



Convention administrative AOS

Convention n°: IP-209.943

(valable à partir du: 1^{er} janvier 2023)

conclue entre

Aide et soins à domicile Suisse

Effingerstrasse 33
3008 Berne

et

Association Spitex privée Suisse (ASPS)

Uferweg 15
3013 Berne

ci-après: **«associations»**

et

CSS Assurance-maladie SA

Tribschenstrasse 21
6005 Lucerne

ci-après: **«assureur / CSS»**

(appelées collectivement **«parties»**).

concernant

la réglementation des processus administratifs en cas de prise en charge obligatoire au titre de la LAMal pour les soins aigus et de transition dispensés par l'organisation d'aide et de soins à domicile dans le cadre des soins ambulatoires

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

1. Parties

Les parties à la présente convention sont Aide et soins à domicile Suisse et l'Association Spitex privée Suisse (ASPS), ci-après appelées «associations», ainsi que la CSS Assurance-maladie SA, ci-après appelée «CSS» ou «assureur».

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

2.1 Les fournisseurs de prestations, appelés 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,
- disposent d'une autorisation spéciale de dispenser des soins aigus et de transition (SAT) et d'un mandat de prestations cantonal pour les SAT à dispenser, pour autant que le canton l'exige,
- disposent d'un concept concernant la mise en application des SAT en leur sein.

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 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'une des associations peuvent aussi adhérer à la convention administrative. 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 administrative reprennent sans réserve l'ensemble des dispositions de celle-ci, annexes incluses.

2.6 Les associations envoient à la CSS par e-mail: tarifvertraege@css.ch la liste d'adhésion valable selon le modèle figurant à l'annexe 1. Elles informent la CSS de toute modification sans délai, au moins semestriellement. Les dispositions transitoires selon le ch. 18 de la présente convention sont valables pour les fournisseurs de prestations qui ont adhéré à la convention administrative précédente n° 42.500.0166D avec tarifsuisse jusqu'au 31 mars 2023.

2.7 Chaque fournisseur de prestations peut, en respectant un délai de préavis de six mois, se retirer de la convention administrative au 31 décembre, au plus tôt au 31 décembre 2023. 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 par écrit à leur association. Les associations informent immédiatement la CSS par e-mail: tarifvertraege@css.ch. La convention administrative reste intégralement applicable pour les autres fournisseurs de prestations.

3. Champ d'application et étendue des prestations

3.1 La présente convention règle le déroulement administratif applicable aux SAT au sens de l'art. 25a, al. 2, LAMal en rapport avec l'art. 51 OAMal, l'art. 7, al. 3, et l'art. 7b OPAS. La rémunération des prestations est réglée dans une convention tarifaire distincte nécessitant l'approbation du gouvernement cantonal.

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

3.3 Les parties à la convention définissent les soins aigus et de transition visés au ch. 3.1 comme suit:

Les SAT visés à l'art. 25a, al. 2, LAMal sont prescrits par un médecin de l'hôpital pendant 14 jours au maximum. Les conditions cumulatives suivantes doivent être remplies:

- a) Les problèmes de santé aigus sont connus et stabilisés. Des prestations (diagnostiques et thérapeutiques) dispensées par un hôpital de soins aigus, y compris par un service gériatrique hospitalier ne sont plus nécessaires. Un séjour dans une clinique de réadaptation n'est pas indiqué.
 - b) La patiente ou le patient a besoin de soins qualifiés dispensés par des professionnels des soins après un séjour dans un hôpital de soins aigus.
 - c) Les SAT font partie de la chaîne du traitement. Ils répondent à des besoins et doivent être prescrits de façon ciblée. Ils ne sont pas censés couvrir la période d'attente avant l'entrée dans une clinique de réadaptation ou dans un EMS.
 - d) Les SAT ont pour but de renforcer les compétences de la patiente ou du patient, de sorte qu'elle ou il puisse se prendre en charge et retrouver dans son environnement habituel les aptitudes et capacités qui étaient les siennes avant son séjour hospitalier. L'objectif est de lui permettre de retourner durablement chez elle ou chez lui et d'éviter une nouvelle hospitalisation.
 - e) Un plan de soins avec les mesures permettant d'atteindre les objectifs fixés est établi.
- 3.4 Si un traitement médical ou thérapeutique est en outre indiqué, celui-ci peut être dispensé en ambulatoire à titre de prestation individuelle. Il ne fait pas partie intégrante des SAT.
- 3.5 Les fournisseurs de prestations doivent disposer d'un numéro RCC distinct pour les domaines des soins de longue durée, des SAT et des structures de jour ou de nuit.

4. Obligations des fournisseurs de prestations et des assureurs

- 4.1 Toutes les correspondances entre les fournisseurs de prestations et l'assureur doivent mentionner:
- a. Données de la personne assurée: Nom, prénom, adresse, date de naissance, numéro d'assuré et/ou numéro d'assurance sociale,
 - b. Désignation de l'assureur,
 - c. Données du fournisseur de prestations: n° 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 L'assureur prend en charge les coûts des prestations de SAT effectivement dispensées conformément à l'art. 7, al. 3, OPAS, sur prescription du médecin hospitalier à la suite d'un séjour hospitalier sur la base d'une évaluation des soins requis conformément à l'art. 7, al. 2 let. a, à l'art. 8, et à l'art. 8a OPAS.
- 5.2 L'assureur n'a l'obligation d'allouer les prestations que dans la mesure où d'autres organismes d'assurance, selon la LAA, la LAI ou la LAM en particulier, n'ont pas à prendre en charge les coûts. La prise en charge provisoire des prestations selon les dispositions légales (art. 70 LPG) demeure réservée et prime sur la présente convention administrative.

6. Mandat médical, évaluation, déclaration et modification des soins requis

- 6.1 Mandat médical, évaluation des soins requis
- 6.1.1 Les prestations de soins aigus et de transition requièrent un mandat émis par le médecin hospitalier en vertu de l'art. 25a, al. 2, LAMal et de l'art. 8 OPAS, ainsi qu'une évaluation des soins requis en vertu de l'art. 7, al. 2 let. a, OPAS en rapport avec l'art. 8a OPAS. La déclaration s'effectue exclusivement au moyen du «Formulaire de déclaration pour les soins aigus et de transition» destiné au médecin de l'hôpital reproduit à l'annexe 2 et du «Formulaire de déclaration des soins requis» reproduit à l'annexe 3.

- 6.1.2 L'évaluation des soins requis, selon l'art. 8a, al. 1, OPAS, est effectuée par une infirmière ou un infirmier conformément à l'annexe 4. Les fournisseurs de prestations sont libres dans le choix de l'instrument standardisé d'évaluation des soins requis.
 - 6.1.3 L'évaluation écrite des soins requis comporte une appréciation de l'état général de la patiente ou du patient ainsi que l'évaluation de son environnement, des soins et de l'aide requis (cf. art. 8a, al. 3, OPAS).
 - 6.1.4 Le résultat est consigné dans le formulaire de déclaration des soins requis figurant aux annexes 3a et 3b.
 - 6.1.5 L'évaluation des soins requis se fait auprès de la patiente ou du patient au début de la prestation.
 - 6.1.6 Si plusieurs fournisseurs de prestations interviennent auprès de la même patiente ou du même patient, ils doivent coordonner leurs prestations et se concerter sur l'utilisation du budget de temps commun. Un cumul des prestations identiques est exclu (p. ex. doublon concernant la clarification des besoins, les conseils et les instructions).
- 6.2 Déclaration des soins requis adressée à l'assureur
- 6.2.1 La déclaration des soins requis indique les besoins probables en soins. Sur le formulaire de déclaration des soins requis, le fournisseur de prestations indique le temps estimé nécessaire selon l'art. 8a, al. 4, OPAS.
 - 6.2.2 Une fois remplis de façon complète, le «Formulaire de déclaration pour les soins aigus et de transition» (reproduit à l'annexe 2), comportant la prescription signée par le médecin de l'hôpital, ainsi que le «Formulaire de déclaration des soins requis» (reproduit à l'annexe 3) signé par la personne responsable chez le fournisseur de prestations sont renvoyés par celui-ci à l'assureur dans les cinq jours au plus tard à compter de la date où les soins aigus et de transition ont commencé à être dispensés.
 - 6.2.3 La date du début effectif du traitement et la date de prise d'effet de l'ordonnance doivent être identiques. Les ordonnances avec effet rétroactif ne sont pas admissibles. Sans déclaration des soins requis valable, aucune prestation ne sera remboursée par la CSS.
 - 6.2.4 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 selon l'art. 7, al. 2, let. b, 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.
 - 6.2.5 Si l'assureur ne conteste pas la déclaration des soins requis dans un délai de cinq jours ouvrables à compter de la réception des formulaires mentionnés au ch. 6.2.2 de la présente convention, l'obligation de prendre en charge la prestation s'applique sous réserve du ch. 5 de la présente convention ainsi que des procédures de contrôle définies à l'annexe 5.
 - 6.2.6 La déclaration des soins requis comporte les données suivantes:
 - a. Coordonnées et données concernant la personne assurée (nom, prénom, date de naissance, domicile, numéro d'assuré, numéro d'assurance sociale),
 - b. Motif du traitement: maladie, accident ou maternité,
 - c. Nom de l'assureur,
 - d. Numéro RCC et numéro GLN du fournisseur de prestations pour SAT (GLN si disponible; obligatoire seulement en cas de déclaration électronique)
 - e. N° RCC et n° GLN du médecin prescripteur (GLN si disponible; obligatoire seulement en cas de déclaration électronique),
 - f. Degré d'impotence (allocation pour impotence légère / moyenne / grave), si connu
 - g. Début et durée de validité de la prescription (du ... au ...),
 - h. Besoin prévisible de produits figurant sur la LiMA (y c. référence du/des groupes de produits à deux chiffres) qui seront facturés par le fournisseur de prestations,
 - i. Nombre de minutes prévues par type de prestation selon l'art. 7, al. 2, let. a à c, OPAS pour la durée de validité de l'ordonnance.

La déclaration des soins requis sera complétée par une liste des prestations en vertu de l'art. 7, al. 2, OPAS ou par une liste des prestations prévues selon le modèle inter-RAI, avec l'indication du nombre prévisible d'interventions par prestation par jour ou semaine (exemple à l'annexe 3b).

7. Prise en charge des prestations de soins

- 7.1 Toutes les prestations relevant de l'assurance-maladie relatives aux soins conformément à l'art. 7, al. 2, OPAS sont rémunérées selon la convention tarifaire en vertu du ch. 3.1 de la présente convention.
- 7.2 Le fournisseur de prestations facture les soins dispensés effectivement. La facture ne peut pas être établie à l'avance.
- 7.3 Le fournisseur de prestations ne peut pas facturer de prestations de SAT pendant la durée du séjour de la patiente ou 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 pour l'évaluation des soins requis et les prestations de coordination, qui doivent déjà être fournies pendant le séjour à l'hôpital 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 la patiente ou le patient bénéficie de prestations ambulatoires de soins aigus et de transition.
- 7.4 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.

8. Rémunération des moyens et appareils

- 8.1 Seuls les coûts des moyens et appareils prescrits par un médecin et figurant sur la liste des moyens et appareils (annexe 2 OPAS) sont pris en charge par les assureurs. L'ordonnance est envoyée à l'assureur au plus tard avec la première facture.
- 8.2 La facturation électronique s'effectue au moyen du tarif séparé 454 pour les moyens et appareils dans le domaine des soins.
- 8.3 Conformément à l'art. 56, al. 3, LAMal, le fournisseur de prestations est tenu de répercuter sur le débiteur de la rémunération les rabais qu'il touche d'un fournisseur.
- 8.4 Seuls les coûts effectifs des produits peuvent être facturés jusqu'au montant maximal rémunérable (MMR) figurant dans la Liste des moyens et appareils (LiMA). Si le prix d'un produit dépasse le MMR soins, le fournisseur de prestations facture la part excédentaire directement à la personne assurée dans une facture distincte.
- 8.5 Les limitations de la liste des moyens et appareils (LiMA) doivent être prises en considération.

9. Facturation et modalités de paiement

- 9.1 Facturation
 - 9.1.1 La facturation est effectuée une seule fois à la fin du traitement pour les SAT.
 - 9.1.2 Le fournisseur de prestations s'engage à transmettre la facture en version papier ou au format électronique standardisé conformément aux dispositions légales et aux directives du «Forum Datenaustausch».
 - 9.1.3 La facture comporte les données suivantes:
 - a. Date et numéro de facture,
 - b. Coordonnées et données concernant la personne assurée (nom, prénom, date de naissance, domicile, numéro d'assuré, numéro d'assurance sociale),
 - c. Motif du traitement: maladie, accident ou maternité,
 - d. Nom de l'assureur,
 - e. Numéro RCC et numéro GLN du fournisseur de prestations pour SAT (GLN si disponible; obligatoire seulement en cas de déclaration électronique)

- 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. Degré d'impotence (allocation pour impotence légère / moyenne / grave), si connu
 - h. Date de début et durée de validité de l'ordonnance médicale (du médecin hospitalier),
 - i. Pour les prestations de soins au sens de l'art. 7 OPAS, il convient d'indiquer ce qui suit, selon le type de tarif:
 - Si un forfait journalier a été convenu: nombre de jours, date et total des prestations en francs.
 - Si un forfait horaire a été convenu: durée des soins en minutes (système décimal), date et total des prestations en francs.
 - Si un tarif selon le type de prestation au sens de l'art. 7, al. 2, let. a à c, OPAS a été convenu: durée des soins en minutes (système décimal) par type de prestation au sens de l'art. 7, al. 2, let. a à c, OPAS, date, total des prestations au sens de l'art. 7 OPAS par type de prestation en minutes (système décimal) et en francs.
 - j. Numéros de positions LiMA complets et quantité; montant maximal rémunérable dans le domaine des soins selon la LiMA, par produit.
- 9.1.4 Les prestations qui ne sont pas prises en charge par l'assurance obligatoire doivent, selon l'art. 59, al. 2, OAMal, être facturées séparément.
- 9.2 Modalités de paiement
- 9.2.1 Les parties contractantes conviennent du fait que l'assureur est le débiteur de la rémunération (système du tiers payant).
 - 9.2.2 Le fournisseur de prestations peut convenir, en dérogation au ch. 9.2.1 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.
 - 9.2.3 L'assureur prend uniquement en charge les factures conformes à la loi et à la présente convention.
 - 9.2.4 L'assureur verse la rémunération due au fournisseur de prestations dans un délai de 30 jours.
 - 9.2.5 Dans le système du tiers payant, la personne assurée reçoit une copie de la facture par le fournisseur de prestations.
 - 9.2.6 Le délai court à partir de la date à laquelle l'assureur dispose de toute la documentation nécessaire pour contrôler la conformité de la facture à la loi et à la convention.
 - 9.2.7 En cas de contestation justifiée, le délai de paiement visé au ch. 9.2.4 de la présente convention est interrompu. L'assureur doit rembourser la partie non contestée.

10. Economie des prestations et garantie de la qualité

- 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 conditions à remplir par le personnel professionnel nécessaire au sens de l'art. 51 OAMal sont décrites à l'annexe 4.
- 10.4 En vertu de la loi, les assureurs sont tenus de vérifier l'obligation de prise en charge des prestations et leur économie (EAE) sur la base des factures qui leur sont adressées. La procédure relative à ces contrôles est détaillée et réglée à l'annexe 5.

11. Validité des versions linguistiques

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

12. Entrée en vigueur, durée et résiliation de la convention

- 12.1 La présente convention entre en vigueur au 1^{er} janvier 2023 et est conclue pour une durée indéterminée.
- 12.2 Elle peut être résiliée pour la fin d'une année civile moyennant un préavis de six mois, pour la première fois le 31 décembre 2024.
- 12.3 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. La présente convention annule pour la CSS la convention administrative conclue, d'une part, entre l'association Aide et soins à domicile Suisse et l'ASPS et, d'autre part, les assureurs représentés par tarifsuisse (numéro de convention 42.500.0166D, valable à partir du 1^{er} janvier 2012).

13. Annexes

Les annexes suivantes font partie intégrante de la présente convention:

- Annexe 1 Dispositions applicables à la liste d'adhésion et de sortie des fournisseurs de prestations
- Annexe 2 Formulaire de déclaration pour soins aigus et de transition pour fournisseurs de prestations ambulatoires
- Annexe 3 Formulaire de déclaration des soins requis / annexe à la déclaration des soins requis
- Annexe 4 Personnel professionnel
- Annexe 5 Accord relatif aux contrôles effectués par les assureurs

14. Réserve de la forme écrite

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

15. Clause de sauvegarde

Si les conditions qui sous-tendent 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 conditions ou de remplacer la disposition caduque ou partiellement caduque par une autre afin que le but prévu par la convention puisse être réalisé d'une manière juridiquement admissible.

16. Droit applicable et instance de conciliation

- 16.1 En règle générale, les litiges entre assureurs et fournisseurs de prestations doivent être réglés directement par les parties concernées.
- 16.2 Dans certains cas graves ou en cas d'accumulation de problèmes similaires, les parties contractantes peuvent être impliquées dans le processus de clarification.
- 16.3 Le droit applicable est le droit suisse.
- 16.4 La procédure en cas de litige se fonde sur l'art. 89 LAMal.

17. Dispositions finales

La présente convention est établie et signée en trois exemplaires originaux. Chaque partie signataire reçoit un exemplaire.

18. Disposition transitoire

La présente convention vaut entièrement pour les fournisseurs de prestations qui ont adhéré à la convention administrative précédente conclue avec tarifsuisse (numéro de convention 42.500.0166D). 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.

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,

CSS Assurance-maladie SA

Marianne Wiedemeier
Responsable Tarifs ambulatoires
Cadre

Barbara Fontana
Key Account Manager
Cadre

Annexe 1 – Dispositions applicables à la liste d'adhésion et de sortie des fournisseurs de prestations

L'utilisation de ce modèle est obligatoire pour la déclaration des adhésions et des sorties. Les listes d'adhésion qui ne correspondent pas à ce modèle ne pourront pas être traitées et seront refusées. En cas de besoin, la CSS pourra procéder à des adaptations du modèle. Celles-ci seront communiquées en temps utile aux associations.

Adhésion au	Nom du fournisseur de prestations	Lieu	Can ton	N° RCC Longue durée	N° RCC SAT	GLN	Sortie le
01.01.2023	Aide et soins à domicile Exemple 1	Zurich	ZH	A123401	B123401	760...	
01.01.2023	Aide et soins à domicile Exemple 2	Berne	BE	D123402	E123402	760...	30.03.2024
01.01.2023	Aide et soins à domicile Exemple 3	Berne	BE		Z123402	760...	
<i>Tri par date d'adhésion (la plus récente adhésion à la fin)</i>				<i>N° RCC non formaté, c.-à-d. sans espaces ni points</i>	<i>N° RCC non formaté, c.-à-d. sans espaces ni points</i>	<i>GLN non formaté, c.-à-d. sans espaces</i>	

Les règles suivantes s'appliquent en complément:

- Les adhésions doivent être triées par date d'adhésion (la plus récente à la fin):
- Les nouvelles adhésions et les sorties doivent être marquées **en couleur**.
- Les changements de nom ou d'adresse doivent être annoncés par les fournisseurs de prestations directement à SASIS SA (département RCC); les mutations ne peuvent pas être effectuées avec la liste d'adhésion.

Annexe 2 – Formulaire de déclaration pour les soins aigus et de transition pour fournisseurs de prestations ambulatoires

Formulaire de déclaration pour les soins aigus et de transition pour fournisseurs de prestations ambulatoires

Les soins aigus et de transition (SAT) visés à l'art. 25a, al. 2, LAMal sont prescrits par un médecin de l'hôpital. Les conditions cumulatives suivantes doivent être remplies:

1. Les problèmes de santé aigus sont connus et stabilisés. Des prestations (diagnostiques et thérapeutiques) dispensées par un hôpital de soins aigus, y compris par un service gériatrique hospitalier ne sont plus nécessaires. Un séjour dans une clinique de réadaptation n'est pas indiqué.
2. La patiente ou le patient a besoin de soins qualifiés dispensés par des professionnels des soins après un séjour dans un hôpital de soins aigus.
3. Les SAT font partie de la chaîne du traitement. Ils répondent à des besoins et doivent être prescrits de façon ciblée. Ils ne sont pas censés couvrir la période d'attente avant l'entrée dans une clinique de réadaptation ou dans un EMS.
4. Les SAT ont pour but de renforcer les compétences de la patiente ou du patient, de sorte qu'il ou elle puisse se prendre en charge et retrouver dans son environnement habituel les aptitudes et capacités qui étaient les siennes avant son séjour hospitalier. L'objectif est de lui permettre de retourner durablement chez elle ou chez lui et d'éviter une nouvelle hospitalisation.
5. Un plan de soins avec les mesures permettant d'atteindre les objectifs fixés est établi.

Si un encadrement ou un traitement médical sont indiqués, ceux-ci peuvent être assurés à titre de prestation individuelle dans un cadre ambulatoire. Ils ne font pas partie intégrante des SAT.

Document Requérant	Identification	
Fournisseur de prestations		
Patient	Nom Prénom Rue NPA Lieu de domicile Date de naissance Sexe Début de la maladie N° d'assuré N° d'assurance sociale N° de la carte d'assuré Loi Motif du traitement Type de traitement	Modèle Peter Patientenweg 1 6000 Lucerne 15 janvier 1977 M XX.XX.2021 12345678 LAMal Maladie SAT
Hôpital N° RCC de l'hôpital GLN de l'hôpital GLN et nom du médecin prescripteur		
Diagnostic (facultatif)* Traitement Début du traitement	CIM-10 SAT XX.XX.2021	Durée du traitement: X jours

*Ce formulaire est transmis à l'assureur-maladie compétent en cas de besoin.

Evaluation établie par l'hôpital en vue de prescrire des soins aigus et de transition

- | | | | | |
|--|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| 1. Les problèmes médicaux sont connus et stabilisés. | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |
| 2. L'intervention d'un professionnel des soins est nécessaire pour une durée limitée et allant jusqu'à 24 heures par jour. | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |
| 3. Une réadaptation stationnaire n'est pas indiquée. | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |
| 4. La patiente ou le patient a le potentiel pour récupérer son autonomie et vivre dans son environnement habituel. | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |
| 5. La patiente ou le patient souhaite réintégrer son cadre de vie et d'habitation habituel. | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |
| 6. Les objectifs des soins aigus et de transition ont été fixés d'entente avec la patiente ou le patient ou le cas échéant avec ses proches ou son représentant légal. | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |

Début des SAT:

Durée probable: (max. 14 jours):

Qui dispense les SAT?

N° RCC et GLN:

Nom du fournisseur de prestations:

Adresse du fournisseur de prestations:

Lieu, date

Signature du médecin prescripteur de l'hôpital / cachet de l'hôpital

Original à adresser au fournisseur de prestations SAT
Copie à la patiente / au patient
Copie à l'assureur

Annexe 3 – Formulaire de déclaration des soins requis / annexe à la déclaration des soins requis

Annexes à la déclaration des soins requis:

Annexe 3a – Liste des prestations visées à l'art. 7, al. 2, OPAS

Nom _____ Prénom _____

	Nombre	=	Nombre de prestations	
	Fréquence	=	Unité 2j, 3j....7j = 2,3 ... 7 jours par semaine <ul style="list-style-type: none"> • s = par semaine (hebdomadaire) • m = par mois (mensuel) a = par an (annuel) • u = unique 	
Exemples				
	Détermination simple de la glycémie et de la glycosurie 2 fois par jour 7 jours sur 7	=	Nombre 2	Fréquence 7j
	Assistance lors du bain médicinal deux fois par semaine		2	s
Cocher lorsqu'une prestation est prévue	Description détaillée de la prestation (selon art. 7, al. 2, OPAS)		Nombre: combien de fois la prestation doit-elle être assurée?	Fréquence: unité de la prestation prévue
	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, etc.			
	Soins de base généraux pour les patients dépendants, tels que bander les jambes, etc.			
	Mesures destinées à surveiller et à soutenir des malades psychiques pour accomplir les actes ordinaires de la vie, telles que la planification et la structuration de leurs journées de manière appropriée, etc.			

Annexe 3b – Liste des prestations prévues selon le modèle interRAI HC (exemple)

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

Müller	Doris
Nom	Prénom
Numéro d'assuré	Numéro de cas

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

N°	Description de la prestation (facultatif)	Qui	Edu.	Nb.	Fréq.	Temps	Qual.	OPAS
10104	Toilette partielle au lavabo (y c. toilette in-							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 ^{ère} fois)							a
10906	Bilan de l'évolution de l'état de santé							a
10907	Consulter médecin au sujet de la cliente							a
10909	Conseil et instruction au client ou aux proches							a
20012	Nettoyage hebdomadaire (logement de 4							Non
20014	Cuisine / salle de bain							

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

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

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

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

Qui: S = organisation 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

Annexe 4 – Personnel professionnel

a) Prestations de soins ambulatoires				
	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
	EP Assistant/-e spécialisé/-e en soins de longue durée et accompagnement (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 ¹⁾
	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 ¹⁾ , uniquement avec module complémentaire en soins thérapeutiques
	Assistant/e médical/e (AM) CFC	Non	Limités à de simples gestes d'assistance	Oui ¹⁾
	Assistant/-e santé-social (AGS) AFP	Non	Pas de soins de base complets avec responsabilité pour le dossier	Administration de médicaments ¹⁾
En-dehors du système éducatif	Aide-soignant/e	Non	Pas de soins de base complets avec responsabilité pour le dossier	Non
	Auxiliaire de santé²⁾	Non	Pas de soins de base complets avec responsabilité pour le dossier	Non
¹⁾ selon les dispositions en vigueur en matière de formation et l'expérience professionnelle ²⁾ reconnaissance 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.		

Annexe 5 – 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).

S'il ressort du contrôle réalisé par l'assureur que:

- les prestations selon l'OPAS ne sont pas déclarées
- les prestations ne sont manifestement pas à la charge de l'assurance obligatoire (ménage, accompagnement, etc.)
- les soins énumérés dans la liste des prestations prévues ont été facturés de façon forfaitaire et standardisée et non en minutes, comme le prévoit le ch. 9.1.3, let. *i*, de la présente convention
- la qualification du personnel employé selon l'annexe 4 de la présente convention n'est pas respectée

et si les assureurs sont en mesure d'en apporter la preuve, les prestations à fournir devront être adaptées.

Si l'examen fait apparaître que toutes les exigences susmentionnées ont été respectées, une réduction des prestations avec effet rétroactif n'est pas autorisée.

L'adaptation doit être effectuée aux moments suivants:

- en cas d'examen auprès de l'assureur (cf. ch. 1 de la présente annexe) dans la mesure où les délais sont respectés: à compter de la date de début du mandat médical.
- en cas d'examen auprès du fournisseur de prestations ou de la personne assurée (cf. ch. 2 et 3 de la présente annexe): à compter de la date de début du mandat médical.

1. Examen auprès de l'assureur

Les assureurs procèdent aux contrôles suivants:

1.1 Examen des pièces justificatives fournies par le fournisseur de prestations conformément aux ch. 6.2.2 et 6.2.6 et de la présente convention.

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

- Formulaire de déclaration des soins requis selon le ch. 6.2 de la présente convention
- Facture selon le ch. 9.1 de la présente convention
- En annexe à la déclaration des soins requis: liste des prestations selon l'art. 7, al. 2, OPAS ou liste des prestations prévues selon le modèle interRAI (selon le ch. 6.2.6 de la présente convention)

1.2 Examen des pièces justificatives demandées par l'assureur et remises par le fournisseur de prestations

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 du fournisseur de prestations 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, le fournisseur de prestations 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 le fournisseur de prestations 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

L'assureur mène 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 complémentaire se rapportant aux dossiers. Le fournisseur de prestations veille à mettre à la disposition de la personne chargée du contrôle une collaboratrice ou un collaborateur qualifié/e au courant des dossiers et en mesure de répondre à d'éventuelles questions.
- 2.3 Après l'examen des documents, un entretien entre la collaboratrice ou 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 ses conclusions par écrit au fournisseur de prestations dans les 15 jours ouvrables.

3. Examen du cas auprès de la personne assurée

L'assureur mène 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 convient d'un 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 au préalable le fournisseur de prestations de la visite prévue. Le consentement du fournisseur de prestations n'est pas nécessaire.
- 3.2 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.