Convention administrative

N° de convention: 42.500.xxxx

du 1er janvier 2021

concernant le

remboursement des prestations de soin dans les structures de jour ou de nuit

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

entre

Curaviva Suisse
Zieglerstrasse 53
Case postale 1003
3000 Berne 23

et

senesuisse
Bahnhofplatz 2
Case postale
3011 Berne

ci-après: **associations**

et

1.	n° OFSP 32	**Aquilana Assurances**
2.	n° OFSP 57	**Moove Sympany SA**
3.	n° OFSP 62	**Supra-1846 SA**
4.	n° OFSP 134	**Kranken- und Unfallkasse, Bezirkskrankenkasse Einsiedeln**
5.	n° OFSP 182	**PROVITA Assurance santé SA**
6.	n° OFSP 194	**Sumiswalder Krankenkasse**
7.	n° OFSP 246	**Genossenschaft Krankenkasse Steffisburg**
8.	n° OFSP 290	**CONCORDIA Suisse. Maladie et accidents SA**
9.	n° OFSP 312	**Atupri Assurance de la santé**
10.	n° OFSP 343	**Avenir Assurance-Maladie SA**
11.	n° OFSP 360	**Krankenkasse Luzerner Hinterland**
12.	n° OFSP 455	**ÖKK Assurances maladie et accidents SA**
13.	n° OFSP 509	**Vivao Sympany SA**
14.	n° OFSP 558	**KVF Krankenversicherung SA**
15.	n° OFSP 762	**Kolping Caisse-maladie SA**
16.	n° OFSP 774	**Easy Sana Assurance-Maladie SA**
17.	n° OFSP 780	**Genossenschaft Glarner Krankenversicherung**

18.	n° OFSP 820	**Cassa da malsauns LUMNEZIANA**
19.	n° OFSP 829	**KLuG Krankenversicherung**
20.	n° OFSP 881	**EGK Caisse de Santé SA**
21.	n° OFSP 901	**sanavals Gesundheitskasse**
22.	n° OFSP 923	**Krankenkasse SLKK**
23.	n° OFSP 941	**sodalis gesundheitsgruppe**
24.	n° OFSP 966	**vita surselva**
25.	n° OFSP 1040	**KKV Krankenkasse Visperterminen**
26.	n° OFSP 1113	**Caisse-maladie de la Vallée d'Entremont**
27.	n° OFSP 1142	**Krankenkasse Institut Ingenbohl**
28.	n° OFSP 1318	**Krankenkasse Wädenswil**
29.	n° OFSP 1322	**Krankenkasse Birchmeier**
30.	n° OFSP 1331	**Krankenkasse Stoffel Mels**
31.	n° OFSP 1362	**Krankenkasse Simplon**
32.	n° OFSP 1384	**SWICA Organisation de santé**
33.	n° OFSP 1386	**GALENOS Assurance-maladie et accidents**
34.	n° OFSP 1401	**rhenusana – Die Rheintaler Krankenkasse**
35.	n° OFSP 1479	**Mutuel Assurance-Maladie SA**
36.	n° OFSP 1507	**Fondation AMB**
37.	n° OFSP 1535	**Philos Assurance-Maladie SA**
38.	n° OFSP 1542	**Assura-Basis SA**
39.	n° OFSP 1555	**Visana SA**
40.	n° OFSP 1560	**Caisse-maladie Agrisano SA**
41.	n° OFSP 1568	**sana24 SA**
42.	n° OFSP 1570	**Vivacare SA**
43.		**Institution commune LAMal** Gibelinstrasse 25, Case postale, 4503 Soleure, dans sa fonction d'organisme d'entraide conformément à l'art. 19 al. 1 OAMal

ci-après: **assureurs**

Tous représentés conformément à la procuration par

tarifsuisse sa
Römerstrasse 20
4502 Soleure

Les associations et assureurs sont conjointement nommés **parties contractantes**.

Dispositions générales

Art. 1 Champs d'application matériel et personnel

La présente convention s'applique:

a) aux fournisseurs de prestations ayant déclaré adhérer à la présente convention administrative (ci-après «fournisseurs de prestations»)
b) à tous les assureurs adhérant à la convention
c) à tous les assureurs-maladie reconnus au sens de la LAMal et ayant conclu la présente convention conformément à l'art. 4
d) à Curaviva Suisse et à senesuisse, dans la mesure où elles reprennent expressément à leur compte les droits et les obligations définis dans la présente convention
e) à tarifsuisse sa, dans la mesure où elle reprend expressément à son compte les droits et les obligations définis dans la présente convention

Art. 2 Champ d'application matériel

[1] La convention administrative concerne le remboursement de prestations à des personnes assurées sous le régime de la LAMal auprès d'un assureur signataire de la présente convention ou ayant droit à un remboursement au sens de la LAMal conformément à un accord international.

[2] La présente convention administrative règle l'application des tarifs légaux et des processus administratifs relatifs aux prestations de soin apportées dans des structures de jour ou de nuit conformément aux art. 25a al. 1 LAMal et 7 ss OPAS.

[3] Les conditions suivantes doivent être remplies de manière cumulative pour un séjour dans une structure de jour ou de nuit:

- Le patient vit et retourne à domicile (les pensionnaires d'EMS ne reçoivent pas de contributions AOS pour les visites dans une structure de jour ou de nuit).
- Les prestations sont apportées en dehors du domicile / du lieu de résidence habituel de l'assuré.
- Le patient séjourne au moins quatre heures en continu dans la structure de jour ou de nuit.
- Obligation de coordination: les différents fournisseurs de prestations doivent se concerter et coordonner leurs soins sur une même journée au même patient. La facturation multiple de soins identiques est exclue.

[4] La présente convention ne s'applique pas aux séjours stationnaires en établissement médico-social, aux prestations de soins ambulatoires majoritairement dispensées dans des résidences avec services, ni aux soins aigus et de transition.

Art. 3 Processus d'adhésion et de résiliation

Art. 3.1 Adhésion d'un fournisseur de prestations

[1] Peuvent adhérer à la présente convention tous les fournisseurs de prestations répondant aux conditions de prestations figurant à l'art. 5 de la présente convention.

[2] La procédure d'adhésion est lancée par les associations une fois la convention intégralement signée. Le processus doit être clôturé dans un délai de 4 semaines. Les dispositions de la loi sur l'assurance-maladie s'appliquent. Les associations règlent les modalités d'adhésion et de résiliation et en assument l'entière responsabilité. Elles doivent en particulier veiller à ce que seuls les fournisseurs de prestations respectant les conditions de l'art. 3.1 al. 1 de la présente convention puissent y adhérer.

[3] Les associations communiquent à tarifsuisse sa les adhésions enregistrées à l'issue du processus d'adhésion, conformément à l'alinéa 2, ainsi que les nouvelles déclarations d'adhésion ou de résiliation immédiatement après réception, et ce dans un tableau Excel conforme au modèle fourni dans l'annexe 1. La liste vaut, vis-à-vis des assureurs, en tant que déclaration contraignante d'adhésion ou de résiliation des fournisseurs de prestations mentionnés.

[4] Par son adhésion, le fournisseur de prestations accepte sans conditions l'ensemble du contenu de la convention, y compris les annexes qui font partie intégrante de la convention.

[5] En cas d'adhésion jusqu'au 31 mars 2021, celle-ci prend effet de manière rétroactive au 1er janvier 2021. Passé ce délai, la date de réception par tarifsuisse de la liste d'adhésions actualisée conformément à l'alinéa 3 fait foi.

Art. 3.2 Résiliation de la convention par un fournisseur de prestations

[1] Le fournisseur de prestations résilie par écrit son adhésion à la convention. La déclaration de résiliation signée doit être envoyée par courrier postal ou par e-mail à l'association compétente, qui informe ensuite tarifsuisse sa au moyen de la liste d'adhésions et de résiliations conformément à l'art. 3.1 al. 3.

[2] La résiliation est possible pour la fin de chaque année, moyennant un préavis de six mois et au plus tôt au 31 décembre 2021. La date de réception par tarifsuisse sa de la liste d'adhésions et de résiliations conformément à l'art. 3.1 al. 3 fait foi. Un retrait de l'autorisation d'exploitation cantonale ou la radiation de la liste cantonale des établissements médico-sociaux entraîne la résiliation immédiate de la convention pour la fin de l'année qui suit sans envoi de déclaration de résiliation. Un changement de numéro RCC suite à un changement de propriétaire entraîne aussi une résiliation automatique de la convention. Une nouvelle déclaration d'adhésion doit être soumise avec le nouveau numéro RCC. Accompagnée de la résiliation de l'ancien numéro RCC, elle doit être signalée à tarifsuisse sa au moyen de la liste d'adhésions et de résiliations conformément à l'art. 3.1 al. 3.

Art. 4 Conclusion de la convention par d'autres assureurs (droit d'option)

[1] tarifsuisse sa est autorisée à rendre applicable les droits et obligations découlant de la présente convention à d'autres assureurs-maladie admis. Une nouvelle convention avec le même contenu régit alors les relations entre le nouvel assureur adhérent et le fournisseur de prestations (droit d'option).

[2] La convention reposant sur le droit d'option passée entre le nouvel assureur adhérent et les associations est considérée comme conclue (sous réserve d'autorisation par les autorités compétentes) dès que tarifsuisse sa communique aux associations le numéro OFSP, le nom et l'adresse de l'assureur, ainsi que sa déclaration d'adhésion à la présente convention. La convention reposant sur le droit d'option expire automatiquement dès que la présente convention est supprimée.

[3] L'exercice du droit d'option n'est valable que s'il est effectué par l'intermédiaire de tarifsuisse sa et si tarifsuisse sa possède la procuration correspondante de l'assureur pour la conclusion de conventions tarifaires en son nom.

Art. 5 Conditions spécifiques aux prestations

[1] Les assureurs-maladie prennent en charge le coût des prestations dans les structures de jour ou de nuit lorsque le fournisseur de prestations remplit les conditions suivantes:

a) autorisation spéciale pour structures de jour ou de nuit dans les cantons qui l'exigent;
b) mandat de prestations pour structures de jour ou de nuit dans les cantons qui l'exigent;
c) numéro de registre des codes-créanciers (numéro RCC) séparé pour structure de jour ou de nuit.

[2] Si, durant la période de validité de la convention, les conditions mentionnées à l'alinéa 1 ne sont plus remplies, l'obligation légale de prise en charge des prestations par l'assurance obligatoire des soins s'éteint.

Art. 6 Prescription médicale, déclaration des besoins

[1] Le recours à des prestations de soin dans des structures de jour et de nuit requiert une ordonnance médicale conformément à l'art. 8 al. 1 OPAS ainsi qu'une évaluation des besoins au sens de l'art. 8b OPAS.

[2] Le besoin de prestations au sens de l'art. 7 al. 2 lettre b doit être confirmé par écrit par le médecin prescripteur. L'ordonnance médicale ainsi que le résultat de l'évaluation des besoins signé par le médecin prescripteur pour les prestations au sens de l'art. 7 al. 2 lettre b OPAS doivent être transmis à l'assureur au plus tard avec la première facture.

[3] La date effective de début de traitement et la date à partir de laquelle l'ordonnance entre en vigueur doivent être identiques. Les ordonnances à effet rétroactif ne sont pas autorisées.

Art. 7 Systèmes d'évaluation des besoins

[1] Le fournisseur de prestations est libre de choisir son système d'évaluation des besoins dans le respect des directives cantonales.

[2] Les systèmes d'évaluation des besoins suivants ainsi que leurs divers modules de calcul peuvent être utilisés par les établissements médico-sociaux ou les structures de jour et de nuit:

- PLAISIR
- RAI/RUG
- BESA

[3] Les précisions des fournisseurs de système dans les manuels, directives, décisions de la CT PLAISIR etc. déterminent l'utilisation des modules de calcul dans la mesure où elles respectent les dispositions légales et celles de la présente convention.

[4] Un changement de système est possible en début de mois. Il doit être signalé par écrit aux parties contractantes au moins trois mois avant la date de changement prévue.

[5] D'autres systèmes d'évaluation des besoins que ceux mentionnés à l'alinéa 2 requièrent l'autorisation préalable des parties contractantes.

II. Contribution des assureurs-maladie

Art. 8 Etendue des prestations et remboursement

[1] Le remboursement des prestations s'effectue conformément à l'art. 7a al. 4 OPAS en relation avec l'art. 7a al. 3 OPAS.

[2] La saisie de l'évaluation des besoins doit être effectuée par du personnel infirmier disposant d'une formation de niveau tertiaire et formés sur le système correspondant. Le résultat de l'évaluation des besoins au sens de l'art. 8 OPAS doit être consigné dans le formulaire d'évaluation des besoins en collaboration avec le médecin.

[3] Les délais d'évaluation des besoins et de classification dépendent des règles de l'instrument d'évaluation des besoins utilisé.

III. Facturation et paiement des factures

Art. 9 Facturation et rémunération

[1] L'assureur est le débiteur de la rémunération conformément à la présente convention (système du tiers payant, art. 42 al. 2 LAMal).

[2] Contrairement à l'alinéa 1, assureurs et fournisseurs de prestations peuvent aussi opter pour le système du tiers garant (l'assuré est débiteur). Le fournisseur de prestations en informe les patients de manière appropriée.

[3] En dérogation à l'alinéa 1, le système du tiers garant sera applicable à compter du 1er janvier 2022 pour toutes les factures qui ne seront pas transmises de manière électronique.

[4] La facturation s'effectue sur une base mensuelle.

[5] Le paiement a lieu sous 30 jours, à réception de la facture.

[6] Si des éclaircissements supplémentaires sont nécessaires pour évaluer l'étendue des prestations au moment de la facturation (demande de documents complémentaires p. ex.), le délai indiqué à l'alinéa 5 est suspendu.

[7] Dans des cas justifiés et sur demande de l'assureur, le fournisseur de prestations doit remettre gratuitement au médecin-conseil les documents médicaux supplémentaires nécessaires au contrôle de la facture.

[8] Les délais de paiement sont suspendus en cas de réclamation justifiée.

[9] Sont facturées les prestations couvertes par l'assurance obligatoire des soins. Celles qui ne le sont pas doivent être facturées séparément à l'assuré.

Art. 9 Mentions sur la facture

Les factures du fournisseur de prestations contiennent les indications suivantes:

a) Données générales conformément à l'art. 10 al. 1 de la présente convention
b) Indication s'il s'agit d'une maladie, d'un accident ou autre (invalidité, grossesse)
c) Numéro de facturation complet du fournisseur de prestations pour l'assuré concerné et date de facturation
d) Données concernant le médecin prescripteur (numéro RCC et GLN)
e) Degré d'impotence (allocation pour impotence faible/moyenne/grave) si connu
f) Durée de validité de la/des prescription(s) médicale(s) pour la période de facturation
g) Nombre de séjours facturés par tranches de 24 h avec calendrier
h) Montant des séjours facturés par tranches de 24 h et montant total

Art. 10 Echange électronique de données

[1] L'ensemble de la correspondance entre le fournisseur de prestations et l'assureur doit contenir au moins les informations suivantes:

a) Nom, numéro RCC et GLN du fournisseur de prestations
b) Nom et GLN de l'assureur
c) Données sur l'assuré:
   - Numéro d'assuré

- Numéro de carte d'assuré
- Numéro d'assurance sociale
- Nom
- Prénom
- Adresse du domicile
- Date de naissance
- Sexe

[2] Le fournisseur de prestations s'engage à transmettre la facture de manière électronique conformément aux standards XML en vigueur et aux directives du Forum Datenaustausch dans le cadre des dispositions légales au plus tard à compter du 1er janvier 2022.

[3] Si certains fournisseurs de prestations ou assureurs ne peuvent pas procéder à l'échange électronique de données à compter du 1er janvier 2022, les formulaires de facturation ainsi que d'autres documents peuvent être remis sur papier. Il conviendra dans ce cas d'utiliser le formulaire de facturation conforme aux standards du Forum Datenaustausch. La facturation s'effectue alors selon le système du tiers garant.

Art. 11 Obligation d'informer

[1] Le fournisseur de prestations reconnaît qu'il est légalement tenu d'informer expressément ses patients des prestations prises en charge par l'assurance-maladie sociale et, le cas échéant, des coûts non couverts par l'assurance obligatoire des soins.

[2] L'obligation d'informer concerne particulièrement les dispositions légales et les conséquences concrètes d'une suspension de la prise en charge des prestations conformément à l'art. 64a al. 7 LAMal en cas d'arriérés de primes ou de participation aux coûts.

VI. Economicité et garantie de la qualité

Art. 12 Economicité et garantie de la qualité

[1] Les prestations de soins doivent être fournies selon les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (art. 32 LAMal). Le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement (art. 56 LAMal).

[2] Le fournisseur de prestations s'engage à participer aux mesures de garantie de la qualité selon l'art. 77 OAMal.

Art. 13 Obligation de renseigner du fournisseur de prestations

[1] L'assureur a le droit et le devoir de vérifier l'obligation de prise en charge des prestations. La gestion des données est réglée dans les dispositions légales relatives à l'assurance-maladie et à la protection des données.

[2] L'ensemble des documents nécessaires à la vérification du dossier est transmis ou présenté pour examen aux contrôleurs des caisses-maladie qui en font la demande.

[3] Les contrôles peuvent être effectués chez le fournisseur de prestations ou chez l'assureur.

[4] Si les résultats du contrôle influent sur le remboursement, le fournisseur de prestations en est immédiatement informé par écrit. Le responsable des soins du fournisseur de prestations peut donner son avis sur la décision du contrôleur de l'assureur. En cas de désaccord, le fournisseur de prestations et l'assureur peuvent, en plus des spécialistes des deux parties participant déjà à la procédure, faire appel, à titre complémentaire, à un autre expert.

[5] Une solution est généralement trouvée dans les quatre semaines suivant la date du contrôle.

[6] Les modifications de classification acceptées par les deux parties entrent en vigueur à la date du contrôle.

V. Modalités formelles

Art. 14 Durée et entrée en vigueur

La présente convention est conclue pour une durée indéterminée. Elle entre en vigueur au 1er janvier 2021.

Art. 15 Résiliation

[1] La présente convention peut être résiliée pour chaque fin d'année avec un préavis de 6 mois et au plus tôt pour le 31 décembre 2021.

[2] Les assureurs adhérant à la convention ne constituent pas de société simple entre eux. Chaque assureur adhère de manière individuelle à la présente convention. La présente convention n'établit aucuns droits ni obligations entre les assureurs. La résiliation de la convention par un assureur n'influe donc pas sur le maintien des relations contractuelles entre le reste des assureurs et les associations.

[3] A l'inverse, les associations ont la possibilité de résilier la convention uniquement vis-à-vis de certains assureurs en leur envoyant la résiliation directement. Elles peuvent également envoyer leur résiliation avec effet juridiquement contraignant de manière centralisée à tarifsuisse sa à l'attention de l'assureur concerné. Le courrier de résiliation doit citer clairement et sans équivoque la convention qui doit être dissoute, et s'accompagner d'une indication claire de l'assureur concerné par la résiliation (n° OFSP).

[4] Si les associations souhaitent résilier la convention avec l'ensemble des assureurs représentés par tarifsuisse sa, elles sont en droit d'adresser à tarifsuisse sa de manière centralisée une résiliation avec effet juridiquement contraignant à l'attention de tous les assureurs. Le courrier de résiliation doit citer clairement et sans équivoque la convention qui doit être dissoute, et s'accompagner d'une explication claire des raisons motivant la résiliation avec l'ensemble des assureurs.

Art. 16 Arbitrage

[1] Les différends nés dans le cadre de l'application de la présente convention doivent par principe être réglés par les parties concernées.

[2] Les fournisseurs de prestations comme les assureurs peuvent saisir le tribunal d'arbitrage cantonal conformément à l'art. 89 LAMal.

Art. 17 Annexes

La présente convention contient l'annexe suivante, qui fait partie intégrante de la convention:

Annexe 1
Modèle de liste d'adhésions

Berne, le ……..

Curaviva Suisse

Dr Daniel Höchli
Directeur

Dr Markus Leser
Membre de la direction

senesuisse

Albert Rösti
Président

Christian Streit
Directeur

Au nom des assureurs mentionnés comme parties contractantes, ainsi qu'en nom propre pour les règlements qui définissent les droits et obligations de tarifsuisse sa:

Soleure, le ……..

tarifsuisse sa

Dr Renato Laffranchi
Responsable Achat de prestations
Membre de la direction

Marc Berger
Responsable des négociations

Annexe 1

Modèle pour la liste des adhésions et résiliations des fournisseurs de prestations. La liste doit être transmise à tarifsuisse sa sous forme de tableau Excel conformément à l'art. 3.1 al. 3 de la convention.

N° RCC	GLN	Nom du fournisseur de prestations	Adresse du fournis-seur de prestations	Adhésion au	Résiliation au