

---

# Convention administrative

entre

**l'Association suisse des infirmières et infirmiers SBK-ASI**

**Choisystrasse 1**

**3008 Berne**

ci-après «**l'ASI**»

(**Adresse postale:** Association suisse des infirmières et infirmiers SBK-ASI, Case postale, 3001 Berne)

et

**la Communauté d'achat HSK**

**Zürichstrasse 130**

**8600 Dübendorf**

ci-après «**HSK**»

(**Adresse postale:** Communauté d'achat HSK AG, Case postale, 8081 Zürich)

ci-après «**les parties contractantes**»

concernant

**Concernant le remboursement des prestations ambulatoires relevant de l'assurance obligatoire des soins au sens de la LAMal fournies par des infirmières et des infirmiers.**

**En vigueur à dater du 1er avril 2021**

## Inhaltsverzeichnis

|          |   |    |
|----------|---|----|
| Art. 1   | Parties contractantes .....   | 3  |
| Art. 2   | Adhésion et résiliation de la part des assureurs .....                                | 3  |
| Art. 3   | Adhésion et résiliation de la part des fournisseurs de prestations .....              | 3  |
| Art. 4   | Domaine d'application et prestations couvertes.....                                   | 4  |
| Art. 5   | Obligations des fournisseurs de prestations et des assureurs .....                    | 4  |
| Art. 5.1 | Obligations des fournisseurs de prestations .....                                     | 4  |
| Art. 5.2 | Obligations des assureurs .....   | 5  |
| Art. 6   | Conditions du remboursement .....   | 5  |
| Art. 7   | Prescription médicale, évaluation, déclaration et modifications des soins requis..... | 5  |
| Art. 7.1 | Prescription médicale, évaluation des soins requis .....                              | 5  |
| Art. 7.2 | Déclaration des soins requis aux assureurs .....                                      | 6  |
| Art. 7.3 | Modifications des soins requis.....   | 7  |
| Art. 8   | Prise en charge, y compris des moyens et appareils.....                               | 7  |
| Art. 9   | Facturation et modalités de paiement.....   | 8  |
| Art. 9.1 | Facturation.....  | 8  |
| Art. 9.2 | Modalité de paiement .....  | 9  |
| Art. 10  | Echange électronique de données .....   | 10 |
| Art. 11  | Economicité et garantie de la qualité, contrôles .....                                | 10 |
| Art. 12  | Validité des versions linguistiques.....  | 10 |
| Art. 13  | Entrée en vigueur, durée et résiliation de la convention .....                        | 10 |
| Art. 14  | Annexes à la convention .....   | 11 |
| Art. 15  | Réserve de la forme écrit.....  | 11 |
| Art. 16  | Clause salvatrice.....  | 11 |
| Art. 17  | Droit applicable/instance de conciliation .....                                       | 11 |
| Art. 18  | Disposition finale .....  | 11 |
| Art. 19  | Disposition transitoire.....  | 12 |
| Annexe 1 | Liste des assureurs ayant adhéré à la convention administrative .....                 | 14 |
| Annexe 2 | - Formulaire de déclaration des besoins requis et annexe .....                        | 15 |
| Annexe 3 | - Accord relatif aux contrôles effectués par les assureurs.....                       | 18 |
| Annexe 4 | - Remboursement des moyens et appareils.....  | 20 |

## Art. 1 Parties contractantes

Sont parties à la présente convention administrative l'Association suisse des infirmières et infirmiers SBK-ASI, ci-après "l'ASI", ainsi que la Communauté d'achat HSK SA, ci-après HSK.

## Art. 2 Adhésion et résiliation de la part des assureurs

- 1 La présente convention déploie ses effets pour tout assureur affilié à la communauté d'achat HSK ne faisant pas part, par écrit, dans les 14 jours à dater de la signature de la convention de son refus d'y adhérer.
- 2 Les assureurs ayant adhéré à la présente convention sont nommés à l'annexe 1. HSK informe l'ASI et les assureurs de toutes les modifications.
- 3 Des assureurs non affiliés à HSK peuvent adhérer à la présente convention au moyen d'une déclaration écrite. Ils s'acquittent d'une taxe d'adhésion ainsi que d'une participation annuelle aux coûts. Les modalités sont réglées hors de cette convention.
- 4 Les assureurs qui adhèrent à la présente convention (ci-après : "les assureurs") en acceptent sans réserve toutes les dispositions y compris ses annexes.
- 5 Chaque assureur a le droit de sortir de la présente convention en respectant un préavis de six mois au 31 décembre de chaque année, au plus tôt au 31.12.2022. La résiliation doit être communiquée à HSK par écrit dans les délais prescrits. La convention reste intégralement applicable à tous les assureurs restants.

## Art. 3 Adhésion et résiliation de la part des fournisseurs de prestations

- 1 Tout fournisseur de prestations remplissant les conditions de l'art. 49 OAMal et en possession d'une autorisation de pratique cantonale peut adhérer à la présente convention.
- 2 Les fournisseurs de prestations peuvent adhérer à la présente convention au moyen d'une déclaration écrite à l'adresse de l'ASI. L'adhésion à la convention est gratuite pour les membres de l'ASI.
- 3 Les fournisseurs de prestations qui ne sont pas membres de l'ASI peuvent également adhérer à la convention. L'ASI règle les modalités et conditions (taxe d'adhésion etc.).
- 4 Les fournisseurs de prestations qui adhèrent à la présente convention en acceptent sans réserve toutes les dispositions y compris ses annexes.
- 5 L'ASI communique à HSK la liste des adhésions par courrier électronique à l'adresse [mail@ecc-hsk.info](mailto:mail@ecc-hsk.info). Elle informe HSK de toutes les modifications. L'art. 19 (disposition transitoire) de la présente convention est applicable à tous les fournisseurs de prestations ayant adhéré à la convention administrative précédente avec HSK jusqu'au 31 mars 2021.

- 6 Chaque fournisseur de prestations a le droit de sortir de la présente convention en respectant un préavis de six mois, au 30 juin ou au 31 décembre de chaque année, au plus tôt au 31.12.2021. La résiliation doit être communiquée à l'ASI. Celle-ci informe HSK trimestriellement de toutes les résiliations.

## **Art. 4 Domaine d'application et prestations couvertes**

- 1 La présente convention règle les modalités administratives en lien avec les prestations de soins infirmiers ambulatoires au sens des art. 25a LAMal, 49 OAMal et 7 ss. OPAS. Les prestations de soins infirmiers qui ne sont pas soumises à l'art. 7 OPAS (par ex. conseils en cas d'allaitement) font l'objet de conventions distinctes.
- 2 Elle s'applique aux assurés au bénéfice d'une assurance-maladie obligatoire (AOS) auprès de l'un des assureurs mentionnés à l'annexe 1.
- 3 La LAMal ainsi que la présente convention distinguent entre soins infirmiers ambulatoires fournis par des infirmières ou infirmiers au domicile de leurs patientes ou patients ou dans leurs propres locaux (cabinet) d'une part, et soins infirmiers ambulatoires prodigués dans une structure de soins de jour ou de nuit. La présente convention vaut pour les deux formes précitées.
- 4 Le remboursement des soins infirmiers ambulatoires fournis au domicile des patients ou dans les propres locaux (le cabinet) de l'infirmière ou de l'infirmier s'effectue sur la base de l'art. 7a al. 1 OPAS.
- 5 On entend par soins infirmiers ambulatoires en structures de jour ou de nuit des structures de soins telles que le foyer de jour, le centro diurno, les CAT, UAT-VD et autres services comparables. La patiente ou le patient vit à la maison et rentre à la maison. En 24 heures, il peut être fait recours aux services d'une structure de soins de jour ou de nuit. Le cumul n'est pas possible. Le remboursement s'effectue sur la base de l'art. 7 al. 4 OPAS.
- 6 Les conditions suivantes s'appliquent aux structures de soins de jour ou de nuit :
  - a. le cas échéant, une autorisation cantonale pour structure de soins de jour ou de nuit;
  - b. le cas échéant, un mandat de prestations cantonal;
  - c. un numéro RCC distinct pour « structure de soins de jour ou de nuit ».

## **Art. 5 Obligations des fournisseurs de prestations et des assureurs**

### **Art. 5.1 Obligations des fournisseurs de prestations**

- 1 Toute correspondance entre fournisseurs de prestations et assureurs doit indiquer :
  - les données de la personne assurée : Nom, prénom, adresse, date de naissance, sexe, numéro d'assuré
  - le nom de l'assureur
  - les données du fournisseur de prestations : Numéro RCC, GLN

- 2 Dans le cadre de l'échange électronique de données, il est possible de définir quelles informations supplémentaires doivent être fournies, pour autant que celles-ci répondent aux exigences légales.
- 3 Le fournisseur de prestations est tenu d'informer ses patients préalablement de l'étendue des prestations de l'assurance obligatoire des soins ainsi qu'en particulier des coûts non pris en charge par celle-ci.
- 4 Le fournisseur de prestations s'engage à respecter la protection tarifaire au sens de l'art. 44 LAMal.

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

- 1 L'art. 5.1 al. 1 est également applicable aux assureurs.
- 2 L'assureur n'est tenu au remboursement qu'à condition que et dans la mesure où d'autres assureurs ne sont pas tenus de prendre en charge les frais en question conformément à la LAA, la LAI ou la LAM, sous réserve de la prise en charge provisoire au sens de l'art. 70 LPGa.

## **Art. 6 Conditions du remboursement**

- 1 Conformément à l'art. 7a al. 1 et 2, à l'art. 8 et à l'art. 8a OPAS, les assureurs prennent en charge les coûts des prestations de soins infirmiers ambulatoires effectivement fournies sur la base d'une évaluation des soins requis, sur prescription ou mandat médical par des infirmières ou infirmiers remplissant les conditions stipulées à l'art. 49 OAMal.
- 2 Sont prises en charge les prestations selon l'art. 7 OPAS pour autant qu'elles soient prodiguées personnellement à domicile, dans les propres locaux (le cabinet) de l'infirmière ou de l'infirmier ou dans une structure de jour ou de nuit et que le fournisseur de prestations soit en possession d'une autorisation cantonale valable pour le lieu où les prestations sont fournies.

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

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

- 1 Le droit aux prestations de soins infirmiers doit être validé par une prescription ou un mandat médical signé et les soins requis doivent faire l'objet d'une évaluation au sens des art. 8 et 8a OPAS. Les fournisseurs de prestations sont libres dans le choix de l'instrument standardisé d'évaluation des soins requis.
- 2 La responsabilité pour la saisie de l'évaluation des soins requis est assumée par des infirmières ou infirmiers formés en la matière.
- 3 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 (cf. art. 8a OPAS).
- 4 L'évaluation des besoins s'effectue en présence du patient 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 patient, ils doivent coordonner leurs prestations et se concerter sur l'utilisation du budget-temps dont ils disposent.
- 6 Le fournisseur de prestations qui se fait remplacer régulièrement par d'autres fournisseurs de prestations doit faire figurer leur nom et leur numéro RCC sur le formulaire de déclaration des besoins. Toute modification peut être annoncée à l'assureur au moyen d'une copie corrigée du formulaire actuel de déclaration des besoins requis, mentionnant le nom et le numéro RCC de la nouvelle remplaçante.
- 7 Une nouvelle évaluation et déclaration complète des soins requis doit être transmise à l'assureur à chaque transfert de dossier. Celle-ci doit faire état de l'infirmière référente et de toutes ses remplaçantes.

## Art. 7.2 Déclaration des soins requis aux assureurs

- 1 La déclaration fait état des besoins probables en soins. Conformément à l'art. 8a al. 4 OPAS, l'infirmière référente y indique le temps nécessaire des prestations prévues. La facturation porte sur les prestations effectivement fournies, en tenant compte de l'art. 7.3 ci-dessous.
- 2 Le résultat de l'évaluation des soins requis doit être consigné sur le formulaire de déclaration des besoins au sens de la présente disposition et des annexes 2a et 2b.
  - a. Les soins infirmiers ambulatoire requis au sens de l'art. 4 al. 4 de la présente convention sont à consigner sur le formulaire de déclaration figurant à l'annexe 2a.
  - b. Les prestations fournies en structure de soins de jour ou de nuit au sens de l'art. 4 al. 5 de la présente convention sont à consigner sur le formulaire de déclaration figurant à l'annexe 2b.
- 3 Une fois rempli de façon complète, le formulaire de déclaration des besoins signé par l'infirmière référente doit être envoyé à l'assureur dès que le médecin en aura pris connaissance (pour les prestations selon l'art 7 al. 2 let. a et c OPAS) ou qu'il l'aura signé (pour les prestations selon l'art. 7. al. 2 let. b OPAS), au plus tard avec la première facture. L'assureur ne remboursera aucune prestation en l'absence d'une déclaration des besoins valable. Les ordonnances à effet rétroactif ne sont pas admises.
- 4 La déclaration des besoins peut également être envoyée à l'assureur par voie électronique selon les directives du « Forum Datenaustausch ». Le fournisseur de prestations est responsable de présenter à l'assureur la déclaration des besoins signée par le médecin, lorsque cela est requis.
- 5 Les contrôles des assureurs sont réglés à l'annexe 3.
- 6 La déclaration des besoins contient les données suivantes :
  - a) Coordonnées de l'assuré (nom, prénom, date de naissance, lieu de domicile, numéro d'assuré et/ou numéro d'assurance sociale)
  - 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 numéro GLN du fournisseur de prestations (l'indication du numéro GLN n'est obligatoire qu'en cas de déclaration électronique ; sinon, selon disponibilité)

- e) Numéro RCC et numéro GLN de toutes les autres infirmières impliquées (l'indication du numéro GLN n'est obligatoire qu'en cas de déclaration électronique ; sinon, selon disponibilité)
- f) Numéro RCC et numéro GLN du médecin prescripteur (l'indication du numéro GLN n'est obligatoire qu'en cas de déclaration électronique ; sinon, selon disponibilité)
- g) Degré d'impotence (allocation pour impotence faible/moyenne/grave) si celui-ci est connu
- h) Durée de validité de l'ordonnance médicale (du... au...)
- i) Besoin probable de produits figurant sur la LiMA, y compris le numéro (à deux chiffres) des groupes de produits facturés par l'infirmière ou l'infirmier

En outre, en cas de prestations de soins infirmiers selon l'art 4 al. 4 de la présente convention :

- j) Durée probable des soins (en minutes, par catégorie au sens de l'art. 7 al. 2 let. a à c OPAS) par mois et au total pour la durée de validité de l'ordonnance. Les directives du « Forum Datenaustausch » s'appliquent en cas de transmission électronique.
- k) Liste des prestations selon l'art. 7 al. 2 OPAS, avec indication du nombre probable d'interventions par catégorie par jour, semaine, mois ou trimestre (à titre d'exemple cf. annexe 2a).

En outre, en cas de prestations fournies en structures de soins de jour ou de nuit selon l'art. 4 al. 5 de la présente convention:

- l) Evaluation de l'autonomie
- m) Nombre probable d'interventions et temps requis en minutes par jour, avec indication de la catégorie de rémunération correspondante au sens de l'art. 7a al. 3 OPAS.

### **Art. 7.3 Modifications des soins requis**

- 1 Si les soins requis changent durablement, on procédera à une nouvelle évaluation.
- 2 Si le besoin des soins requis change passagèrement au cours d'une prise en charge pour une durée de plusieurs jours et qu'il dépasse sensiblement le nombre de minutes prescrites, le changement doit être annoncé par écrit à l'assureur.

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

- 1 Il s'ensuit de la nature personnelle du numéro RCC
  - Que chaque infirmière impliquée dans les soins doit être reconnue et donc disposer de son propre numéro RCC,
  - Qu'une infirmière ne facturera que des prestations qu'elle aura fournies personnellement,
- 2 Conformément à l'art. 7a OPAS, les assureurs prennent en charge une contribution aux coûts des prestations d'évaluation, de conseils, de coordination, d'exams, de traitements et de soins de base.
- 3 Le fournisseur de prestations facture la contribution correspondant aux soins dispensés conformément à l'article 7a OPAS. La facture ne peut pas être établie à l'avance.
- 4 Avec le versement des montants :

- a) Selon l'art. 7a al. 1 et 2 OPAS, toutes les interventions infirmières selon l'art. 7 al. 2 let. a à c OPAS prodiguées par les fournisseurs de prestations visés à l'art. 4 al. 2 de la présente convention sont réputées intégralement remboursées ;
  - b) Selon l'art. 7a al. 3 OPAS, toutes les interventions selon l'art. 7 al. 2 let. a à c OPAS prodiguées en structure de jour ou de nuit au sens de l'art. 7a al. 4 OPAS et de l'art. 4 al. 5 de la présente convention sont réputés intégralement remboursés.
- 5 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). Cette règle ne s'applique ni aux jours d'entrée et de sortie, ni aux évaluations des soins requis et aux prestations de coordination qui s'imposent durant une hospitalisation en vue d'un déroulement optimal de la prise en charge. 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 (SAT). Exceptionnellement, le fournisseur de prestations et l'assureur peuvent convenir d'une facturation simultanée de prestations de soins infirmiers ambulatoires au sens de l'art. 7 OPAS et de SAT.
- 6 Les moyens et appareils selon l'annexe 2 de l'OPAS que les fournisseurs de prestations sont habilités à dispenser et à facturer sur la base des dispositions légales applicables et sur ordonnance médicale sont énumérés à l'annexe 4.
- 7 Des prestations dont il n'est pas fait mention dans le cadre de la présente convention ne sauront être facturées à charge de l'assurance obligatoire des soins (par ex. médicaments etc.).

## Art. 9 Facturation et modalités de paiement

### Art. 9.1 Facturation

- 1 La facturation s'effectue mensuellement.
- 2 Une facturation intermédiaire doit être effectuée dans les prises en charge qui perdurent au-delà du 31 décembre. Lorsqu'un assuré change d'assureur au 30 juin, le fournisseur de prestations, sur demande de l'assureur sortant, procédera jusqu'au 15 août de la même année à une facturation des prestations fournies jusqu'au 30 juin.
- 3 Dans le cadre des dispositions légales applicables, le fournisseur de prestations s'engage à transmettre ses factures conformément aux standards et directives du « Forum Datenaustausch ».
- 4 Les factures contenant les indications énumérées à l'al. 5 ci-dessous et autres documents peuvent être transmises sous forme papier lorsque le fournisseur de prestations ou l'assureur ne procède pas à l'échange de données sous forme électronique.
- 5 La facture contient les données suivantes :
- a) Date et numéro de la facture
  - b) Coordonnées de l'assuré (nom, prénom, date de naissance, lieu de domicile, numéro d'assuré et/ou numéro d'assurance sociale)



- c) Motif du traitement (maladie, accident ou maternité)
- d) Raison sociale de l'assureur
- e) Numéro RCC et numéro GLN du fournisseur de prestations (l'indication du numéro GLN n'est obligatoire qu'en cas de facturation électronique ; sinon, selon disponibilité)
- f) Numéro RCC et numéro GLN du médecin prescripteur (l'indication du numéro GLN n'est obligatoire qu'en cas de facturation électronique ; sinon, selon disponibilité)
- g) Degré d'impotence (allocation pour impotence faible/moyenne/grave) si celui-ci est connu
- h) Durée de validité de l'ordonnance médicale (ou des ordonnances médicales) relatives à la période de facturation
- i) Pour moyens et appareils : code tarifaire, numéro complet du poste LiMA et quantité (les détails ressortent de l'annexe 4)

Pour les prestations prodiguées à domicile ou dans les propres locaux (le cabinet) de l'infirmière au sens de l'art. 4 al. 4 de la présente convention :

- j) le nombre de minutes (en chiffres décimaux), par catégorie de prestations au sens de l'art. 7 al. 2 let. a à c OPAS, calendrier à l'appui.

Pour les prestations prodiguées en structure de soins de jour ou de nuit au sens de l'art. 4 al. 5 de la présente convention:

- k) calendrier assorti de la catégorie tarifaire applicable.

## Art. 9.2 Modalité de paiement

- 1 Les parties contractantes stipulent que la rémunération au sens de l'art. 7a OPAS est due par l'assureur (système du tiers payant).
- 2 En dérogation à l'al. 1, chaque fournisseur de prestations peut opter pour le système du tiers garant, selon lequel la rémunération est due par l'assuré. Il en informe l'assuré en temps utile avant de fournir ses prestations. Le choix du système doit s'opérer lors de l'adhésion à la convention et peut être révisé au début de chaque année civile en respectant un préavis de six mois. Il n'est pas permis de limiter le changement de système à certains patients seulement.
- 3 L'assureur rembourse les coûts des prestations fournies sur la base des contributions fixées par l'OPAS et de la déclaration des soins requis.
- 4 L'assureur ne règle que les factures conformes à la loi et à la convention. Le cas échéant, il somme le fournisseur de prestations de conformer sa facturation aux dispositions légales et conventionnelles.
- 5 L'assureur procède au paiement dans un délai de 30 jours. En cas de facturation électronique, ce délai comporte 25 jours.
- 6 Le délai commence dès que l'assureur dispose de toutes les pièces dont il a besoin pour vérifier si la facturation répond aux exigences légales et conventionnelles.

- 7 Les délais de paiement prévus à l'al. 5 sont interrompus en cas de contestation motivée de la facturation. L'assureur est tenu de rembourser la partie non contestée.
- 8 Les fournisseurs de prestations ne facturent aux assureurs que les prestations prises en charge par l'assurance obligatoire des soins conformément à la présente convention. Conformément à l'art. 59 al. 2 OAMal, les prestations non couvertes par l'assurance obligatoire des soins doivent être facturées séparément.

### **Art. 10 Echange électronique de données**

- 1 Les parties contractantes souhaitent, dans le respect de la Loi sur la protection des données, réaliser l'échange électronique de données entre fournisseurs de prestations et assureurs.
- 2 Les parties contractantes visent à mettre en place la facturation électronique au moyen du formulaire du « Forum Datenaustausch » au 31.12.2022 au plus tard.

### **Art. 11 Economicité et garantie de la qualité, contrôles**

- 1 Les fournisseurs de prestations s'engagent à fournir des prestations adéquates, efficaces et économiques, dans le respect des standards de qualité LAMal en vigueur.
- 2 Les assureurs ont l'obligation légale de vérifier si les prestations sont à charge de l'assurance obligatoire des soins et si elles sont conformes aux principes d'efficacité, d'adéquation et d'économicité. Les modalités en sont stipulées et réglées en détail à l'annexe 3.
- 3 Les conditions du développement de la qualité valables sur l'ensemble du territoire suisse font l'objet d'une convention distincte (Contrat qualité) à conclure entre l'ASI et l'association faîtière des assureurs (Curafutura).

### **Art. 12 Validité des versions linguistiques**

Les parties contractantes ont élaboré et signé la version allemande de la présente convention. Celle-ci sera traduite en français et en italien. En cas de doute, la version allemande fait définitivement foi.

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

- 1 La présente convention entre en vigueur le 1er avril 2021 pour une durée indéterminée.
- 2 Elle peut être résiliée par chacune des parties contractantes au 31 décembre de chaque année civile, au 31.12.2022 au plus tôt, en observant un préavis de six mois.
- 3 La présente convention remplace toutes les conventions et tous les contrats réglementant les mêmes objets pour les fournisseurs de prestations, assureurs et associations soumis à cette convention et pour HSK et déploie ses effets juridiques dès leurs adhésions respectives. Ceci inclut les conventions et contrats conclus avec d'éventuels prédécesseurs en droit.

## Art. 14 Annexes à la convention

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

**Annexe 1** : Liste des assureurs ayant adhéré à la convention administrative

**Annexe 2** : Formulaire de déclaration des besoins requis et annexe

**Annexe 3** : Accord relatif aux contrôles effectués par les assureurs

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

## Art. 15 Réserve de la forme écrit

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

## Art. 16 Clause salvatrice

Au cas où l'une ou l'autre disposition de la présente convention devait s'avérer invalide, caduque ou nulle, la validité des autres dispositions n'en serait pas affectée. Les clauses invalides, caduques ou nulles sont à remplacer par des dispositions dont le sens et la portée économique correspondent au plus près à la volonté des parties contractantes.

## Art. 17 Droit applicable/instance de conciliation

- 1 Par principe, les différends entre assureurs et fournisseurs de prestations doivent être réglés directement par les parties concernées.
- 2 Avant de recourir à un arbitrage selon l'art. 89 LAMal, les deux parties peuvent d'un commun accord procéder à une tentative de conciliation avec la participation de l'assureur concerné et de l'ASI.
- 3 Dans les cas de grande portée ou en présence d'une multiplication de problématiques comparables, les parties contractantes peuvent être sollicitées.
- 4 Le droit suisse est applicable.
- 5 La procédure en cas de litige est régie par l'art. 89 LAMal.

## Art. 18 Disposition finale

La présente convention est faite et signée en deux exemplaires. Chaque partie contractante en obtient un exemplaire.

## Art. 19 Disposition transitoire

La présente convention déploie ses pleins effets pour tous les fournisseurs de prestations qui ont adhéré à la convention administrative précédente avec HSK. Les fournisseurs de prestations qui s'y opposent doivent communiquer leur sortie par écrit à l'ASI dans les 90 jours à dater de l'entrée en vigueur de cette nouvelle convention.

Pour **l'Association suisse des infirmières et infirmiers SBK-ASI:**

Bern, .....

.....

Sophie Ley  
Präsidentin

.....

Yvonne Ribl  
Geschäftsführerin

Pour **la Communauté d'achat HSK:**

Dübendorf, .....

.....

Eliane Kreuzer  
Geschäftsführerin

.....

Manuela Schär  
Verhandlungsleiterin

---

## Annexe 1 - Liste des assureurs ayant adhéré à la convention administrative

(Stand 1.1.2021)

Ont adhéré à la présente convention les assureurs suivants :

### Groupe Helsana

- Helsana Assurances SA
- Progrès Assurances SA

### Groupe Sanitas

- Sanitas Assurances de base SA
- Compact Assurances de base SA


### KPT Caisse-maladie SA

## Annexe 2 - Formulaire de déclaration des besoins requis et annexe

Vous accédez à un exemplaire actuel de ces formulaires en cliquant sur le lien suivant:

<https://www.sbk.ch/fr/prestations/infirmieres-et-infirmiers-independants/formulaires-et-documents>

**Annexe 2a:** Exemple : Formulaire de déclaration des besoins requis pour prestations ambulatoires y compris liste des prestations selon l'art. 7 al. 2 OPAS

|   |                    |  |                                  |
|---|--------------------|--|----------------------------------|
|                      |                    |  |                                  |
| <b>Prescription médicale pour soins à domicile</b>  |                    |  |                                  |
| <b>Coordonnées client/e</b>   |                    | <b>Nom et adresse de l'assurance</b>   |                                  |
| Nom   |                    |  |                                  |
| Prénom  |                    |  |                                  |
| Rue   |                    |  |                                  |
| NPA/Lieu  |                    |  |                                  |
| Date de naissance   |                    |  |                                  |
| Téléphone privé   |                    |  |                                  |
| Employeur   |                    |  |                                  |
| NPA/Lieu  |                    |  |                                  |
| Téléphone professionnel   |                    |  |                                  |
| Assureur  |                    |  |                                  |
| No ass./accident  |                    | att. médecin-conseil   |                                  |
|   |                    | Diagnostic:  |                                  |
| <input type="checkbox"/> Accident   |                    | <input type="checkbox"/> Maladie   |                                  |
| <input type="checkbox"/> Invalidité   |                    | <input type="checkbox"/> Infirmité congénitale                                       |                                  |
| <input type="checkbox"/> Maternité  |                    | <input type="checkbox"/> Allocation pour impotent                                    |                                  |
| <b>Prescription médicale</b>  |                    | <input type="checkbox"/> Prescription initiale <input type="checkbox"/> Réévaluation |                                  |
| (à remplir par le médecin pour des mesures médico-délégués uniquement, p.ex. injections, médicaments) |                    |  |                                  |
| Durée du:   |                    | au:  |                                  |
| <b>Soins infirmiers</b> (à remplir par l'infirmière)  |                    |  |                                  |
| Prest. selon OPAS 7 / pos. tarifaire  | Prestations        | Fréquence  | Durée en minutes par trimestre   |
|   |                    |  |                                  |
|   |                    |  |                                  |
|   |                    |  |                                  |
|   |                    |  |                                  |
| Total a) 53201  |                    |  |                                  |
| Total b) 53202  |                    |  |                                  |
| Total c) 53203  |                    |  |                                  |
| <b>Total</b>  |                    |  |                                  |
| <b>Médecin (timbre) no RCC :</b>  |                    | <b>Infirmière no RCC :</b>   |                                  |
|   |                    |  |                                  |
|   |                    | Nom/RCC des autres prestataires sur cette prescription :                             |                                  |
|   |                    |  |                                  |
|   |                    |  |                                  |
| Date:   | Signature médecin: | Date:  | Signature infirmière/infirmier : |
|   |                    |  |                                  |
|   |                    |  |                                  |

Version septembre 2017

| Cocher lorsqu'une prestation est prévue | OPAS art. 7 al. 2 | 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 |
|---|-------------------|--|--|---|
|   | let. a ch. 1      | Evaluation des besoins du patient et de l'environnement de ce dernier; planification, en collaboration avec le médecin et le patient, des mesures nécessaires,   |  |   |
|   | let. a ch. 2      | conseils au patient ainsi que, le cas échéant, aux intervenants non professionnels pour les soins, en particulier quant à la manière de gérer les symptômes de la maladie, pour l'administration des médicaments ou pour l'utilisation d'appareils médicaux; contrôles nécessaires;  |  |   |
|   | let. a ch. 3      | coordination des mesures et dispositions par des infirmières et infirmiers spécialisés en lien avec des complications dans des situations de soins complexes et instables  |  |   |
|   | let. b ch. 1      | contrôle des signes vitaux (tension artérielle, pouls, température, respiration, poids),   |  |   |
|   | let. b ch. 2      | test simple du glucose dans le sang ou l'urine,  |  |   |
|   | let. b ch. 3      | prélèvement pour examen de laboratoire,  |  |   |
|   | let. b ch. 4      | mesures thérapeutiques pour la respiration (telles que l'administration d'oxygène, les inhalations, les exercices respiratoires simples, l'aspiration),  |  |   |
|   | let. b ch. 5      | pose de sondes et de cathéters, ainsi que les soins qui y sont liés,   |  |   |
|   | let. b ch. 6      | soins en cas d'hémodialyse ou de dialyse péritonéale,  |  |   |
|   | let. b ch. 7      | préparation et administration de médicaments ainsi que documentation des activités qui leur sont associées,  |  |   |
|   | let. b ch. 8      | administration entérale ou parentérale de solutions nutritives,  |  |   |
|   | let. b ch. 9      | surveillance de perfusions, de transfusions ou d'appareils servant au contrôle et au maintien des fonctions vitales ou au traitement médical,  |  |   |
|   | let. b ch. 10     | rinçage, nettoyage et pansement de plaies (y compris les escarres et les ulcères) et de cavités du corps (y compris les soins pour trachéo-stomisés et stomisés), soins pédicures pour les diabétiques,  |  |   |
|   | let. b ch. 11     | soins en cas de troubles de l'évacuation urinaire ou intestinale, y compris la rééducation en cas d'incontinence   |  |   |
|   | let. b ch. 12     | assistance pour des bains médicinaux partiels ou complets, application d'enveloppements, cataplasmes et fangos   |  |   |
|   | let. b ch. 13     | soins destinés à la mise en oeuvre au quotidien de la thérapie du médecin, tels que l'exercice de stratégies permettant de gérer la maladie et l'instruction pour la gestion des agressions, des angoisses et des idées paranoïaques,  |  |   |
|   | let. b ch. 14     | soutien apporté aux malades psychiques dans des situations de crise, en particulier pour éviter les situations aiguës de mise en danger de soi-même ou d'autrui;   |  |   |
|   | let. c ch. 1      | soins de base généraux pour les patients dépendants, tels que: bander les jambes du patient, lui mettre des bas de compression, refaire son lit, l'installer, lui faire faire des exercices, le mobiliser, prévenir les escarres, prévenir et soigner les lésions de la peau consécutives à un traitement; aider aux soins d'hygiène corporelle et de la bouche; aider le patient à s'habiller et à se dévêtir, ainsi qu'à s'alimenter |  |   |
|   | let. c ch. 2      | mesures destinées à surveiller et à soutenir les malades psychiques pour accomplir les actes ordinaires de la vie, telles que la planification et la structuration de leurs journées de manière appropriée, l'établissement et la promotion des contacts sociaux par un entraînement ciblé et le soutien lors de l'utilisation d'aides à l'orientation et du recours à des mesures de sécurité.  |  |   |



**Annexe 2b:** Exemple : Formulaire de déclaration des besoins requis pour structures de soins de jour ou de nuit selon l'art. 4 al. 5 de la présente convention

**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<br>une fois          plusieurs fois |
| Se déplacer / mobilité                                |           |   |   |    | Total en minutes par jour                             |
| S'alimenter et boire                                  |           |   |   |    | Observations  |
| 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):                     |           |   |   |    |   |
| <b>Total en minutes</b>                               |           |   |   |    |   |
| <b>Niveau selon art. 7a, al. 3 OPAS</b>               |           |   |   |    |   |

| 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.

---

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

Les assureurs ont l'obligation légale de procéder à des contrôles afin de vérifier l'efficacité, l'adéquation et l'économicité des prestations qui leur sont facturées (cf. art. 32 LAMaI, art. 8c OPAS).

S'il ressort du contrôle effectué par l'assureur que les prestations facturées ne répondent pas aux critères d'efficacité, d'adéquation ou d'économicité et si l'assureur fournit une motivation professionnelle de son appréciation (par ex. motifs pour la réduction ou la modification des prestations, lien avec le dossier de soins mis à sa disposition, imputation des prestations selon l'art. 7 al. 2 OPAS, durée des prestations), il adapte les prestations en conséquence.

- En cas d'examen auprès de l'assureur (ch. 1 ci-après), les modifications décidées par l'assureur prennent effet le jour auquel le résultat de l'examen est communiqué au fournisseur de prestations, pour autant que celui-ci ait respecté les délais imposés.
- En cas d'examens auprès du fournisseur de prestations ou auprès de l'assuré (ch. 2 et 3 ci-après), les modifications décidées par l'assureur prennent effet le jour auquel a lieu le contrôle.

Les modifications ne déploient pas d'effet rétroactif, sauf lorsque l'assureur constate une violation flagrante des principes d'efficacité, d'adéquation ou d'économicité.

### 1. Examen auprès de l'assureur

Les assureurs procèdent aux contrôles suivants :

1.1 Examen des pièces soumises par les infirmières ou infirmiers conformément à l'art. 7.2 al. 2 et 5 de la présente convention.

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

- Formulaire de déclaration des besoins requis selon l'art. 7.2 et l'annexe 2 de la présente convention
- Formulaire de facturation selon l'art. 9.1 de la présente convention
- La liste des prestations selon l'art. 7 al. 2 OPAS (selon l'art. 7.2 al. 5 et l'annexe 2 de la présente convention)

1.2 Examen d'autres pièces justificatives fournies par les infirmières ou infirmiers sur demande de l'assureur.

1.2.1 Si des doutes subsistent suite à l'examen des pièces systématiquement soumises par les fournisseurs de prestations, l'assureur peut, si possible dans les 15 jours ouvrables dès réception de celles-ci et sous réserve de l'art. 42 al. 5 LAMaI, demander à l'infirmière ou à l'infirmier de lui soumettre d'autres pièces pertinentes (ordre médical original, plan de soins, journal, documentation des plaies etc.).

- 1.2.2 L'infirmière ou l'infirmier fait parvenir les pièces requises à l'assureur si possible dans les 15 jours ouvrables dès réception de la demande.
- 1.2.3 Si possible dans les 15 jours ouvrables à dater de la réception des pièces requises, l'assureur examine celles-ci et informe l'infirmière ou l'infirmier de sa décision.
- 1.2.4 Assureur et fournisseur de prestations s'efforcent de régler d'éventuels différents dans les délais les plus brefs.

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

Les assureurs procèdent auprès des fournisseurs de prestations à des examens ponctuels sur la base d'un choix de dossiers patients ouverts.

- 2.1 L'assureur annonce sa visite de contrôle auprès du fournisseur de prestations. Le contrôle a lieu dans les 30 jours calendaires à compter de la date de l'annonce. Exceptionnellement, il peut être décidé d'un commun accord de déroger à ce délai.
- 2.2 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 ses locaux toute information pertinente en lien avec les dossiers sous contrôle.
- 2.3 Après examen des pièces la personne chargée du contrôle et l'infirmière procèdent le jour-même à un échange oral portant notamment sur le budget-temps actuel.
- 2.4 Une fois le contrôle effectué, l'assureur doit dans les 15 jours ouvrables adresser par écrit ses conclusions au fournisseur de prestations.

## **3. Examen auprès de l'assuré**

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

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

---

## Annexe 4 - Remboursement des moyens et appareils

### 1. Champ d'application

- 1.1 Cette annexe porte matériellement sur la remise et la facturation de moyens et appareils selon l'annexe 2 de l'OPAS par des infirmiers et infirmières dans le cadre des dispositions légales applicables.
- 1.2 Dans le cadre de ses activités et sous réserve du droit cantonal, le fournisseur de prestations est reconnu comme centre de remise de moyens et appareils au sens de l'art. 55 OAMal. Le cas échéant, l'assureur est habilité à demander au fournisseur de prestations de lui soumettre une copie de l'autorisation en question.

### 2. Remboursement des moyens et appareils

- 2.1 Les moyens et appareils prescrits sur ordonnance médicale ne peuvent être facturés qu'à concurrence du montant maximal de remboursement LiMA, sous réserve de l'art. 56 LAMal. Les parties conviennent, à titre transitoire jusqu'à l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions légales de la LiMA.
- 2.2 La facturation doit être détaillée et comporter le numéro de position LiMA ainsi que l'échéancier. L'ordonnance médicale doit être obligatoirement jointe à la première facture envoyée à l'assureur.
- 2.3 Le cas échéant, l'assureur est habilité à demander que lui soit soumis l'original de la facture du stade commercial précédent afin de contrôler si la facturation est conforme au ch. 2.1 ci-dessus.