

Convention administrative Spitex¹

ZVR: 42.500.1576V

entre

**l'aide et soins à domicile suisse et
l'Association Spitex Privée Suisse (ASPS)**

et

**les assureurs-maladie nommés dans cette convention
et représentés par tarifsuisse sa**

concernant la rémunération des prestations relevant de l'assurance-maladie obligatoire dans le domaine de l'aide et des soins à domicile

conforme à la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

Valable à partir du 1^{er} janvier 2019

Préambule

L'aide et soins à domicile Suisse et l'Association Spitex Privée Suisse d'une part et tarifsuisse sa d'autre part concluent la convention administrative ci-après, valable pour toute la Suisse. Le but de cette convention est d'harmoniser les processus administratifs, la procédure d'assurance de la qualité et les définitions du domaine de prestations. Par ailleurs, les parties à la convention expriment la volonté que la convention administrative ait valeur de modèle pour toutes les organisations d'aide et de soins à domicile. La présente convention administrative est fondée sur les lois et ordonnances en vigueur au 1^{er} janvier 2019.

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

Art. 1 Parties à la convention

¹ Sont parties à la présente convention administrative l'aide et soins à domicile Suisse et l'Association Spitex Privée Suisse (ASPS) d'une part et les assureurs nommés ci-après d'autre part:

1. BAG Nr. 32 **Aquilana Versicherungen**
2. BAG Nr. 57 **Moove Sympany AG**
3. BAG Nr. 62 **SUPRA-1846 SA**
4. BAG Nr. 134 **Kranken- und Unfallkasse (Bezirkskrankenkasse) Einsiedeln**
5. BAG Nr. 182 **PROVITA Gesundheitsversicherung AG**
6. BAG Nr. 194 **Sumiswalder Krankenkasse**
7. BAG Nr. 246 **Genossenschaft Krankenkasse Steffisburg**
8. BAG Nr. 290 **CONCORDIA Schweiz. Kranken- u. Unfallversicherung AG**
9. BAG Nr. 312 **Atupri Gesundheitsversicherung**
10. BAG Nr. 343 **Avenir Assurance Maladie SA**
11. BAG Nr. 360 **Krankenkasse Luzerner Hinterland**
12. BAG Nr. 455 **ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG**
13. BAG Nr. 509 **Vivao Sympany AG**
14. BAG Nr. 558 **KVF Krankenversicherung AG**
15. BAG Nr. 762 **Kolping Krankenkasse AG**
16. BAG Nr. 774 **Easy Sana Assurance Maladie SA**
17. BAG Nr. 780 **Genossenschaft Glarner Krankenversicherung**
18. BAG Nr. 820 **Cassa da malsauns LUMNEZIANA**
19. BAG Nr. 829 **KLuG Krankenversicherung**
20. BAG Nr. 881 **EGK Grundversicherungen AG**
21. BAG Nr. 901 **sanavals Gesundheitskasse**
22. BAG Nr. 923 **Genossenschaft KRANKENKASSE SLKK**
23. BAG Nr. 941 **sodalis gesundheitsgruppe**
24. BAG Nr. 966 **vita surselva**
25. BAG Nr. 1040 **Verein Krankenkasse Visperterminen**
26. BAG Nr. 1113 **Caisse-maladie de la Vallée d'Entremont société coopérative**
27. BAG Nr. 1142 **Krankenkasse Institut Ingenbohl**
28. BAG Nr. 1318 **Stiftung Krankenkasse Wädenswil**
29. BAG Nr. 1322 **Krankenkasse Birchmeier**
30. BAG Nr. 1331 **Krankenkasse Stoffel, Mels**
31. BAG Nr. 1362 **Krankenkasse Simplon**
32. BAG Nr. 1384 **SWICA Krankenversicherung AG**
33. BAG Nr. 1386 **Galenos Kranken- und Unfallversicherung**
34. BAG Nr. 1401 **rhenusana**
35. BAG Nr. 1479 **Mutuel Assurance Maladie SA**
36. BAG Nr. 1507 **AMB Assurance SA**
37. BAG Nr. 1535 **Philos Assurance Maladie SA**
38. BAG Nr. 1542 **Assura-Basis SA**
39. BAG Nr. 1555 **Visana AG**
40. BAG Nr. 1560 **Agrisano Krankenkasse AG**
41. BAG Nr. 1568 **sana24 AG**
42. BAG Nr. 1570 **vivacare AG**
43. **Gemeinsame Einrichtung KVG**
Gibelinstrasse 25, Postfach, 4503 Solothurn, in ihrer Funktion als
aushelfender Träger gemäss Art. 19 Abs. 1 KVV

Tous représentés par procuration par tarifsuisse sa, Römerstrasse 20, 4502 Soleure.

- ² La convention s'applique
- a) aux fournisseurs de prestations ayant déclaré adhérer à la présente convention administrative (ci-après «fournisseurs de prestations»)
 - b) à tout assureur ayant conclu la convention
 - c) à tout assureur-maladie, reconnu au sens de la LAMal, ayant conclu la présente convention conformément à l'article 3
 - d) à l'aide et soins à domicile Suisse et à l'ASPS dans la mesure où elles acquièrent ou assument explicitement elles-mêmes des droits et obligations découlant de la présente convention
 - e) à tarifsuisse sa dans la mesure où elle acquiert ou assume explicitement elle-même des droits et obligations découlant de la présente convention.

Art. 2 Procédure d'adhésion et de sortie, exclusion

Adhésion d'un fournisseur de prestations à la convention

- ¹ Peuvent adhérer à la présente convention toutes les organisations de soins et d'aide à domicile admises selon l'article 51 OAMal, qu'elles soient ou non membres de l'aide et soins à domicile Suisse ou de l'Association Spitex Privée Suisse. Si une organisation possède plusieurs numéros RCC actifs (dans différents cantons, par ex.), elle doit adhérer à la convention avec chacun des numéros séparément pour pouvoir facturer à la charge de l'AOS.
- ² En adhérant à la présente convention, le fournisseur de prestations approuve sans conditions le contenu intégral de la convention, annexes incluses, lesquelles font partie intégrante de la convention.
- ³ La procédure d'adhésion est engagée par l'aide et soins à domicile Suisse et l'ASPS après signature intégrale de la convention administrative. Les dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-maladie s'appliquent. Il incombe à l'aide et soins à domicile Suisse / l'ASPS de régler en détail les adhésions et les sorties. Les assureurs, autrement dit tarifsuisse sa, n'assument aucun rôle et aucune responsabilité en la matière.
- ⁴ En cas de besoin, tarifsuisse sa a le droit de demander à l'aide et soins à domicile Suisse ou à l'ASPS la copie du formulaire d'adhésion d'un fournisseur de prestations.
- ⁵ Si l'adhésion a lieu d'ici au 30 janvier 2019 au plus tard, elle prend effet rétroactivement au 1^{er} janvier 2019. Si l'adhésion a lieu plus tard, la date de réception de la déclaration d'adhésion par l'aide et soins à domicile Suisse / l'ASPS est déterminante.
- ⁶ L'aide et soins à domicile Suisse / l'ASPS remettent tous les mois à tarifsuisse sa une liste actualisée des fournisseurs de prestations ayant adhéré à la convention. L'aide et soins à domicile Suisse et l'ASPS peuvent publier leurs listes sur Internet.
- ⁷ tarifsuisse sa, l'aide et soins à domicile Suisse et l'ASPS décident d'un commun accord de ne pas admettre un fournisseur de prestations dans la convention ou de l'en exclure. La décision notifiée au fournisseur de prestations et aux parties à la convention doit être dûment motivée. Les fournisseurs de prestations peuvent saisir le Tribunal arbitral cantonal selon l'article 89 LAMal.

Sortie d'un fournisseur de prestations de la convention

- ⁸ La sortie de la convention et de ses annexes est possible pour la fin d'une année civile, au plus tôt pour le 31 décembre 2020, en observant un préavis de six mois. Elle doit être notifiée à l'aide et soins à domicile Suisse ou à l'ASPS. L'aide et soins à domicile Suisse et l'ASPS informent tarifsuisse sa des sorties.

Art. 3 Conclusion de la convention par d'autres assureurs (droit d'option)

- ¹ tarifsuisse sa a le droit de déclarer applicables, de manière unilatérale, les droits et obligations découlant de la présente convention également pour d'autres assureurs-maladie admis, avec pour conséquence qu'une nouvelle convention au contenu identique voit le jour entre le nouvel assureur contractant et l'aide et soins à domicile suisse / ASPS (droit d'option).
- ² La convention basée sur le droit d'option entre le nouvel assureur-maladie contractant et l'aide et soins à domicile suisse / ASPS – sous réserve de son approbation par les autorités compétentes (art. 46, al. 4 LAMal) – dès que tarifsuisse sa a communiqué à l'aide et soins à domicile suisse / ASPS le numéro OFSP ainsi que le nom et l'adresse de l'assureur accompagnés de la déclaration de conclusion de ce dernier à la présente convention. La convention basée sur le droit d'option suit le sort de la présente convention tarifaire et prend fin à la même échéance.
- ³ L'exercice du droit d'option n'est valable que s'il est exercé par tarifsuisse sa qui dispose à cet effet d'une procuration du nouvel assureur contractant pour la conclusion de conventions tarifaires.

Art. 4 Champ d'application, prestations proposées

- ¹ La présente convention administrative règle les processus administratifs applicables aux prestations ambulatoires au sens des articles 25a LAMal, 51 OAMal et 7 ss. OPAS.
- ² La LAMal et la convention administrative établissent une distinction entre les soins essentiellement dispensés au domicile du patient et ceux donnés dans des structures de jour ou de nuit. La convention administrative s'applique aux deux formes précitées de soins ambulatoires. Toutefois une différence existe au niveau de la rémunération des soins (voir article 9 de la présente convention).
- ³ Les fournisseurs de prestations doivent avoir un numéro de Registre des Codes Créanciers (ci-après RCC) spécifique pour chacun des trois domaines des soins, i.e. de longue durée, aigus et de transition et dans les structures de jour ou de nuit.
- ⁴ **Les soins ambulatoires** sont dispensés de façon ponctuelle et, dans la grande majorité des cas, au domicile du patient. La rémunération s'effectue sur la base de l'article 7a, al. 1 OPAS.
- ⁵ Les soins ambulatoires dispensés par des **structures de jour ou de nuit** sont proposés par : des centres de jour et de nuit tels que foyers de jour, Centro diurno, 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 un centre de jour, soit un centre de nuit. Les prestations ne sont pas cumulables.

- ⁶ Une convention distincte s'applique aux **soins aigus et de transition**.
- ⁷ La convention administrative s'applique aux assurés
- a) adhérents d'un assureur visé à l'article 1, al. 2, let. b) de la présente convention administrative,
 - b) et ayant droit à l'assurance obligatoire des soins conformément à la LAMal.

Art. 5 Conditions pour les prestations

Les assureurs prennent en charge les coûts pour les soins ambulatoires conformément aux articles 7, al. 2 et 8 OPAS dispensés au domicile du patient, sur la base d'une évaluation des soins requis, sur prescription ou mandat médical, par des organisations d'aide et de soins à domicile et remplissant les conditions stipulées à l'article 51 OAMal.

Art. 6 L'évaluation des soins requis du patient

- ¹ L'article 8 OPAS prévoit l'obligation d'effectuer une évaluation des soins requis. Les fournisseurs de prestations sont libres dans le choix de l'instrument standardisé d'évaluation des soins requis (RAI-HC ou autre).
- ² L'évaluation écrite des soins requis comporte une appréciation de l'état général du patient ainsi que l'évaluation de son environnement et des soins et de l'aide dont il a besoin. Elle est effectuée par une infirmière diplômée habilitée à cet effet (voir article 8, al. 2 OPAS).
- ³ L'infirmière, conjointement avec le médecin, consigne le résultat de l'évaluation sur le formulaire de déclaration des soins requis mentionné à l'annexe 2a et 2b.
- a) S'il s'agit de soins ambulatoires au sens de l'article 4, al. 4 de la présente convention, le résultat doit être inscrit sur le formulaire de déclaration des soins requis visé à l'annexe 2a.
 - b) S'il s'agit de soins dispensés par des structures de jour ou de nuit selon l'article 4, al. 5 de la présente convention, le résultat doit être consigné sur le formulaire de déclaration des besoins selon l'appendice 3 à l'annexe 2b, ou les besoins en soins doivent être recensés au moyen des formulaires BESA pour structure de jour ou de nuit (appendice 4 à l'annexe 2b) ou RAI Séjours D/N (appendice 5 à l'annexe 2b).
- ⁴ L'évaluation des besoins s'effectue au domicile de l'assuré au début des prestations et doit être achevée au plus tard 14 jours calendaires après le début de l'intervention.
- ⁵ Si plusieurs fournisseurs de prestations interviennent auprès du même assuré, ils doivent coordonner leurs prestations et se concerter sur l'utilisation du budget temporel.

Art. 7 Mandat médical, évaluation des prestations

- ¹ Les prestations de soins présupposent un mandat médical. La déclaration fait état des besoins probables en soins. La déclaration s'effectue exclusivement selon le modèle de l'annexe 3. Sur le formulaire d'annonce des soins requis, les fournisseurs de prestations indiquent le temps supposé nécessaire selon l'art. 8, al. 3 OPAS. Les

prestations effectivement fournies sont facturées en tenant compte de l'art. 7 de cette convention.

- ² Le formulaire d'annonce des soins requis est dûment rempli en version papier et transmis à l'assureur immédiatement après la signature par le médecin et par la personne responsable des prestations fournies. Lorsque cela n'est pas possible, cette transmission se fera au plus tard avec la première facture.

Le formulaire d'annonce des soins requis peut aussi être transmis dûment rempli par voie électronique à l'assureur. L'exemplaire signé par le médecin peut être exigé par l'assureur.

- ³ La date du début effectif du traitement et la date d'entrée en vigueur de l'ordonnance doivent être identiques. Des ordonnances avec effet rétroactif ne sont pas autorisées.

L'annonce des soins requis doit être remise à l'assureur au plus tard avec la première facture mensuelle; l'assureur doit être informé lorsqu'il n'est pas possible de remettre l'annonce des soins requis dans les délais.

- ⁴ Si l'assureur ne conteste pas la déclaration dans les 14 jours calendaires à compter de sa réception, l'obligation d'assumer la prestation s'applique à condition que celle-ci réponde aux critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité.

- ⁵ La déclaration des besoins comporte les indications suivantes:

- a) Coordonnées de l'assuré (numéro d'assuré, numéro d'assurance sociale, nom, prénom, domicile, date de naissance, sexe)
- b) Indication s'il s'agit d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité
- c) Raison sociale de l'assureur
- d) Numéro RCC et GLN du/des fournisseurs de prestations ; l'indication du GLN est obligatoire seulement en cas de déclaration électronique ; sinon, selon disponibilité.
- e) Degré d'impotence (allocation pour impotence légère/moyenne/grave) si connu.
- f) Durée de validité de l'ordonnance médicale (du...au).
- g) Nom, numéro RCC et GLN du médecin prescripteur, l'indication du GLN est obligatoire seulement en cas de déclaration électronique; sinon, selon disponibilité
- h) Besoin prévisible de produits LiMA exclusivement utilisés par le patient lui-même, avec référence à deux chiffres du groupe de produits.
- i) Le nombre de minutes prévues par mois et par type de prestation selon l'art. 7 al. 2 let. a) à c) OPAS et le total des heures pour la durée de validité de l'ordonnance.
- j) Nombre d'actes de soins et de minutes par jour (conformément aux formulaires des appendices 3, 4 et 5 à l'annexe 2b) et montants de prise en charge résultants selon l'article 7a, al. 3 OPAS.

En cas de prestations dispensées conformément à l'article 4, alinéa 4 de la présente convention, la déclaration des besoins sera complétée d'une liste des prestations conformément à l'article 7, al. 2 OPAS ou de la liste des prestations prévues selon le modèle RAI-HC, avec l'indication du nombre prévisible d'interventions par prestation par jour, semaine, mois ou trimestre (exemples dans l'appendice à l'annexe 2).

- ⁶ Dans la mesure où la déclaration des besoins se réfère à:

- a) des soins ambulatoires au sens de l'article 4, al. 4 de la présente convention, elle comporte les indications visées à son article 7, al. 5, à l'exception des let. j).
- b) des soins dispensés dans des structures de jour ou de nuit au sens de l'article 4, al. 5 de la présente convention, elle comporte les indications visées à son article 7, al.5, à l'exception de la let. i).

Art. 8 Changement dans les soins requis

- ¹ Si les soins requis changent durablement, une nouvelle évaluation des besoins requis sera établie.
- ² Si les besoins en soins requis se modifient passagèrement en cours d'intervention durant plusieurs jours et dépassent considérablement le nombre d'heures prescrit, il faut annoncer ce changement à l'assureur.

Art. 9 Prise en charge des soins

- ¹ Les assureurs prennent en charge les contributions au coût des mesures d'évaluation et de conseil, de la coordination, d'examen et de traitement, ainsi que des soins de base au sens de l'article 7a OPAS.
- ² Le fournisseur de prestations facture la contribution correspondant au coût des soins dispensés conformément à l'article 7a OPAS. La facture ne peut pas être établie à l'avance.
- ³ Paiement des contributions:
 - a) toutes les prestations relevant de la loi sur l'assurance-maladie et relatives aux soins selon l'article 7, al. 2 OPAS, dispensés par les différents fournisseurs de prestations selon l'article 4 al. 4 de la présente convention, sont prises en charge conformément à l'article 7a, al. 1 et 2 OPAS.
 - b) toutes les prestations relevant de la loi sur l'assurance-maladie et relatives aux soins selon l'article 7 al. 2 OPAS, dispensés dans des structures de jour ou de nuit selon l'article 7a, al. 4 OPAS et l'article 4, al. 5 de la présente convention, sont prises en charge conformément à l'article 7a, al. 3 OPAS.
- ⁴ Le fournisseur de prestations ne peut pas facturer de prestations au sens de l'article 7 OPAS pendant la durée du séjour du patient dans un hôpital ou un établissement médico-social (y compris des soins aigus et de transition stationnaires), les jours d'entrée et de sortie non compris. Par ailleurs, le fournisseur de prestations ne peut pas facturer de prestations de soins ambulatoires de longue durée au sens de l'article 7 OPAS pendant que le patient reçoit des prestations ambulatoires dans le domaine des soins aigus et de transition.
- ⁵
 - a) Dans la mesure où le fournisseur de prestations satisfait les conditions de l'article 55 OAMal, il est reconnu dans le cadre de son activité comme un centre de remise de moyens et d'appareils. Si nécessaire, les assureurs peuvent demander à un fournisseur de prestations de produire une copie de l'autorisation.
 - b) Les moyens et appareils remis sur ordonnance médicale par un centre de remise selon l'article 55 OAMal qui sont utilisés par l'assuré lui-même ou avec l'aide d'un intervenant non professionnel impliqué dans l'examen ou le traitement (mais pas ceux utilisés dans le cadre de l'activité au sens de l'article 7 OPAS) peuvent être facturés jusqu'à concurrence du **montant maximal de remboursement moins 15%**. La facturation doit être détaillée et comporter le numéro de position LiMA ainsi que le calendrier.
 - c) La liste «Groupes de produits LiMA: utilisation par le patient ou par des tiers» figurant à l'annexe 5 sert de guide pour classifier les groupes de produits LiMA selon leur utilisation (utilisation par le patient ou par des tiers).

- ⁶ Le fournisseur de prestations n'a pas le droit de facturer des médicaments à charge de l'assurance obligatoire des soins.

Art. 10 Facturation et modalités de paiement

- ¹ Le débiteur de la rémunération au sens de cette convention administrative est l'assureur (système du tiers payant, article 42, al. 2 LAMal).
- ² En dérogation à l'alinéa 1, assureurs et fournisseurs de prestations peuvent opter pour le système du tiers garant.
- ³ La facturation est mensuelle.
- ⁴ Dans le système du tiers payant, l'assuré reçoit une copie de la facture établie par le fournisseur de prestations.
- ⁵ Une ordonnance médicale existe pour la période sous facturation.
- ⁶ Les délais de paiement dans le système du tiers payant sont les suivants:
- payable dans les 25 jours en cas de facturation électronique
- payable dans les 35 jours sans facturation électronique.
- ⁷ La facture porte sur les prestations dispensées sur la base d'une ordonnance médicale et prises en charge par l'assurance obligatoire des soins. Les prestations qui ne sont pas prises en charge par l'assurance obligatoire doivent être facturées séparément.
- ⁸ L'assureur motive ses contestations. Le délai de paiement est suspendu pour la partie contestée de la facture. L'assureur est tenu de rembourser la partie non contestée de la facture dans le délai indiqué à l'al.6.
- ⁹ Si les conditions sont remplies pour une suspension des prestations au sens de l'article 64a, al. 7 LAMal, l'assureur suspend la prise en charge des coûts. Dès le paiement intégral des primes ou les participations aux coûts arriérées ainsi que des intérêts moratoires et des frais de poursuite, l'assureur prend à sa charge les coûts dans leur totalité.

Art. 11 Données devant figurer sur la facture

- ¹ La facture comporte les données suivantes:
- a) Coordonnées de l'assuré (numéro de l'assuré, numéro d'assurance sociale, nom, prénom, domicile, date de naissance, sexe).
 - b) Indication s'il s'agit d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité
 - c) Raison sociale de l'assureur.
 - d) Numéro complet de la facture adressée par le fournisseur de prestations à l'assuré concerné, y compris date de la facture.
 - e) Numéro RCC et GLN du fournisseur de prestations; l'indication du GLN est obligatoire seulement en cas de déclaration électronique; sinon, selon disponibilité
 - f) Numéro RCC et GLN du médecin prescripteur; l'indication du GLN est obligatoire seulement en cas de déclaration électronique; sinon, selon disponibilité
 - g) Degré d'impotence (allocation pour impotence légère/moyenne/grave) si connu.
 - h) Durée des soins en minutes (selon le système décimal) selon le type de prestations au sens de l'article 7 al.2, let. a) à c) OPAS, calendrier.

- i) Durée de validité de l'ordonnance médicale / des ordonnances médicales pendant la période de facturation.
- j) Numéros de positions LiMA complets et quantité (pour les produits LiMA utilisés par les patients eux-mêmes)
- k) Classification selon l'appendice à l'annexe 2b, 2c ou 2d ainsi que le calendrier
- l) Montants de prise en charge selon l'article 7a, al. 3 OPAS

² Si la facture se réfère à

- a) des soins ambulatoires au sens de l'article 4, al. 4 de la présente convention, la facture comporte les indications énumérées à son alinéa 1 sans la let. k).
- b) des structures de jour ou de nuit au sens de l'article 4, al. 5 de la présente convention, la facture comporte les indications énumérées à son alinéa 1 sans la let. h).

Art. 12 Echange électronique de données (EED)

- ¹ Les parties à la convention souhaitent réaliser l'échange électronique de données entre fournisseurs de prestations et assureurs.
- ² Assureurs et fournisseurs de prestations peuvent convenir d'un échange électronique de données. Dans ce cas, les données administratives et médicales sont adressées par voie électronique à l'assureur conjointement à la déclaration des besoins (en vertu de l'article 7) ou à la facture (en vertu de l'article 11). L'assureur reçoit toutes les données sous une forme structurée et électroniquement lisible.
- ³ L'échange électronique des données de la déclaration des besoins ainsi que des factures s'effectue selon les normes convenues pour la transmission des données dans le Forum Datenaustausch. Ces normes sont fixées dans un document arrêté conjointement par les parties à la convention.

Art. 13 Devoir d'informer

- ¹ Les fournisseurs de prestations reconnaissent que, de par la loi (et notamment le droit du mandat selon le CO), il leur incombe une obligation spéciale d'informer leurs patients sur les prestations de l'assurance-maladie sociale et sur les coûts non couverts par l'assurance obligatoire des soins.
- ² Ils sont notamment tenus d'informer leur patient sur la réglementation en matière de suspension des prestations et sur ses effets concrets en vertu de l'article 64a, al. 7 LAMal en cas de retard de paiement et d'arriérés dans la participation aux coûts.

Art. 14 Protection tarifaire

Le fournisseur de prestations s'engage à respecter la protection tarifaire au sens de l'article 44 LAMal.

Art. 15 Efficacité, adéquation et économicité des prestations

Le fournisseur de prestations assume la responsabilité pour l'efficacité, l'adéquation et l'économicité de ses prestations et du matériel utilisé (articles 32 et 56 LAMal).

Art. 16 Garantie de la qualité

La garantie et la promotion de la qualité seront réglées séparément conformément aux articles 58 LAMal et à l'article 77 OAMal. Elles s'étendent aux prestations prescrites par la loi et convenues contractuellement, notamment en vertu des articles 7ss. OPAS. Elles doivent prendre effet pour tous les fournisseurs de prestations et pour les assureurs ayant adhéré à la présente convention administrative.

Art. 17 Qualification minimale du personnel

Les conditions à remplir par le personnel professionnel nécessaire sont décrites aux annexes 3a et b.

- a) Concernant les soins ambulatoires au sens de l'article 4, al. 4 de la présente convention, l'annexe 3a s'applique.
- b) Concernant les soins ambulatoires au sens de l'article 4, al. 5 de la présente convention, l'annexe 3b s'applique.

Art. 18 Statistique des prestations (reporting)

- ¹ Les fournisseurs de prestations dispensant des soins ambulatoires au sens de l'article 4, al. 4 de la présente convention s'engagent à communiquer à tarifsuisse, jusqu'au plus tard au 30 juin de l'année suivante, le nombre d'heures facturées l'année précédente par type de prestation conformément à l'article 7, al.2 let. a) à c) OPAS.
- ² Les fournisseurs de prestations dispensant des soins ambulatoires au sens de l'article 4, al. 5 de la présente convention, s'engagent à communiquer à tarifsuisse, jusqu'au plus tard au 30 juin de l'année suivante, le nombre d'heures facturées l'année précédente par niveau de contribution conformément à l'article 7a, al. 3 OPAS.

Art. 19 Obligation de renseigner du fournisseur de prestations

- ¹ Les assureurs sont tenus, par la loi, de vérifier, sur la base des factures qui leur sont adressées, l'obligation de prise en charge des prestations, ainsi que leur économicité. A cette fin, ils effectuent les contrôles suivants :
 - 1.1 Examen des pièces justificatives soumises par l'organisation d'aide et de soins à domicile selon article 6, alinéa 5.
 - 1.2. Examen des pièces justificatives demandées par l'assureur et soumises par l'organisation d'aide et de soins à domicile,
 2. Examen des dossiers clients auprès du fournisseur de prestations,
 3. Examen de cas particulier/s auprès de l'assuré.
- ² L'obligation d'informer l'assureur qui incombe au fournisseur de prestations est soumise au principe de proportionnalité. Les parties concernées sont tenues au respect des normes de protection des données. C'est pourquoi la majorité des cas seront vérifiés selon la modalité mentionnée sous al.1. du présent article.
- ³ Le déroulement des vérifications est réglé dans l'annexe 4.

Art. 20 Procédure à suivre en cas de désaccord

- ¹ En règle générale, les litiges entre assureurs et fournisseurs de prestations doivent être réglés directement par les parties concernées.
- ² La possibilité de saisir le Tribunal arbitral cantonal selon l'article 89 LAMal est ouverte aux fournisseurs de prestations et aux assureurs-maladie.

Art. 21 Entrée en vigueur / durée de validité de la convention

- ¹ La présente convention et ses annexes entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2019 et sont conclues pour une durée indéterminée. La présente convention remplace celle qui était valable jusqu'à fin 2018.

Art. 22 Modification de la convention

- ¹ Les parties peuvent modifier à tout moment la présente convention en tout ou partie par déclarations écrites concordantes et sans résiliation formelle.
- ² En cas de modifications légales ayant des répercussions sur la présente convention, celle-ci est modifiée en conséquence.
- ³ 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 (clause de sauvegarde).
- ⁴ Dans la mesure du possible, les modifications sont coordonnées bilatéralement.

Art. 23 Résiliation, sortie

- ¹ La convention peut être résiliée, en observant un délai de six mois, pour la fin d'une année civile, au plus tôt pour le 31.12.2020.
- ² Les assureurs-maladie qui concluent la convention ne se constituent pas en société simple, mais chaque assureur conclut la présente convention séparément en son nom. La présente convention ne crée ni droits ni obligations dans les rapports des assureurs entre eux. La résiliation de la convention par un assureur n'a donc aucune incidence sur la poursuite de la convention entre les autres assureurs et le fournisseur de prestations.
- ³ Si l'aide et soins à domicile Suisse et l'ASPS souhaitent résilier la présente convention à l'égard de tous les assureurs pour lesquels tarifsuisse sa a conclu la convention, ils ont le droit d'adresser la résiliation, qui sera juridiquement contraignante, à tarifsuisse sa à l'attention des parties à la convention. La lettre de résiliation doit mentionner clairement et sans équivoque la convention à résilier et être accompagnée d'une déclaration explicite selon laquelle la convention est résiliée à l'égard de tous les assureurs. Une résiliation à l'égard d'un cercle limité d'assureurs n'est pas possible.

Art. 24 Dispositions transitoires

¹ La disposition transitoire suivante s'applique au formulaire de déclaration des besoins conformément à l'article 7 :

- Pour les soins ambulatoires au sens de l'article 4, al. 4 : les anciens formulaires restent valables.
- Pour les soins ambulatoires au sens de l'article 4, al. 5 (structures de jour et de nuit): le formulaire provisoire selon l'appendice 3 à l'annexe 2b s'applique jusqu'à nouvel ordre.

² La disposition transitoire suivante s'applique au formulaire de facturation conformément à l'article 11 :

- Pour les soins ambulatoires au sens de l'article 4, al. 4 :
 - Les anciens formulaires peuvent être utilisés. Il existe également la possibilité d'utiliser le formulaire correspondant au modèle de Formulaire General Invoice (voir Forum Datenaustausch).
- Pour les soins ambulatoires au sens de l'article 4, al. 5 (centres de jour et de nuit) :
 - Les 12 niveaux de contribution au sens de l'article 7a, al. 3 OPAS doivent être intégrés aux anciens formulaires.
 - Il existe également la possibilité d'utiliser le formulaire correspondant au modèle de Formulaire de facture (voir Forum Datenaustausch).

Art. 25 Annexes

La présente convention comporte les annexes suivantes, lesquelles, en vertu de l'article 2, al. 2 font partie intégrante de la convention.

Annexe 1:

Liste des fournisseurs de prestations ayant adhéré à la convention administrative.

Annexe 2:

Formulaire pour le mandat médical / la déclaration des besoins assortie de pièces justificatives

Annexe 3:

Personnel professionnel

Annexe 4:

Accord relatif aux contrôles effectués par les assureurs-maladies

Annexe 5:

Liste «Groupes de produits LiMA: utilisation par le patient ou par des tiers»

Art. 26 Dispositions finales

¹ La présente convention est établie et signée en trois exemplaires. Un exemplaire est destiné à l'aide et soins à domicile Suisse, un autre à l'ASPS et le dernier à tarifsuisse sa.

² En cas de contradictions entre la présente convention et la version allemande, c'est cette dernière qui fait foi.

Berne / Soleure, le

l'aide et soins à domicile suisse

Walter Suter
Président

Marianne Pfister
Secrétaire centrale

Association Spitex Privée Suisse (ASPS)

Pirmin Bischof
Président

Marcel Durst
Directeur

Au nom des assureurs mentionnés comme parties contractantes ainsi que – en relation avec les dispositions qui définissent les droits ou les obligations de tarifsuisse – pour elle-même:

tarifsuisse sa

Dr. Renato Laffranchi
Chef Achat des prestations
Membre de la direction

Marc Berger
Responsable des négociations

Annexe 1 Liste des fournisseurs de prestations ayant adhéré à la convention

Cette convention s'applique selon l'article 2 aux fournisseurs de prestations suivants :

La liste actualisée peut être obtenue auprès de l'aide et soins à domicile suisse.

Annexe 2 Formulaire pour le mandat médical, la déclaration des besoins

- 2a: pour les prestations ambulatoires au sens de l'article 4, al. 4 de la présente convention: version définitive en suspens.
Appendices :
 - Appendice 1 à l'annexe 2a: liste des prestations visées à l'article 7, al. 2 OPAS
 - Appendice 2 à l'annexe 2a: feuille de planification des soins RAI-HC (exemple)

- 2b: pour les centres de jour ou de nuit au sens de l'article 4, al. 5 de la présente convention :
 - Appendice 3 à l'annexe 2b: version définitive en suspens. Solution transitoire: formulaire provisoire (appendice).
 - Appendice 4 à l'annexe 2b: déclaration des besoins selon BESA: structure de jour ou de nuit
 - Appendice 5 à l'annexe 2b: attestation de traitement RAI Séjours D/N

Appendice 1 à l'annexe 2a: Liste des prestations au sens de l'article 7, al. 2 OPAS

Nom _____ Prénom _____

Nombre	=	Nombre de prestations	
Fréquence	=	Unité : <ul style="list-style-type: none"> • 2j, 3j...7j= 2, 3...7 jours par semaine • s=par semaine (hebdomadaire) • m= par mois (mensuel) j= par an • u=uniquement 	
Exemples			
Détermination simple de la glycémie et de la glycosurie 2 fois par jour 7 jours sur 7	=	Nombre 2	Fréquence t7
Assistance lors du bain médical deux fois par semaine		2	w

Cocher lorsqu'une prestation est prévue	Description détaillée de la prestation (selon article 7, al. 2 OPAS)	Nombre: combien de fois la prestation doit-elle être assurée ?	Fréquence: Unité de la prestation prévue
	Evaluation des besoins requis du patient etc.		
	Conseils au patient etc.		
	Coordination des prestations		
	Contrôle des signes vitaux etc.		
	Test simple de 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.		

Appendice 2 à l'annexe 2a:

Liste des prestations prévues selon le modèle de RAI-Home-Care

Tous les fournisseurs de prestations travaillant avec RAI-Home-Care peuvent envoyer la liste des prestations prévues RAI-Home-Care.

Pour de plus amples informations sur RAI-Home-Care, on se référera au site de l'ASSASD

www.spitex.ch.

Sample	Arnold
Nom	Prénom
Numéro d'assuré	Numéro de dossier

Introduire le numéro du catalogue des prestations, compléter les colonnes W et T. Nombre, unité et temps si différent du standard ou notamment inscrit dans le catalogue des prestations

Nr.	Description de la prestation (facultative)	Qui	Edu.	Nb	Fréq.	Temps	Comp. mini.	LAMal
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 (1ère fois)							a
10906	Bilan d'évolution de l'état de santé							a
10907	Consulter médecin au sujet de la cliente							a
10909	Conseil et instruction à la cliente ou aux proches							a
20012	Nettoyage hebdomadaire (logement de 4 pièces)							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° 20999 non listées dans la colonne

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

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

Qui : S = organisation d'aide et de soins à domicile / Edu = éducation / Nb. = nombre

Fréq. = t2, tg3...t7: 2,3 ...7 jours par semaine / w = par semaine / m=par mois / u=unique / s.b.. = selon besoin

Comp. mini. = qualification minimale sur la base, si possible, des dénominations usuelles des fonctions respectivement des formations utilisées dans la statistique Spitex

Appendice 3 à l'annexe 2b

Formulaire provisoire – Version 1

Mandat médical / Déclaration des besoins pour centres de jour ou de nuit

Nom Assureur-maladie.....
 Prénom N° d'assuré.....
 Rue
 NPA/Lieu..... en cas de prestations selon LAA:
 Date de naissance Assureur-accident
 Sexe féminin masculin

Motif de la prise en charge: maladie invalidité accident
 Allocation pour impotents: néant léger moyen grave pas d'informations
 Valable pour (art. 8 OPAS): 3 mois 6 mois de à
 Autres fournisseurs de prestation oui non pas d'informations
 Si oui, nom et N° RCC

	Autonomie				Observations		
	--	-	+	++			
Comprendre et s'exprimer							
Trouver ses repères							
Capacité de participation / compliance / observance							
					Soins administrés	Total en minutes par jour	Observations
					une fois	plusieurs fois	
Se déplacer / mobilité							
S'alimenter et boire							
Faire sa toilette et s'habiller							
Evacuation de l'urine et des selles							
Soins thérapeutiques selon art. 7, al. 2, let. b OPAS							
Autres prestations (les décrire):							
Total en minutes							
Niveau selon art. 7a, al. 3 OPAS							

Prise en charge par le centre de jour / de nuit	par semaine	par mois
	Durée par séjour de à heures	
Durée par jour de séjour de à heures		

Remarques:

Nom de l'organisation: Médecin:

Numéro RCC: Numéro RCC:

Date: Date:

Signature: Signature:

Le formulaire de déclaration des besoins doit être rempli conjointement par l'infirmier/e et le médecin dans les deux semaines au plus tard après le début des soins. Le centre de jour envoie le formulaire dûment rempli à l'assureur et avise l'organisation de soins à domicile concernée ou les personnes soignantes indépendantes du séjour effectué dans le centre.

Appendice 4 à l'annexe 2b

Bedarfsmeldeformulare Tages- oder Nachtstruktur-BESA

BESA system

Muster M (m, 1.1.1920)

Eintrittsdatum: 1.1.2015 (TNS; 4 Tage/Woche) (21)

Formular Pflegethemen in Minuten und Tarifstufe

Erfassung am	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum
Erfassung durch					
Zu verrechnen ab					
Visum durch					
Visum am					
Massnahmenpaket-Bereiche	in Minuten	in Minuten	in Minuten	in Minuten	in Minuten
Pflegeleistungen und Querschnittsleistungen					
Psychogeriatrische Leistungen <i>Summe der MP 1.2.1+1.2.2+1.2.3</i>					
Mobilität, Motorik und Sensorik					
Körperpflege <i>Summe der MP 3.2.1+3.2.2</i>					
Essen und Trinken					
Medizinische Pflege <i>Summe der MP 5.2.1+5.2.2+5.2.3</i>					
Querschnittsleistungen <i>entlang dem Pflegeprozess</i>					
Total Minuten Pflege inkl. Querschnittsleistungen (berechnet mit nicht gerundeten Werten)					
Tarifstufe					
Inkontinenzgrad					
Empfehlung Steuergruppe vom 31.8.2011 Lineare Kürzung 8.45% (Total in Minuten) Die Kürzung ist im MP 6 berücksichtigt					

**System-Berechnungen: Alle Berechnungen erfolgen mit effektiven, nicht gerundeten Zeitwerten.
System-Anzeige: Alle Teil- und Globalwerte werden auf ganze Minuten gerundet angezeigt.**

Unterschrift Ärztin/Arzt:.....

Stempel

Datum:.....

Pflegestufen gemäss KLV Art. 7					
Minutenbereich	Pflegestufe	Minutenbereich	Pflegestufe	Minutenbereich	Pflegestufe
1 bis 20	Stufe 1	81 bis 100	Stufe 5	161 bis 180	Stufe 9
21 bis 40	Stufe 2	101 bis 120	Stufe 6	181 bis 200	Stufe 10
41 bis 60	Stufe 3	121 bis 140	Stufe 7	201 bis 220	Stufe 11
61 bis 80	Stufe 4	141 bis 160	Stufe 8	221 und mehr Min	Stufe 12

Appendice 5 à l'annexe 2b

Mit der Rechnung an Krankenversicherung einreichen			
Heim (Stempel) Musterheim XX Strasse YY 9999 Musterhausen Zahlstellen-Nr: ZSR		RAI/RUG Pflege- und Behandlungsausweis für die Krankenversicherung Gültig ab. _____	
AA1	Name	a.	
AA2/3	Geschlecht / Geb.-Datum	Weiblich	31.12.1931
Krankenversicherer OKP			
Tarifstufe CH			
Original Pflegeaufwandgruppe (RUG)			
A8	Beurteilungsgrund	D/N Aufenthalt	
AA6	Eintrittsdatum ins Heim	07.01.2013	
A3	Datum der Dokumentation	30.01.2013	
G1	Körperliche Funktionsfähigkeit	ADL-Index (Bewegung im Bett, Transfer, Toilettenbenützung, Essen) <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px; margin-right: 5px;">4</div> <div style="font-size: small;"> 4 = Unabhängig 18 = maximale Abhängigkeit </div> </div>	
I1	Krankheiten	<input type="checkbox"/> STOFFWECHSEL- / ERNÄHRUNGSKRANKHEITEN <input type="checkbox"/> HERZ / KREISLAUF <input type="checkbox"/> MUSKEL / SKELETT <input type="checkbox"/> NEUROLOGISCHE <input type="checkbox"/> PSYCHIATR. ERKRANK. <input type="checkbox"/> LUNGE <input type="checkbox"/> SENSORISCHE ERKRANKUNGEN <input type="checkbox"/> SONSTIGE <input type="checkbox"/> INFEKTIONEN	
I2			
P1b	Spezielle Behandlungen / Massnahmen	Skala A = Anzahl der Tage (in den letzten 7 Tagen), an denen Einzeltherapie von mindestens 15 Min. Dauer stattgefunden hat Skala B = Gesamtdauer in Min in den letzten 7 Tagen	
		A	B
a. Sprachtherapie			
b. Ergotherapie			
c. Physiotherapie			
P3	Pflegetraining	Anzahl der Tage (in den letzten 7 Tagen) mit entsprechenden Massnahmen von 15 Min. oder mehr	
		a. Passive Beweglichkeit	0
		b. Aktive Beweglichkeit	0
		c. Hilfsmittel-Training	0
		d. Bewegung im Bett	0
		e. Transfer	0
		f. Gehen	0
		g. Ankleiden / Körperpflege	0
		h. Essen oder Schlucken	0
		i. Prothesenversorgung, Stumpfpflege	0
		j. Sprachtraining	0
Unterschrift Heimleitung		Die Heimleitung bestätigt das Vorliegen der Unterschrift des zuständigen Arztes in der MDS-Beurteilung, die Richtigkeit des MDS und die ausgewiesene RUG-Gruppe. _____ Datum _____	
Zuständiger Arzt: Name, Vorname, Praxisort, ZSR-Nr: _____ <small>Weitere Angaben können z.H. des Vertrauensarztes verlangt werden.</small>			

Annexe 3

Personnel professionnel

5 a) prestations de soins ambulatoires au sens de l'article 3, al. 4 et al. 5, let. b				
	Formation / dénomination professionnelle	Evaluation des besoins / Conseil	Soins de base	Examen, soins thérapeutiques
Degré tertiaire	Personnel infirmier avec une formation au minimum au niveau tertiaire : SIG, infirmiers de santé publique, PSY, HMP, DN II, infirmière diplômée DN I avec au moins 2 ans d'expérience professionnelle Infirmière diplômée ES + HES	Oui	Oui	Oui
	DN I, infirmière avec moins de deux ans d'expérience professionnelle	Non	Oui	Oui
	EP Assistant/-e spécialisé/-e en soins de longue durée et accompagnement	Non	Oui	Oui
	IAS (CC CRS)	Non	Oui	Oui
Degré secondaire II	Aide familiale CFC, ou diplômé avec module complémentaire en soins thérapeutiques Assistante en soins et santé communautaire (ASSC)	Non	Oui	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Contrôle des signes vitaux ◆ Administration de médicaments et autres mesures thérapeutiques ¹⁾
	Accompagnateur pour personnes âgées Assistante socio-éducative (ASE) Assistante médicale CFC (AM)	Non	Oui	Non
	Assistent santé-social (AGS)	Non	Limités à de simples gestes d'assistance	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Contrôle des signes vitaux ◆ Administration de médicaments ¹⁾ ◆ Prises de sang
		Non	Pas de soins de base complets avec responsabilité pour le dossier	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Contrôle des signes vitaux ◆ Administration de médicaments ¹⁾
	Aide-soignante Auxiliaire de santé CRS ²⁾ Aide à domicile ayant suivi un cours pour auxiliaires de santé ²⁾	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 ou titulaires d'un DN I avec moins de 2 ans d'expérience professionnelle travaillent toujours sous la supervision, les instructions et la responsabilité d'un titulaire de diplôme du degré tertiaire.		

3 b) Soins ambulatoires au sens de l'article 4, al. 5

Dans les structures de soins de jour ou de nuit, la responsabilité générale incombe à une infirmière diplômée, présente sur place ou représentée de manière adéquate par une remplaçante.

Annexe 4 Accord relatif aux contrôles effectués par l'assureur

1. Examen auprès de l'assureur

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

1.1. Examen des pièces justificatives soumises par l'organisation d'aide et de soins à domicile selon article 6, alinéa 5.

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

- Formulaire d'évaluation des prestations à fournir conformément à l'article 6
- Formulaire de facturation conformément à l'article 10
- Planification des soins (à annexer à la Déclaration des besoins): Liste des prestations conformément à l'article 7 al. 2 OPAS ou Liste des prestations prévues selon le modèle de RAI-Home-Care.

1.2 Examen des pièces justificatives demandées par l'assureur et soumises par l'organisation d'aide et de soins à domicile sous réserve de l'article 42, al. 5 LAMal, le fournisseur de prestations met à la disposition de l'assureur d'autres pièces pertinentes si celui-ci en fait la demande.

2. Examen auprès du fournisseur de prestations

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

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

3. Examen du cas particulier auprès de l'assuré

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

- L'assureur informe l'assuré du but de sa visite et convient d'un rendez-vous avec lui. La visite de contrôle peut avoir lieu dans le cadre d'une intervention régulière du fournisseur de prestations. Dans ce cas, l'assureur informe le fournisseur de prestations au moins 14 jours de calendrier avant la visite prévue.

Une fois la visite de contrôle effectuée, l'assureur doit adresser par écrit ses conclusions au fournisseur de prestations dans les dix journées de travail.

Annexe 5

Liste «Groupes de produits LiMA: utilisation par le patient ou par des tiers»

Explication des termes	Utilisation par le patient	Utilisation par la personne assurée elle-même ou avec l'aide d'un intervenant non professionnel impliqué dans l'examen ou le traitement (mais pas dans le cadre de l'activité au sens de l'article 7 OPAS). Les moyens et appareils peuvent être facturés conformément à l'article 9 al. 5.
	Utilisation par des tiers	Utilisation dans le cadre de l'activité au sens de l'article 7 OPAS. Le matériel de soins / les moyens et appareils ne peuvent être facturés en sus.

Il est recommandé à titre indicatif de classer les groupes de produits LiMA comme indiqué ci-après selon qu'ils sont utilisés par le patient lui-même ou par des tiers:

Groupe de produits	Désignation	Utilisation par le patient ou par des tiers
14	Appareils d'inhalation et de respiration	Matériel à usage unique: utilisation par des tiers
15	Aides pour l'incontinence	Utilisation par le patient
sauf 15.11 15.13	Sondes à demeure Accessoires pour sondes	Utilisation par des tiers
17	Articles pour traitement compressif	Utilisation par le patient
29	Matériel de stomathérapie	Au début: utilisation par des tiers Ensuite: utilisation par le patient
31	Accessoires pour trachéostomes	Utilisation par des tiers
35	Matériel de pansement	Utilisation par des tiers
99.50	Boîte à médicaments, semainier	Prise des médicaments par le patient: utilisation par le patient Prise des médicaments avec l'aide de l'association d'aide et de soins à domicile: utilisation par des tiers

Exemples:

- Lorsque les aides pour l'incontinence sont utilisées **majoritairement** par le patient lui-même ou par une personne proche, la facturation est établie pour l'assureur en tant qu'utilisation par le patient.
- Lorsque le matériel de pansement est utilisé **majoritairement** par le personnel infirmier, la facturation est établie pour celui qui prend en charge les coûts restants en tant qu'utilisation par des tiers.

Cette liste n'est pas exhaustive.

L'évaluation des besoins permet d'estimer si l'utilisation a lieu **majoritairement** par le patient ou par des tiers. Les indications relatives à l'utilisation par le patient sont notées sur le formulaire de déclaration des besoins (selon l'article 7, al. 5, let. h) de la présente convention).

Il faut néanmoins préciser qu'aucun produit ni groupe de produits ne peut être attribué de manière catégorique à l'un ou l'autre type d'utilisation. L'appréciation a lieu au cas par cas pour chaque patient.

Le type d'utilisation peut également évoluer au fil du temps. Ainsi, il est possible qu'un patient s'habitue à utiliser lui-même certains moyens auxiliaires ou matériels de soins ou que son entourage (famille, voisins, etc.) l'aide à s'en servir.

Appareils (01, 03, 14, 21)

Le matériel à usage unique lié à l'utilisation de ces appareils est classé dans la catégorie «utilisation par des tiers».