



## Convention administrative AOS

Convention n°: IP-210.354

(valable à partir du: 01.04.2023)

entre

**Aide et soins à domicile Suisse**

Effingerstrasse 33  
3008 Berne

**Association Spitex privée Suisse (ASPS)**

Uferweg 15  
3013 Berne

ci-après «**associations**»

et

**CSS Assurance-maladie SA**

Tribschenstrasse 21  
6005 Lucerne

ci-après «**CSS**» ou «**assureur**»

nommés collectivement «**parties**»

concernant

**la rémunération des prestations ambulatoires relevant de l'assurance obligatoire des soins au sens de la LAMal fournies par des organisations d'aide et de soins à domicile**

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

## Sommaire

<b>1. Parties</b>	<b>3</b>
<b>2. Adhésion à la convention et retrait de celle-ci par les fournisseurs de prestations</b>	<b>3</b>
<b>3. Champ d'application et étendue des prestations</b>	<b>3</b>
<b>4. Obligations des fournisseurs de prestations et des assureurs</b>	<b>4</b>
<b>5. Conditions relatives aux prestations</b>	<b>4</b>
<b>6. Prescription médicale, évaluation, déclaration et modification des soins requis</b>	<b>4</b>
<b>7. Rémunération des prestations, y compris des moyens et appareils</b>	<b>5</b>
<b>8. Facturation et modalités de paiement</b>	<b>6</b>
<b>9. Echange de données informatisé (EDI)</b>	<b>7</b>
<b>10. Economicité et garantie de la qualité, réalisation des contrôles</b>	<b>7</b>
<b>11. Qualification minimale du personnel</b>	<b>7</b>
<b>12. Validité des versions linguistiques</b>	<b>8</b>
<b>13. Entrée en vigueur, durée et résiliation de la convention</b>	<b>8</b>
<b>14. Annexes à la convention</b>	<b>8</b>
<b>15. Réserve de la forme écrite</b>	<b>8</b>
<b>16. Clause de sauvegarde</b>	<b>8</b>
<b>17. Droit applicable et instance de conciliation</b>	<b>8</b>
<b>18. Dispositions finales</b>	<b>8</b>
<b>19. Dispositions transitoires</b>	<b>8</b>
<b>Annexe 1 – Formulaire de déclaration des besoins requis et annexes</b>	<b>10</b>
<b>Annexe 2 – Personnel qualifié</b>	<b>13</b>
<b>Annexe 3 – Accord relatif aux contrôles effectués par les assureurs-maladie</b>	<b>14</b>
<b>Annexe 4 – Prise en charge des moyens et appareils</b>	<b>16</b>
<b>Annexe 5: proches aidants</b>	<b>17</b>

## **1. Parties**

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 CSS Assurance-maladie SA, ci-après nommée «CSS».

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

2.1 Les fournisseurs de prestations, nommés ci-après «fournisseurs de prestations», peuvent adhérer à la présente convention pour autant qu'ils:

- remplissent les conditions de l'art. 51 OAMal,
- disposent d'une autorisation en vertu du droit cantonal.

Si un fournisseur de prestations possède plusieurs numéros RCC actifs (p. ex. dans différents cantons), il doit adhérer à la convention séparément pour chacun des numéros.

2.2 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 (LAMal) s'appliquent. Les associations sont seules compétentes pour régler plus précisément les adhésions et les sorties. La CSS n'assume aucune tâche ni responsabilité en la matière.

2.3 En cas de besoin, la CSS 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.

2.4 Les fournisseurs de prestations qui ne sont pas membres de l'association peuvent aussi adhérer à la convention. La procédure d'adhésion (p. ex. finance d'adhésion) se fonde sur les conditions des associations.

2.5 Les fournisseurs de prestations ayant adhéré à la présente convention reprennent sans réserve l'ensemble des dispositions de celle-ci, annexes incluses.

2.6 Les associations envoient à la CSS par e-mail la liste d'adhésion valable: [tarifvertraege@css.ch](mailto:tarifvertraege@css.ch). Elles informent la CSS de toute modification sans délai, au moins semestriellement. Les dispositions transitoires selon le chiffre 19 de la présente convention sont valables pour les fournisseurs de prestations qui ont adhéré à la convention administrative précédente (numéro de convention IP-206.299) jusqu'au 30 avril 2023.

2.7 Les fournisseurs de prestations peuvent se retirer individuellement de la convention pour la fin d'une année civile, moyennant un préavis de six mois. Il n'est pas possible de se retirer de certains points de la convention ou de certaines annexes. Les fournisseurs de prestations adressent leur déclaration de retrait écrite à l'association. L'association informe immédiatement la CSS par e-mail: [tarifvertraege@css.ch](mailto:tarifvertraege@css.ch). La convention reste intégralement applicable pour les autres parties et fournisseurs de prestations.

## **3. Champ d'application et étendue des prestations**

3.1 La présente convention règle les processus administratifs applicables aux prestations de soins ambulatoires au sens des art. 25a LAMal, 51 OAMal et 7 ss OPAS.

3.2 Elle est valable pour les personnes assurées ayant droit aux prestations d'une assurance-maladie obligatoire (AOS) conclue auprès de la CSS.

3.3 La LAMal et la présente convention administrative distinguent les soins majoritairement dispensés au domicile du patient des soins dispensés dans des structures de jour ou de nuit. La présente convention administrative s'applique aux deux formes précitées de soins ambulatoires. Toutefois une différence existe en ce qui concerne la rémunération des soins (cf. chiffre 7 de la présente convention).

3.4 Les fournisseurs de prestations doivent avoir un numéro RCC spécifique pour chacun des domaines de soins, c'est-à-dire de longue durée, aigus et de transition et dans les structures de jour ou de nuit.

3.5 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.

3.6 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 retourne chez lui après les soins. En l'espace de 24

heures, le patient peut solliciter soit un centre de jour, soit un centre de nuit. Les prestations ne sont pas cumulables. La rémunération s'effectue sur la base de l'art. 7a, al. 4, OPAS.

#### **4. Obligations des fournisseurs de prestations et des assureurs**

- 4.1. Toutes les lettres échangées entre le fournisseur de prestations et la CSS doivent mentionner ce qui suit:
  - Données de la personne assurée: nom, prénom, adresse, date de naissance, sexe, numéro d'assuré et/ou numéro d'assurance sociale
  - Désignation de l'assureur
  - Données du fournisseur de prestations: numéro RCC / GLN
- 4.2. 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.
- 4.3. Le fournisseur de prestations s'engage à respecter la protection tarifaire selon l'art. 44 LAMal.

#### **5 Conditions relatives aux prestations**

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

#### **6 Prescription médicale, évaluation, déclaration et modification des soins requis**

- 6.1. Prescription médicale, évaluation des soins requis
  - 6.1.1. Les prestations de soins présupposent un mandat médical ou une prescription médicale selon l'art. 8 OPAS. L'évaluation des soins requis est effectuée par un infirmier ou une infirmière conformément à l'art. 8a OPAS. Les fournisseurs de prestations sont libres dans le choix de l'instrument standardisé d'évaluation des soins requis.
  - 6.1.2. L'évaluation écrite des soins requis comporte une appréciation de l'état général du patient ainsi que l'évaluation de son environnement, des soins et de l'aide requis (cf. art. 8a, al. 3, OPAS).
  - 6.1.3. Le résultat doit être consigné sur le formulaire de déclaration des soins requis (exemples aux annexes 1a et b).
  - 6.1.4. L'évaluation des soins requis s'effectue au domicile du patient au début des prestations et doit être achevée au plus tard 14 jours après le début de l'intervention.
  - 6.1.5. Si plusieurs fournisseurs de prestations interviennent auprès du même patient, ils doivent coordonner leurs prestations et se concerter sur l'utilisation du budget temporel. Un cumul des prestations identiques est exclu (p. ex. doublon concernant l'évaluation des soins requis, les conseils et les instructions).
- 6.2. Déclaration des soins requis adressée à l'assureur
  - 6.2.1. La déclaration des soins requis fait état des besoins probables en soins. La planification des soins s'effectue sur la base du «catalogue des prestations d'Aide et soins à domicile», dans lequel les prestations au sens de l'art. 7, al. 2, OPAS sont décrites et précisées (référence: site Internet Aide et soins à domicile Suisse; rubrique Bases et développement / Qualité / Différents instruments: <https://www.spitex.ch/Bases-et-developpement/Qualite/Differents-instruments/PouRP/?lang=fr>). Sur la déclaration des soins requis, les fournisseurs de prestations indiquent le temps estimé nécessaire selon l'art. 8a, al. 4, OPAS. Les prestations effectivement fournies sont facturées en tenant compte du chiffre 6.3 de la présente convention.

- 6.2.2 Le formulaire de déclaration des soins requis est dûment rempli et transmis à la CSS dans un délai d'une semaine, mais au plus tard avec la première facture mensuelle, après la prise de connaissance (pour les prestations selon l'art. 7, al. 2, let. a et c, OPAS) ou la signature par le médecin prescripteur (pour les prestations selon l'art. 7, al. 2, let. b, OPAS) et après la signature par l'infirmier responsable des prestations fournies. Sans déclaration des soins requis valable, aucune prestation ne sera remboursée par la CSS. Les ordonnances avec effet rétroactif ne sont pas admissibles.
- 6.2.3 Le formulaire de déclaration des soins requis standardisé et convenu entre les parties peut également être transmis à la CSS par voie électronique, sous une forme structurée. Pour les prestations selon l'art. 7, al. 2, let. b, OPAS, il incombe au fournisseur de prestations de soumettre, à la demande de la CSS, le formulaire de déclaration des soins requis signé par le médecin.
- 6.2.4 Si la CSS ne conteste pas la déclaration dans les 15 jours ouvrés à compter de sa réception, l'obligation d'allouer les prestations s'applique à condition qu'elle réponde aux critères figurant au chiffre 5 de la présente convention ainsi qu'à ceux relevant de la procédure de contrôle réglementée dans l'annexe 3
- 6.2.5 La déclaration des soins requis comporte les données suivantes:
- Coordonnées et données d'assurance de l'assuré (nom, prénom, date de naissance, domicile, numéro d'assuré et/ou numéro d'assurance sociale)
  - Motif du traitement: maladie, accident ou maternité
  - Raison sociale de l'assureur
  - Nom, numéro RCC et, si disponible, numéro GLN du fournisseur de prestations (GLN obligatoire en cas de déclaration électronique)
  - Nom, numéro RCC et, si disponible, numéro GLN du médecin prescripteur (GLN obligatoire en cas de déclaration électronique)
  - Degré d'impotence (allocation pour impotence légère / moyenne / grave), lorsqu'il est connu
  - Début et durée de validité de l'ordonnance médicale

En cas de prestations ambulatoires dispensées conformément au chiffre 3.5 de la présente convention:

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

La déclaration des soins requis sera complétée d'une liste des prestations conformément à l'art. 7, al. 2, OPAS sur la base du catalogue des prestations d'Aide et 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 à l'annexe 1a).

En cas de prestations dispensées dans des structures de jour ou de nuit conformément au chiffre 3.6 de la présente convention:

- Evaluation de l'autonomie
- Nombre prévisible d'actes de soins et de minutes par jour (formulaire selon l'annexe 1b) et catégorie correspondante conformément à l'art. 7a, al. 3, OPAS.

### 6.3 Changement dans les soins requis

- 6.3.1 Si les soins requis changent durablement, on procédera à une nouvelle évaluation.
- 6.3.2 Si les soins requis changent de façon temporaire au cours d'une prise en charge, sur une période de plusieurs jours, et qu'ils dépassent sensiblement le nombre de minutes prescrites, la modification doit être annoncée par écrit à la CSS.

## 7 Rémunération des prestations, y compris des moyens et appareils

- 7.1 Conformément à l'art. 7a OPAS, les assureurs prennent en charge les montants des prestations d'évaluation, de conseil, de coordination, d'examen, de traitement et de soins de base.
- 7.2 Le fournisseur de prestations facture les prestations effectivement fournies en tenant compte du chiffre 6.3 de la présente convention.

### 7.3 Paiement des montants:

- a) Tous les soins relevant de l'assurance-maladie au sens de l'art. 7, al. 2, OPAS et dispensés par les différents fournisseurs de prestations visés au chiffre 3.5 de la présente convention sont pris en charge conformément à l'art. 7a, al. 1 et 2, OPAS.
- b) Tous les soins relevant de l'assurance-maladie au sens de l'art. 7, al. 2, OPAS et dispensés dans des structures de jour ou de nuit au sens de l'art. 7a, al. 4, OPAS et du chiffre 3.6 de la présente convention sont pris en charge en vertu de l'art. 7a, al. 3, OPAS.

7.4 Le fournisseur de prestations ne peut pas facturer de prestations au sens de l'art. 7 OPAS pendant la durée du séjour du patient dans un hôpital ou un établissement médico-social (y compris des soins aigus et de transition stationnaires). Cela ne vaut pas pour les jours d'entrée et de sortie ni pour l'évaluation des soins requis et les prestations de coordination qui doivent déjà être fournies pendant le séjour hospitalier pour assurer un processus de traitement optimal. En outre, le fournisseur de prestations ne peut pas facturer de prestations de soins ambulatoires de longue durée au sens de l'art. 7 OPAS pendant que le patient bénéficie de prestations ambulatoires de soins aigus et de transition (pas de facturation simultanée).

7.5 Les modalités de facturation des moyens et appareils (LiMA) prescrits par un médecin (selon la liste des moyens et appareils – annexe 2 OPAS [LiMA]) sont réglées à l'annexe 4.

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

## 8 Facturation et modalités de paiement

### 8.1 Facturation

8.1.1 La facturation est mensuelle et électronique selon les standards actuels du «Forum Datenaustausch».

8.1.2 Si le fournisseur de prestations ne peut pas procéder à l'échange de données informatisé prévu par le chiffre 8.1.1, les formulaires de facturation et documents complémentaires sont à transmettre en version papier (facture selon le standard du «Forum Datenaustausch»).

8.1.3 En cas de traitement se prolongeant au-delà d'une année civile, il convient d'établir un décompte intermédiaire au 31 décembre. Si l'assuré change d'assureur-maladie au 30 juin, le fournisseur de prestations est tenu d'établir pour le 15 août au plus tard une facture intermédiaire sur demande de l'assureur pour les prestations fournies jusqu'au 30 juin.

8.1.4 Le «Guide pour la facturation des prestations de soins» (<https://www.sasis.ch>) sert de directive pour la mise en œuvre concrète du décompte.

8.1.5 La facture comporte les données suivantes:

- a. Date et numéro de facture
- b. Coordonnées et données d'assurance de l'assuré (nom, prénom, date de naissance, domicile, numéro d'assuré et/ou numéro d'assurance sociale)
- c. Motif du traitement: maladie, accident ou maternité
- d. Raison sociale de l'assureur
- e. Nom, numéro RCC et numéro GLN du fournisseur de prestations (GLN si disponible; obligatoire seulement en cas de déclaration électronique)
- f. Nom, numéro RCC et numéro GLN du médecin prescripteur (GLN si disponible; obligatoire seulement en cas de déclaration électronique)
- g. Pour la LiMA: tarif 454, numéros de position LiMA complets et quantité. «MMR soins» maximal par produit selon la LiMA.

En cas de prestations ambulatoires dispensées conformément au chiffre 3.5 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, échancier

En cas de prestations dispensées dans des structures de jour ou de nuit conformément au chiffre 3.6 de la présente convention:

- i. Echancier avec le niveau de contribution correspondant

## 8.2 Modalités de paiement

- 8.2.1 Les parties conviennent du fait que la CSS est le débiteur de la rémunération (système du tiers payant) selon l'art. 7a OPAS.
- 8.2.2 Le fournisseur de prestations peut convenir, en dérogation au chiffre 8.2.1 de la présente convention, 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 pour le début d'une année civile, moyennant un préavis de six mois. Une modification pour certains patients individuellement n'est pas autorisée.
- 8.2.3 La CSS prend en charge uniquement les factures conformes à la loi et à la présente convention.
- 8.2.4 Les fournisseurs de prestations facturent à la CSS uniquement les prestations obligatoires mentionnées dans la présente convention. Les prestations non obligatoires selon l'art. 59, al. 2, OAMal doivent être facturées séparément des prestations AOS.
- 8.2.5 La CSS verse la rémunération due au fournisseur de prestations dans les 30 jours.
- 8.2.6 Le délai de paiement court à partir de la date à laquelle la CSS dispose de toute la documentation nécessaire pour contrôler la conformité de la facture à la loi et à la convention.
- 8.2.7 En cas de contestation justifiée, les délais de paiement fixés au chiffre 8.2.5 de la présente convention sont interrompus. La partie non contestée reste due par la CSS.

## 9 Echange de données informatisé (EDI)

Les parties souhaitent continuer à promouvoir l'échange de données informatisé entre fournisseurs de prestations et assureurs dans le respect de la loi fédérale sur la protection des données.

## 10 Efficacité et garantie de la qualité, réalisation des contrôles

- 10.1 Le fournisseur de prestations s'engage à allouer des prestations efficaces, économiques et adéquates (art. 32 et 56 LAMal).
- 10.2 Le fournisseur de prestations s'engage à participer aux mesures de contrôle et de garantie de la qualité de ses prestations conformément à la convention actuellement en vigueur au sens de l'art. 58a LAMal.
- 10.3 Les assureurs sont tenus, par la loi, de vérifier, sur la base des factures qui leur sont adressées, l'obligation de prise en charge ainsi que l'économie des prestations (EAE). La procédure concernant le contrôle des critères EAE dans le cadre de l'art. 32 LAMal est détaillée et régie à l'annexe 3.
- 10.4 La présente convention ne porte pas sur la mise en œuvre des contrôles de l'économie selon l'art. 56 LAMal.

## 11 Qualification minimale du personnel

Afin de garantir la qualité, les conditions à remplir par le personnel qualifié nécessaire selon l'art. 51, let. c, OAMal, sont décrites aux annexes 2 et 5.

- a) Concernant les soins ambulatoires au sens du chiffre 3.5 de la présente convention, l'annexe 2a s'applique.
- b) Concernant les soins ambulatoires au sens du chiffre 3.6 de la présente convention, l'annexe 2b s'applique.
- c) Concernant les soins ambulatoires fournis par un proche aidant employé par le fournisseur de prestations, l'annexe 5 s'applique.

## **12 Validité des versions linguistiques**

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

## **13 Entrée en vigueur, durée et résiliation de la convention**

13.1 La présente convention entre en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2023 pour une durée indéterminée.

13.2 La convention peut être résiliée par chacune des parties, moyennant un préavis de six mois, pour la fin d'une année civile et au plus tôt pour le 31 décembre 2024.

13.3 Elle remplace tous les contrats ou toutes les conventions ayant le même objet et impliquant les fournisseurs de prestations et les associations soumis à la présente convention ainsi que la CSS.

## **14 Annexes à la convention**

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

**Annexe 1:** formulaire de déclaration des soins requis et annexes

**Annexe 2:** personnel qualifié

**Annexe 3:** accord relatif aux contrôles effectués par les assureurs-maladie

**Annexe 4:** rémunération des moyens et appareils

**Annexe 5:** proches aidants

## **15 Réserve de la forme écrite**

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

## **16 Clause de sauvegarde**

Si les circonstances à l'origine de la présente convention devaient changer ou que l'une ou l'autre disposition de la présente convention devait être ou devenir caduque ou partiellement caduque, la validité des autres dispositions n'en serait pas affectée. Dans un tel cas, les parties sont tenues d'adapter la convention aux nouvelles circonstances ou de remplacer la disposition caduque ou partiellement caduque par une autre afin de pouvoir atteindre le but visé par la convention de manière conforme à la loi.

## **17 Droit applicable et instance de conciliation**

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

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

17.3 Le droit applicable est le droit suisse.

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

## **18 Dispositions finales**

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

## **19 Dispositions transitoires**

La présente convention vaut entièrement pour les fournisseurs de prestations qui ont adhéré à la convention administrative précédente conclue avec la CSS (numéro de convention IP-206.299). Les fournisseurs de prestations qui ne le souhaitent pas doivent faire connaître par écrit à Aide et soins à domicile Suisse ou à l'ASPS leur retrait de la convention dans les 90 jours après l'entrée en vigueur de la présente convention.

Berne, le .....

**Aide et soins à domicile Suisse**

.....  
Thomas Heiniger  
Président

.....  
Cornelis Kooijman  
Co-directeur

Berne, le .....

**Association Spitex privée Suisse (ASPS)**

.....  
Pirmin Bischof  
Président

.....  
Marcel Durst  
Directeur

Lucerne, le .....

**CSS Assurance-maladie SA**

.....  
Sanjay Singh  
Chef de la division Prestations & Produits  
  
Membre de la direction générale du Groupe

.....  
Luca Emmanuele  
Chef du service Gestion des achats Presta-  
tions  
  
Membre de la direction

## Annexe 1 – Formulaire de déclaration des besoins requis et annexes

1a: annexes au formulaire de déclaration des soins requis

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

1b: formulaire de déclaration des soins requis pour les structures de jour ou de nuit conformément au chiffre 3.6 de la présente convention

**Annexe 1a:** liste des prestations visées à l'art. 7, al. 2, OPAS (exemple)

Nom _____	Prénom _____
<b>Nombre =</b>	Nombre de prestations
<b>Fréquence =</b>	Unité
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>2j, 3j....7j</b> = 2,3 ... 7 jours par semaine</li> <li>• <b>s</b> = par semaine (hebdomadaire)</li> <li>• <b>m</b> = par mois (mensuel) <b>a</b> = par an (annuel)</li> <li>• <b>u</b> = 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 de prestations: 2, Fréquence: 7j
<b>Assistance lors du bain médicamenteux deux fois par semaine</b>	= Nombre de prestations: 2, Fréquence: s
<b>Cocher lorsqu'une prestation est prévue</b>	<b>Description détaillée de la prestation (selon art. 7, al. 2, OPAS)</b>
	<b>Nombre : combien de fois la prestation doit-elle être assurée?</b>
	<b>Fréquence: unité de la prestation prévue</b>
	Evaluation des besoins, etc.
	Conseils aux patients, etc.
	Coordination des prestations
	Contrôle des signes vitaux, etc.
	Test simple du glucose dans le sang ou l'urine
	Prélèvement pour examen de laboratoire
	Mesures thérapeutiques pour la respiration, etc.
	Pose de sondes ou de cathéters, etc.
	Soins en cas d'hémodialyse ou de dialyse péritonéale
	Administration de médicaments, etc.
	Administration entérale ou parentérale de solutions nutritives
	Surveillance de perfusions, de transfusions, etc.
	Rinçage, nettoyage et pansement de plaies, etc.
	Soins en cas de troubles de l'évacuation urinaire ou intestinale, etc.
	Assistance pour des bains médicaux partiels ou complets, etc.
	Soins destinés à la mise en œuvre au quotidien de la thérapie du médecin, etc.
	Soutien apporté aux malades psychiques dans des situations de crise.
	Soins de base généraux pour les patients dépendants, tels que bander les jambes, etc.
	Mesures destinées à surveiller et à soutenir des malades psychiques pour accomplir les actes ordinaires de la vie, telles que la planification et la structuration de leurs journées de manière appropriée, etc.

**Annexe 1a: liste des prestations prévues interRAI HCSuisse (exemple)**

Tous les fournisseurs de prestations qui travaillent avec interRAI peuvent envoyer la liste des prestations prévues interRAI. Des informations complémentaires sur interRAI se trouvent sur le site <https://www.spitex-bedarfsabklaerung.ch/>.

Müller	Doris
Nom	Prénom
Numéro d'assuré	Numéro de cas

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

N°	Description de la prestation (facultatif)	Qui	Edu.	Nb.	Fréq.	Temps	Qual. mini	OPAS
10104	Toilette partielle au lavabo (y c. toilette intime)							c
10115	Bas / bandages de compression							c
10601	Préparer les médicaments							b
10702	Pansement moyen							b
10902	Réévaluation							a
10904	Etablir plan d'intervention soins (1 <sup>re</sup> fois)							a
10906	Bilan de l'évolution de l'état de santé							a
10907	Consulter médecin de Aide et soins à domicile pour cla-							a
10909	Conseil et instruction au client ou aux proches							a
20012	Nettoyage hebdomadaire (logement de 4 pièces)							Non
20014	Cuisine / salle de bain							

Décrire dans la colonne 2 les prestations d'aide et de soins n° 10999 non listées

Décrire dans la colonne 2 les prestations d'aide pratique n° 20099 non listées

Décrire dans la colonne 2 les prestations de soins psychiatriques n° 10099 non listées

Besoins nets de prestations	Prestations LAMal en minutes			LAMal total	Non LAMal
	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 four-</b> <b>nies simultanément</b>					
Total					

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 l'aide et des soins à domicile

**Annexe 1b:** prescription médicale / formulaire de déclaration des soins requis pour les structures de jour ou de nuit (exemple)

**Übergangsformular – Version 1**

**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  nicht bekannt

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

Sind weitere Leistungserbringer involviert  ja  nein  nicht bekannt

wenn ja, Name & ZSR.Nr.....

	Selbstständigkeit				Bemerkungen		
	--	-	+	++			
Verstehen und sich ausdrücken							
Sich orientieren							
Mitwirkungsfähigkeit / Compliance / Adherence							
					<b>Pflegertätigkeiten</b>	<b>Total Minuten pro Tag</b>	<b>Bemerkungen</b>
					einmal	mehrmals	
Sich bewegen / Mobilität							
Essen und trinken							
Sich waschen und kleiden							
Ausscheiden							
Behandlungspflege Art. 7 Abs. 2 b KLV							
Andere Leistungen (beschreiben):							
<b>Total Minuten</b>							
<b>Stufe gemäss Art. 7a Abs. 3 KLV</b>							

Aufenthaltstage 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.

## Annexe 2 – Personnel qualifié

2a) Soins ambulatoires selon le chiffre 3.5				
	Formation / dénomination professionnelle	Mesures pour l'évaluation des besoins, le conseil et la coordination	Mesures pour les soins de base	Mesures pour l'examen et la thérapie
Degré tertiaire	Infirmier/-ère diplômé/e ES / HES (diplômes selon l'ancien droit: SIG, infirmier/-ère de santé publique, PSY, HMP, DN I, DN II, infirmier/-ère diplômé/e)	Oui	Oui	Oui
	Assistant/-e spécialisé/-e en soins de longue durée et accompagnement FA (examen professionnel)	Non	Oui	Oui
Degré secondaire II	Assistant/e en soins et santé communautaire (ASSC) CFC (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>
	Assistant/e socio-éducatif/-ive (ASE) CFC, orientation personnes âgées ou handicapées (diplômes selon l'ancien droit: accompagnateur/-trice pour personnes âgées)	Non	Oui	Oui <sup>1)</sup> , uniquement avec module complémentaire en soins thérapeutiques
	Assistant/e médical/e (AM) CFC	Non	Limités à de simples gestes d'assistance	Oui <sup>1)</sup>
	Assistant/-e santé-social (AGS) AFP	Non	Pas de soins de base complets avec responsabilité pour le dossier	Administration de médicaments <sup>1)</sup>
En-dehors du système éducatif	Aide-soignant/e	Non	Pas de soins de base complets avec responsabilité pour le dossier	Non
	Auxiliaire de santé <sup>2)</sup>	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 du cours 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.		
2b) Soins ambulatoires selon le chiffre 3.6				
Dans les structures de jour ou de nuit, la responsabilité générale incombe à un infirmier diplômé, présent sur place ou représenté de manière adéquate par un remplaçant.				

## **Annexe 3 – Accord relatif aux contrôles effectués par les assureurs-maladie**

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 peuvent en fournir la preuve technique, les prestations fournies à l'avenir doivent être adaptées en conséquence.

L'adaptation doit être effectuée aux moments suivants:

- en cas d'examen auprès de l'assureur (cf. chiffre 1 de la présente annexe) dans la mesure où les délais (selon les chiffres 1.2.2 et 1.2.3 ci-après) sont respectés: le jour où l'assureur communique le résultat du contrôle.

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

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

### **1. Examen auprès de l'assureur**

Les assureurs procèdent aux contrôles suivants:

#### **1.1 Examen des pièces justificatives soumises par l'organisation de soins à domicile selon le chiffre 6.2 de la présente convention**

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

- Déclaration des soins requis selon le chiffre 6.2 de la présente convention
- Facture selon le chiffre 8.1 de la présente convention
- En annexe à la déclaration des soins requis: liste des prestations selon l'art. 7, al. 2, OPAS ou liste des prestations prévues selon le modèle interRAI (selon le chiffre 6.2.5 de la présente convention)

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

1.2.1 En cas de doute quant aux documents fournis de manière systématique, l'assureur peut, généralement dans les 15 jours ouvrables à compter de leur réception et en tenant compte de l'art. 42, al. 5, LAMal, exiger 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], planification des soins, déroulement des soins, documentation des plaies, etc.).

1.2.2 En principe, l'organisation d'aide et de soins à domicile transmet les pièces justificatives à l'assureur dans les 15 jours ouvrables.

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

1.2.4 En cas de réclamation, l'assureur et le fournisseur de prestations s'efforcent de trouver une solution rapide au litige.

### **2. Examen auprès du fournisseur de prestations**

Les assureurs mènent des contrôles ponctuels auprès du fournisseur de prestations sur la base d'une sélection de dossiers de patients en cours.

2.1 L'assureur annonce sa visite de contrôle auprès du fournisseur de prestations. Le contrôle a lieu dans les 30 jours calendaires à compter de la date de l'annonce. Exceptionnellement, il peut être décidé d'un commun accord de déroger à ce délai.

2.2 En tenant compte de l'art. 42, al. 5, LAMal et 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 pour qu'elle en prenne connaissance. 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 pièces justificatives, un entretien entre le collaborateur du fournisseur de prestations et la personne chargée du contrôle a lieu le jour même, avec communication du budget-temps actuel.
- 2.4 Une fois le contrôle effectué, l'assureur doit adresser par écrit ses conclusions au fournisseur de prestations dans les 15 jours ouvrables.

### **3. Examen du cas auprès de l'assuré**

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

- 3.1 L'assureur informe l'assuré du but de sa visite et convient d'un rendez-vous avec lui. La visite de contrôle peut avoir lieu dans le cadre d'une intervention régulière du fournisseur de prestations. Dans ce cas, l'assureur informe le fournisseur de prestations au moins 10 jours ouvrables avant la visite prévue.
- 3.2 Une fois la visite de contrôle effectuée, l'assureur doit adresser par écrit ses conclusions au fournisseur de prestations dans les 15 jours ouvrables.

## **Annexe 4 – Prise en charge des moyens et appareils**

---

La présente annexe règle les modalités de facturation des moyens et appareils selon la liste des moyens et appareils (LiMA) utilisés dans le cadre des soins fournis.

### **1. Rémunération des moyens et appareils**

- 1.1 La CSS prend exclusivement en charge les coûts des moyens et appareils selon l'annexe 2 OPAS prescrits par un médecin.
- 1.2 La prescription médicale est envoyée à l'assureur au plus tard avec la première facture.
- 1.3 Les moyens et appareils sont facturés à la CSS à prix coûtant, au maximum au «MMR soins», en tenant compte de l'art. 56 LAMal et de l'ordonnance sur l'intégrité et la transparence dans le domaine des produits thérapeutiques (OITPTh).
- 1.4 La CSS peut, le cas échéant, exiger une facture originale d'un stade commercial précédent afin de contrôler le respect du chiffre 1.3.
- 1.5 Il faut tenir compte des limitations de la LiMA.
- 1.6 Selon l'art. 24, al. 3, OPAS, l'assurance prend en charge les coûts uniquement jusqu'au montant maximal de rémunération applicable. Si le prix d'un produit dépasse ce montant, la différence est à la charge de l'assuré.
- 1.7 La facturation doit être détaillée et comporter les indications suivantes:
  - RCC de l'organisation d'aide et de soins à domicile
  - Tarif 454 «MMR soins»
  - Numéro de position LiMA complet
  - Echancier
  - Quantité et prix
  - Montant total

## **Annexe 5: proches aidants**

---

Les dispositions supplémentaires suivantes sont valables pour les organisations d'aide et de soins à domicile qui souhaitent embaucher des proches aidants.

### **1. Proches aidants**

- 1.1 Par proches aidants, on entend à la fois les parents en ligne ascendante ou descendante de la personne à soigner, tous les collatéraux (frères et sœurs, conjoints) et les personnes non apparentées vivant dans le même environnement. Sont déterminants non pas le degré de parenté des proches aidants, mais plutôt l'aide régulière et substantielle ainsi que la responsabilité et l'engagement envers la personne à soigner.
- 1.2 Les prestations fournies par les proches aidants ne sont remboursées que si un contrat de travail (art. 319 ss CO) a été conclu entre le fournisseur de prestations et la personne soignante (proche aidant).
- 1.3 Si les proches aidants selon le chiffre 1.1 ne peuvent pas prouver qu'ils remplissent les conditions d'admission pour le personnel soignant selon l'art. 49 OAMal ou qu'ils ont suivi une autre formation professionnelle en matière de soins selon l'annexe sur le personnel qualifié, ils ne peuvent fournir que des soins de base conformément à l'art. 7, al. 2, let. c, ch. 1, OPAS à la charge de l'assurance obligatoire des soins.
- 1.4 Les dispositions applicables du droit du travail fédéral et cantonal doivent être respectées. Il convient en particulier de veiller à ce que les proches aidants soient en mesure physiquement et psychologiquement d'assurer les soins sur les plans quantitatif et qualitatif.

### **2. Instruction et surveillance des proches aidants**

- 2.1 L'instruction et l'accompagnement spécialisé des proches employés sans formation professionnelle dans les soins doivent se faire en continu. Les proches aidants reçoivent initialement des instructions détaillées de la part de l'infirmier responsable du cas.
- 2.2 Les proches aidants sont instruits sur la manière de dispenser les soins et de les consigner. Ils sont notamment rendus attentifs au fait qu'ils doivent immédiatement signaler à l'infirmier responsable du cas toute divergence par rapport aux soins planifiés ou tout changement significatif de la situation en matière de soins.
- 2.3 Les proches aidants sont surveillés à intervalles réguliers par un infirmier et, le cas échéant, accompagnés. La fréquence de la surveillance dépend de la situation en matière de soins. Dans tous les cas, un contact téléphonique doit avoir lieu toutes les deux semaines et une visite sur place d'un infirmier doit avoir lieu au moins une fois par mois.

### **3. Formation des proches aidants**

- 3.1 L'organisation d'aide et de soins à domicile est chargée de faire en sorte que les proches aidants acquièrent les connaissances nécessaires pour fournir les soins. L'exigence minimale est de suivre un cours d'aide aux soins (selon l'annexe sur le personnel qualifié) ou une autre formation équivalente. Une formation correspondante doit être effectuée dans l'année qui suit l'engagement.
- 3.2 En fonction des besoins, l'organisation d'aide et de soins à domicile peut aider les proches aidants à suivre d'autres formations et formations continues spécifiques.