureur n'a l'obligation d'allouer des prestations que dans la mesure où d'autres organismes payeurs, selon la LAA, la LAI ou la LAM en particulier, n'ont pas à prendre en charge les coûts correspondants. L'obligation de prise en charge provisoire des prestations selon les dispositions légales (art. 70 LPGa) prime sur la présente convention contractuelle.

## **Art. 6 Conditions d'octroi des prestations**

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 de l'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 stipulées à l'art. 51 OAMal.

## **Art. 7 Prescription médicale, évaluation, déclaration et modification des soins requis**

### **Art. 7.1 Prescription médicale, évaluation des soins requis**

- 1 Les prestations de soins requièrent un mandat médical ou une prescription médicale selon l'art. 8 OPAS. L'évaluation des soins requis, selon l'art. 8a OPAS est effectuée par un prestataire de soins. Les fournisseurs de prestations sont libres de choisir l'instrument standardisé d'évaluation des soins requis qu'ils souhaitent utiliser.
- 2 L'évaluation écrite des soins requis comporte l'appréciation de l'état général du patient et l'évaluation de son environnement, des soins et de l'aide dont il a besoin (cf. art. 8a, al. 3, OPAS).
- 3 Le résultat doit être consigné dans le formulaire de déclaration des soins requis (des exemples figurent aux annexes 2a et b).
- 4 L'évaluation des soins requis se fait auprès du patient au début de la prestation et doit être achevée au plus tard dans les 14 jours calendaires suivant le début de l'intervention.

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

## Art. 7.2 Déclaration des soins requis adressée aux assureurs

- 6 La déclaration des soins requis indique les besoins probables en soins. La planification des prestations de soins s'effectue sur la base du « Catalogue des prestations d'Aide et soins à domicile », dans lequel les prestations sont décrites et précisées conformément à l'art. 7, al. 2, OPAS (site Internet Aide et soins à domicile Suisse : Rubrique Bases-et-developpement/Qualite/Differents-instruments : <https://www.spitex.ch/Bases-et-developpement/Qualite/Differents-instruments/PouRP/>). Sur le formulaire de déclaration des soins requis, les organisations d'aide et de soins à domicile indiquent le temps estimé nécessaire selon l'art. 8a, al. 4, OPAS. Les prestations effectivement fournies sont facturées en tenant compte de l'art. 7.3 de la présente convention.

- 1 Le formulaire de déclaration des soins requis, dûment rempli, doit être transmis à l'assureur dans un délai d'une semaine, mais au plus tard avec la première facture mensuelle, 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. Sans déclaration valable des soins requis, aucune prestation ne sera remboursée par l'assureur. Les ordonnances avec effet rétroactif ne sont pas admises.
- 2 La déclaration des soins requis standardisée convenue entre les parties peut également être transmise à l'assureur par voie électronique, sous une forme structurée. Pour les prestations b de l'OPAS, il incombe au fournisseur de prestations de soumettre si nécessaire à l'assureur le formulaire de déclaration des soins requis signé par le médecin.
- 3 Si l'assureur ne conteste pas la déclaration dans un délai de 15 jours ouvrables à compter de sa réception, l'obligation d'allouer les prestations s'applique sous réserve de l'art. 6 de la présente convention et des procédures de contrôle définies à l'annexe 4.
- 4 La déclaration des soins requis comporte les informations suivantes :
  - a) Coordonnées et données de l'assuré (nom / prénom / date de naissance / lieu de domicile / numéro d'assuré et numéro d'assurance sociale)
  - b) Motif du traitement : maladie, accident ou maternité
  - c) Nom de l'assureur
  - d) N° RCC et n° GLN du fournisseur de prestations si disponible
  - e) N° RCC et n° GLN du médecin prescripteur si disponible
  - f) Degré d'impotence (allocation pour impotence légère/moyenne/grave) si connu
  - g) Début et durée de validité de l'ordonnance médicale

En cas de prestations ambulatoires dispensées conformément à l'art. 4, al. 5 de la présente convention :

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

- i) La déclaration des soins requis sera complétée par une liste des prestations en vertu de l'art. 7, al. 2, OPAS basée sur le catalogue des prestations d'aide et de soins à domicile (appelée liste des prestations prévues), 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 à l'art. 4, al. 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

### **Art. 7.3 Changement dans les soins requis**

- 1 Si le besoin en soins requis change durablement, une nouvelle évaluation sera effectuée.
- 2 Si le besoin en soins requis change temporairement en cours d'intervention et dépasse de manière significative le nombre de minutes prescrites, cette modification doit être signalée par écrit.

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

- 1 Les assureurs contribuent au coût de l'évaluation, des conseils, de la coordination, de l'examen et du traitement, ainsi que des soins de base au sens de l'art. 7a OPAS.
- 2 Le fournisseur de prestations facture les prestations de soins effectivement dispensées en tenant compte de l'art. 7.3 de la présente convention.
- 3 Paiement des contributions :
  - a) Toutes les prestations de soins relevant de l'assurance-maladie au sens de l'art. 7, al. 2, OPAS et dispensées par les différents fournisseurs de prestations visés à l'art. 4 al. 5 de la présente convention sont prises en charge conformément à l'art. 7a, al. 1 et 2, OPAS.
  - b) Toutes les prestations de soins relevant de l'assurance-maladie au sens de l'art. 7, al. 2, OPAS et dispensées dans des structures de jour ou de nuit conformément à l'art. 7a, al. 4, OPAS et l'art. 4, al. 6 de la présente convention sont prises en charge en vertu de l'art. 7a, al. 3, OPAS.
- 4 Le fournisseur de prestations ne peut pas facturer de prestations selon l'art. 7 OPAS pendant la durée du séjour du patient dans un hôpital ou un établissement médico-social (y c. les soins aigus et de transition stationnaires). Cela ne s'applique pas aux jours d'entrée et de sortie, ni aux évaluations des soins requis et aux 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 bénéficie de prestations ambulatoires de soins aigus et de transition.
- 5 Les modalités de facturation des moyens et appareils délivrés sur ordonnance médicale sont réglées à l'annexe 5.

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

## Art. 9 Facturation et modalités de paiement

### Art. 9.1 Facturation

- 1 La facturation est mensuelle et électronique, conformément aux standards actuels du Forum Datenaustausch.
- 2 Si, en dérogation à l'al. 1, certains fournisseurs de prestations ne peuvent pas procéder à l'échange de données par voie électronique, les formulaires de facturation et autres documents doivent être transmis en version papier (facture conforme au standard de facturation du Forum Datenaustausch).
- 3 Le « Guide pour la facturation des prestations de soins » (<https://www.sasis.ch>) sert de directive pour la mise en œuvre concrète du décompte.
- 4 La facture comporte les informations suivantes :
  - a) Date et numéro de facture
  - b) Coordonnées et données de l'assuré (nom / prénom / date de naissance / lieu de domicile / numéro d'assuré et numéro d'assurance sociale)
  - c) Motif du traitement : maladie, accident ou maternité
  - d) Nom de l'assureur
  - e) N° RCC et n° GLN du fournisseur de prestations (l'indication du n° GLN n'est obligatoire qu'en cas de déclaration électronique ; sinon, selon disponibilité)
  - f) N° RCC et n° GLN du médecin prescripteur (l'indication du n° GLN n'est obligatoire qu'en cas de déclaration électronique ; sinon, selon disponibilité)
  - g) Pour la LiMA : tarif 454, n° de position LiMA complets et quantité, montant maximal de remboursement des soins selon la LiMA, par produit

En cas de prestations ambulatoires dispensées conformément à l'art. 4, al. 5 de la présente convention :

- h) 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, échéancier

En cas de prestations dispensées dans des structures de jour ou de nuit conformément à l'art. 4, al. 6 de la présente convention :

- i) Echéancier avec le niveau de contribution correspondant

### Art. 9.2 Modalités de paiement

- 1 Les parties à la convention conviennent que l'assureur est débiteur du paiement selon l'art. 7a OPAS (système du tiers payant).

- 2 Le fournisseur de prestations peut convenir, en dérogation à l'al. 1, que la personne assurée est la débitrice de la rémunération pour les prestations (système du tiers garant). Le fournisseur de prestations en informe la personne assurée en temps utile avant de fournir les prestations. Ce choix doit être effectué au moment de l'adhésion à la présente convention et peut être modifié avec effet au début d'une année civile, moyennant un préavis de six mois. Une modification pour certains patients individuellement n'est pas autorisée.
- 3 L'assureur prend uniquement en charge les factures conformes à la loi et à la présente convention.
- 4 Les fournisseurs de prestations ne facturent aux assureurs que les prestations obligatoires mentionnées dans la présente convention. En particulier, les prestations qui ne sont pas prises en charge par l'assurance obligatoire des soins doivent être facturées séparément conformément à l'art. 59, al. 2, OAMal.
- 5 L'assureur verse la rémunération due au fournisseur de prestations dans un délai de 30 jours. Un délai de 30 jours s'applique en cas de décompte électronique.
- 6 Ce 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.
- 7 En cas de contestation justifiée, les délais de paiement visés à l'art. 9.2, al. 5 sont suspendus. La partie non contestée reste due par l'assureur.

### **Art. 10 Echange électronique de données (EDI)**

Les parties contractantes souhaitent continuer à promouvoir l'échange électronique de données entre les fournisseurs de prestations et les assureurs.

### **Art. 11 Economicité et assurance qualité, réalisation des contrôles**

- 1 Le fournisseur de prestations s'engage à fournir des prestations efficaces, appropriées et économiques, tout en respectant les standards de qualité actuels.
- 2 En vertu de la loi, les assureurs sont tenus de vérifier l'obligation d'allouer des prestations et leur économicité (EAE) sur la base des factures qui leur sont adressées. La procédure relative à ces contrôles EAE dans le cadre de l'art. 32 LAMal est convenue et réglementée en détail dans l'annexe 4.
- 3 La mise en œuvre des contrôles de l'économicité selon l'art. 56 LAMal ne fait pas l'objet de cette convention.

### **Art. 12 Qualification minimale du personnel**

Les conditions à remplir par le personnel nécessaire au sens de l'art. 51, let. c, OAMal, sont décrites aux annexes 3a, 3b et 6.

- a) Dans la mesure où les prestations de soins ambulatoires au sens de l'art. 4, al. 5 de la présente convention sont concernées, l'annexe 3a) s'applique.

- b) Dans la mesure où les prestations de soins ambulatoires au sens de l'art. 4, al. 6 de la présente convention sont concernées, l'annexe 3b) s'applique.
- c) Dans la mesure où les prestations de soins ambulatoires sont dispensées par des proches soignants employés par le fournisseur de prestations, l'annexe 6 s'applique.

### Art. 13 Validité des versions linguistiques

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

### Art. 14 Début, durée et résiliation de la convention

- 1 La présente convention entre en vigueur au 1<sup>er</sup> avril 2023 et est conclue pour une durée indéterminée.
- 2 Elle peut être résiliée par chacune des parties contractantes pour la fin d'une année civile moyennant un préavis de 12 mois, pour la première fois le 31 décembre 2024.
- 3 Elle remplace tous les contrats ou toutes les conventions ayant le même objet et impliquant les fournisseurs de prestations, assureurs et associations soumis à la présente convention ainsi que HSK. Sont également concernés les contrats et conventions conclus avec d'éventuelles organisations antérieures.

### Art. 15 Annexes à la convention

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

**Annexe 1** : Assureurs affiliés

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

**Annexe 3** : Personnel spécialisé

**Annexe 4** : Accord relatif aux contrôles effectués par les assureurs-maladie

**Annexe 5** : Moyens et appareils

**Annexe 6** : Proches soignants

### Art. 16 Réserve de la forme écrite

Toute modification ou tout complément apporté à la présente convention ou à ses annexes requiert la forme écrite et doit être dûment signé par les parties à la convention.

### Art. 17 Clause salvatrice

Si une ou plusieurs dispositions de la présente convention venaient à être nulles, caduques ou sans effet, la validité de la convention n'en serait pas affectée par ailleurs. Toute disposition nulle, caduque ou sans effet devra être remplacée par une réglementation se rapprochant autant que possible de l'esprit et de la signification économique souhaités par les parties. Si une modification relève des dispositions de l'art. 46, al. 4, LAMal, l'approbation constitutive du gouvernement cantonal compétent demeure réservée.

### Art. 18 Droit applicable / instance de conciliation

- 1 En règle générale, les litiges entre assureurs et fournisseurs de prestations doivent être réglés directement par les parties concernées.
- 2 Dans certains cas graves ou en cas d'accumulation de problèmes similaires, les parties à la convention peuvent être impliquées dans le processus de clarification.
- 3 La présente convention est soumise au droit suisse.
- 4 La procédure en cas de litige se fonde sur l'art. 89 LAMal.

### Art. 19 Dispositions finales

La présente convention est établie et signée en 3 exemplaires. Un exemplaire de la convention est destiné à chacune des parties.

### Art. 20 Dispositions transitoires

La présente convention déploie pleinement ses effets pour les fournisseurs de prestations qui ont adhéré à la convention administrative précédente conclue avec HSK. 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 nouvelle version de la présente convention.

Pour **Aide et soins à domicile Suisse** :

Berne, .....

.....

Thomas Heiniger  
Président

.....

Cornelis Kooijman  
Co-directeur

Pour l'**Association Spitex Privée Suisse (ASPS)** :

Berne, .....

.....

Pirmin Bischof  
Président

.....

Marcel Durst  
Directeur

Pour la **Communauté d'achat HSK SA** :

Dübendorf, .....

.....

Eliane Kreuzer  
Directrice

.....

Manuela Schär  
Responsable des négociations | Gestionnaire tarifaire  
Soins

---

## Anhang 1 - Assureurs affiliés

(Etat 01.01.2023)

Ont adhéré à la présente convention les assureurs suivants :

- **Helsana Assurances SA**
- **Sanitas Assurances de base SA**
- **KPT Caisse-maladie SA**

---

## Anhang 2 - Formulaire de déclaration des soins requis / appendice à la déclaration des soins requis

2a) Appendices à la déclaration des soins requis

- Liste des prestations visées à l'art. 7, al. 2, OPAS (exemple)
- Liste des prestations prévues (exemple)

2b) Formulaire de déclaration des soins requis pour les structures de jour ou de nuit conformément à l'art. 4, al. 6 de la présente convention

**Annexe 2a : Liste des prestations visées à l'art. 7, al. 2, OPAS (exemple)**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

<b>Nombre</b>	=	Nombre de prestations	
<b>Fréquence</b>	=	Unité : 2j, 3j...7j = 2,3...7 jours par semaine <ul style="list-style-type: none"> <li>s = par semaine (hebdomadaire)</li> <li>m = par mois (mensuel) a = par an (annuel)</li> <li>u = unique</li> </ul>	
<b>Exemples</b>			
<b>Détermination simple de la glycémie et de la glycosurie 2 fois par jour 7 jours sur 7</b>	=	Nombre 2	Fréquence 7j
<b>Assistance lors du bain médicamenteux 2 fois par semaine</b>	=	2	f
<b>Cocher lorsqu'une prestation est prévue</b>		<b>Description détaillée de la prestation (selon l'art. 7, al. 2, OPAS)</b>	<b>Nombre : combien de fois la prestation doit-elle être</b>
			<b>Fréquence : unité de la prestation prévue</b>
		Evaluation des besoins, etc.	
		Conseils au patient, etc.	
		Coordination des mesures	
		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 médicaux partiels ou complets,	
		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 les 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 (exemple)

Müller	Doris
Nom	Prénom
Numéro d'assuré	Numéro du cas.

Saisir le numéro du catalogue des prestations, compléter les colonnes « Qui » et « Edu ». Saisir le nombre, l'unité et la durée si différent du standard ou si la mention s.b. (selon besoin) figure dans le catalogue des prestations.

N°	Description de la prestation (facultatif)	Qui	Edu	Nbr.	Fréq.	Durée	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	Etablir un plan d'intervention pour les soins (1 <sup>ère</sup> fois)							a
10906	Bilan de l'évolution de l'état de santé							a
10907	Consultation médecin et service à domicile au							a
10909	Instructions/conseils au client ou aux proches							a
20012	Nettoyage hebdomadaire (logement de 4							Non
20014	Nettoyage cuisine/salle de bains							

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 n° 10099 non listées dans la colonne 2

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

QUI : S = organisation Aide et soins à domicile / Edu. = éducation / Nb. = nombre

Fréq. = 2j, 3j,.... 7j : 2, 3 .... 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 Aide et soins à domicile



## Anhang 3 - Personnel spécialisé

a) Prestations de soins ambulatoires au sens de l'art. 4, al. 5				
	Formation / dénomination professionnelle	Evaluation, conseil et coordination	Soins de base	Examens et traitements
Degré tertiaire	<b>Infirmier/-ère diplômé/e ES / HES</b> (diplômes selon l'ancien droit : SIG, infirmier/-ère de santé publique, PSY, HMP, DN I, DN II, infirmier/-ère diplômé/e)	Oui	Oui	Oui
	<b>EP Assistant/-e spécialisé/-e en soins de longue durée et accompagnement (examen professionnel)</b>	Non	Oui	Oui
Degré secondaire II	<b>Assistant/e en soins et santé communautaire (ASSC) CFC</b> (diplômes selon l'ancien droit : IAS (CC CRS ; aide familiale CFC ou diplômé/e avec module complémentaire en soins thérapeutiques)	Non	Oui	Oui <sup>1)</sup>
	<b>Assistant/e socio-éducatif/-ive (ASE) CFC, orientation personnes âgées ou handicapées</b> (diplômes selon l'ancien droit : accompagnateur/-trice pour personnes âgées)	Non	Oui	Oui <sup>1)</sup> , uniquement avec module complémentaire en soins thérapeutiques
	<b>Assistant/e médical/e (AM) CFC</b>	Non	Limités à de simples gestes d'assistance	Oui <sup>1)</sup>
	<b>Aide en soins et accompagnement (ASA) AFP</b>	Non	Pas de soins de base complets avec responsabilité du dossier	Aide pour l'administration de médicaments <sup>1)</sup>
En-dehors du système éducatif	<b>Aide-soignant/e</b>	Non	Pas de soins de base complets avec responsabilité pour le dossier	Non
	<b>Auxiliaire de santé<sup>2)</sup></b>	Non	Pas de soins de base complets avec responsabilité pour le dossier	Non
<sup>1)</sup> selon les dispositions en vigueur en matière de formation et l'expérience professionnelle <sup>2)</sup> reconnaissance de la formation selon la procédure de reconnaissance des associations d'aide et de soins à domicile		L'équivalence des autres diplômes professionnels ainsi que des diplômes étrangers est examinée au cas par cas.  Les titulaires de diplômes du degré secondaire II travaillent toujours sous la supervision, les instructions et la responsabilité d'un/e titulaire de diplôme du degré tertiaire. Les éventuelles réglementations divergentes dans certains cantons doivent être prises en compte.		

**b) Prestations de soins ambulatoires au sens de l'art. 4, al. 6**

Dans les structures de soins de jour ou de nuit, la responsabilité générale incombe à un prestataire de soins diplômé, présent sur place ou remplacé par une personne adéquate.

## Anhang 4 - Accord relatif aux contrôles effectués par les assureurs

La loi impose aux assureurs de vérifier, par des procédures de contrôle, l'efficacité, l'adéquation et l'économicité (EAE) des prestations facturées (art. 32 LAMal et art. 8c OPAS).

Si le contrôle met en évidence que les prestations facturées ne respectent pas les critères EAE et que les assureurs sont en mesure d'en apporter la preuve technique, les prestations à fournir devront être adaptées en conséquence.

L'adaptation doit être effectuée aux moments suivants :

- En cas d'examen auprès de l'assureur (cf. point 1) dans la mesure où les délais sont respectés : le jour où l'assureur communique le résultat.
- En cas d'examen auprès du fournisseur de prestations ou de la personne assurée (cf. art. 2 et 3) : 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 à l'art. 7.2, al. 2 et 5

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

- Formulaire de déclaration des soins requis selon l'art. 7.2
- Facture selon l'art. 9.1
- En annexe à la déclaration des soins requis : liste des prestations selon l'art. 7, al. 2, OPAS ou liste des prestations prévues (selon l'art. 7.2, al. 5)

#### 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 questions concernant les pièces justificatives fournies de manière systématique, l'assureur peut, généralement dans les 15 jours ouvrables à compter de la réception des pièces et sous réserve de l'art. 42, al. 5, LAMal, exiger auprès de l'organisation d'aide et de soins à domicile d'autres pièces justificatives pertinentes pour l'évaluation (p. ex. original de l'ordonnance médicale, évaluation des soins requis p. ex. MDS, plan de traitement, déroulement des soins, documentation des plaies, etc.).

- 1.2.2 En général, l'organisation d'aide et de soins à domicile envoie les documents de soins à l'assureur dans les 15 jours ouvrables.
- 1.2.3 A la réception des documents, l'assureur dispose généralement 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 réfère aux documents qui ont été remis à l'assureur jusqu'à la date du contrôle.
- 1.2.4 En cas de contestation, le fournisseur de prestations et l'assureur s'efforceront de trouver au plus vite une solution 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 au fournisseur de prestations. Le contrôle a lieu dans les 30 jours calendaires qui suivent la date de l'annonce. A titre exceptionnel, il peut être décidé d'un commun accord de déroger à ce délai.
- 2.2 Sous réserve de l'art. 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 se rapportant aux dossiers demandés. 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 temporel actuel.
- 2.4 Une fois le contrôle effectué, l'assureur doit adresser ses conclusions par écrit au fournisseur de prestations dans les 15 jours ouvrables.

## 3. Examen du cas auprès de la personne assurée

Les assureurs mènent des contrôles ponctuels auprès de la personne assurée dans le cadre d'une intervention de soins.

- 3.1 L'assureur informe la personne assurée du but de sa visite et prend rendez-vous avec elle. La visite de contrôle peut avoir lieu au cours d'une intervention régulière du fournisseur de prestations. Dans ce cas, l'assureur informe le fournisseur de prestations au moins 10 jours ouvrables avant la visite prévue.

Une fois la visite de contrôle effectuée, l'assureur doit adresser ses conclusions par écrit au fournisseur de prestations dans un délai de 15 jours ouvrables.

---

## Anhang 5 - Prise en charge des moyens et appareils

### 1. Champ d'application

- 1.1 La présente annexe concerne, sur le fond, la facturation des moyens et appareils, selon l'annexe 2 OPAS, par les organisations d'aide et de soins à domicile conformément aux prescriptions juridiques et réglementaires.

### 2. Prise en charge des moyens et appareils

- 2.1 Les organisations d'aide et de soins à domicile qui fournissent des prestations de soins à la personne assurée facturent le prix effectif pour les moyens et appareils prescrits par un médecin, mais au maximal le « montant maximum de remboursement pour les soins » selon le tarif 454 et en tenant compte de l'article 56 LAMal.
- 2.2 Les organisations d'aide et de soins à domicile peuvent faire office de centre de remise pour les moyens et appareils si elles remplissent les conditions de centre de remise selon l'art. 55 OAMal, disposent d'un numéro RCC distinct pour le centre de remise et **ne fournissent pas** de prestations de soins à la personne assurée. Dans ce cas, elles facturent les moyens et appareils selon le MMR utilisation personnelle. Les prestations doivent impérativement être facturées avec un numéro RCC distinct.
- 2.3 La facturation doit être détaillée et comporter le numéro de position LiMA ainsi que l'échéancier. Une prescription médicale doit impérativement être jointe à la première facture.
- 2.4 Le cas échéant, l'assureur peut exiger un original de la facture d'un stade commercial précédent afin de contrôler le respect du ch. 2.1.

---

## Annexe 6 – Proches aidants

Les dispositions supplémentaires suivantes s'appliquent aux organisations d'aide et de soins à domicile qui souhaitent engager des proches aidants. Les dispositions cantonales contraires priment dans tous les cas.

### 1. Proches aidants

- 1.1 Sont considérés comme proches aidants les personnes ayant un lien de parenté direct, les frères et sœurs, les conjointes, les conjoints et les personnes vivant en partenariat enregistré ou en communauté de vie ainsi que les personnes faisant partie de leur entourage proche. Ce qui est déterminant, ce n'est pas le degré de parenté des proches aidants mais plutôt le sou-tien régulier et substantiel ainsi que la responsabilité et l'engagement envers la personne à soigner.
- 1.2 Dans la mesure où les proches aidants visés à l'art. 1 ne peuvent pas prouver qu'ils remplissent les conditions d'admission pour les infirmières et les infirmiers selon l'art. 49 OAMal ou qu'ils ont suivi une autre formation professionnelle en soins infirmiers conformément à l'annexe Personnel spécialisé, ils ne peuvent fournir que des mesures de soins de base au sens de l'art. 7, al. 2, lettre c, ch. 1 OPAS à la charge de l'assurance obligatoire des soins.
- 1.3 Les dispositions applicables du droit du travail fédéral et cantonal doivent être respectées. Il convient notamment de s'assurer que les proches aidants sont physiquement et psychologiquement en mesure d'assurer les prestations de soins en termes de quantité et de qualité.

### 2. Instruction et supervision des proches aidants

- 2.1 L'instruction et l'accompagnement professionnel des proches engagés sans formation professionnelle en soins infirmiers doivent être continus. Dans un premier temps, le personnel infirmier responsable du cas leur donne des instructions complètes.
- 2.2 Les proches aidants reçoivent des instructions sur la manière de fournir et de documenter les prestations de soins. Ils sont notamment informés qu'ils doivent signaler immédiatement à l'infirmière ou l'infirmier responsable du cas tout écart par rapport aux soins planifiés ou toute modification importante de la situation de soins.
- 2.3 Les proches aidants sont supervisés à intervalles réguliers par une infirmière ou un infirmier et reçoivent, le cas échéant, des instructions complémentaires. La fréquence de la supervision dépend de la situation de soins. Dans tous les cas, un contact téléphonique doit avoir lieu toutes les deux semaines et une visite sur place doit être effectuée au moins une fois par mois par une infirmière ou un infirmier.

### 3. Formation des proches aidants

- 3.1 L'organisation d'aide et de soins à domicile est responsable de l'acquisition par les proches aidants des connaissances nécessaires à la fourniture des prestations de soins. L'exigence minimale est

un cours d'auxiliaire de santé (selon l'annexe "Personnel spécialisé") ou une autre formation équivalente. Une formation correspondante doit être suivie dans un délai d'un an à compter de l'engagement.

- 3.2 Selon les besoins, l'organisation d'aide et de soins à domicile soutient les proches aidants dans l'accomplissement d'autres formations et formations continues spécialisées.