

---

# Convention administrative

entre

**ARTISET avec son association de branche CURAVIVA**  
**Zieglerstrasse 53**  
**3007 Berne**

**senesuisse**  
**Bahnhofplatz 2 3011 Berne**

ci-après dénommées "**associations**"

et

**Communauté d'achat HSK AG**  
**Zürichstrasse 130**  
**8600 Dübendorf**

ci-après dénommée « **HSK** »

(**Adresse postale** : Communauté d'achats HSK SA, case postale, 8081 Zurich)

- toutes dénommées collectivement "**parties contractantes**" -

Concernant

la rémunération des prestations obligatoires LAMal dans les soins stationnaires de longue durée EMS et dans les structures de jour ou de nuit, ainsi que la réglementation administrative des prestations annexes

**Valable à partir du 1.1.2024**

## Table des matières

Art. 1	Parties contractantes .....	3
Art. 2	Adhésion et retrait de la convention par les assureurs.....	3
Art. 3	Adhésion et retrait de la convention par les fournisseurs de prestations .....	3
Art. 4	Champ d'application et étendue des prestations .....	4
Art. 4.1	Obligations des fournisseurs de prestations et des assureurs.....	4
Art. 4.2	Obligations des assureurs .....	5
Art. 5	Contributions selon les art. 7 ss. OPAS.....	5
Art. 6	Prescription médicale, évaluation, notification et modification des besoins .....	5
Art. 6.1	Prescription médicale, évaluation des besoins.....	5
Art. 6.2	Déclaration des besoins aux assureurs.....	6
Art. 6.3	Modification des besoins en soins .....	7
Art. 7	Facturation et modalités de paiement.....	7
Art. 8	Rémunération.....	8
Art. 9	Economicité et assurance qualité, réalisation des contrôles.....	9
Art. 10	Validité des versions linguistiques.....	9
Art. 11	Début, durée et résiliation de la convention.....	9
Art. 12	Annexes à la convention .....	9
Art. 13	Réserve de l'écrit.....	10
Art. 14	Clause de sauvegarde .....	10
Art. 15	Droit applicable / Instance de conciliation .....	10
Art. 16	Dispositions transitoires .....	10
Art. 17	Dispositions finales.....	10
Annexe 1	- Assureurs affiliés .....	12
Annexe 2	- Prestations supplémentaires facturables .....	13
Annexe 3	- Entente sur les contrôles des assureurs .....	15
Annexe 4	- Consignes pour la liste des adhésions et des démissions.....	18

## Art. 1 Parties contractantes

Les parties à la présente convention sont ARTISET avec son association de branche CURAVIVA et senesuisse, ci-après dénommées "associations", ainsi que la communauté d'achat HSK SA, ci-après dénommée "HSK".

## Art. 2 Adhésion et retrait de la convention par les assureurs

- 1 La présente convention s'applique à tous les assureurs participant au groupement d'achat HSK, dans la mesure où ils ne communiquent pas par écrit à HSK, dans les 14 jours suivant la signature de la convention, qu'ils ne souhaitent pas être affiliés à la convention.
- 2 Les assureurs affiliés à la présente convention sont mentionnés à l'annexe 1. En cas de modification, HSK informe les associations et l'ensemble des assureurs affiliés.
- 3 Les assureurs qui ne participent pas à HSK peuvent s'affilier à cette convention par une déclaration écrite à HSK. Ils doivent s'acquitter d'une taxe d'affiliation et d'une contribution annuelle aux frais. Les détails sont réglés en dehors de cette convention.
- 4 Les assureurs affiliés à la présente convention, ci-après dénommés "assureurs", reprennent sans réserve l'ensemble des dispositions de la présente convention, y compris ses annexes.
- 5 Les assureurs individuels peuvent résilier la convention au 31 décembre, pour la première fois au 31 décembre 2024, en respectant un délai de six mois. La déclaration de résiliation doit être adressée par écrit à la HSK dans le délai prescrit. La convention reste intégralement applicable pour les autres assureurs.

## Art. 3 Adhésion et retrait de la convention par les fournisseurs de prestations

- 1 Peuvent adhérer à cette convention les fournisseurs de prestations qui remplissent les conditions de l'art. 4, al. 3 ou al. 4 ci-après.
- 2 La procédure d'adhésion est convenue entre les parties contractantes à l'annexe 4 et se base sur les directives des associations cantonales/de la fédération.
- 3 Un fournisseur de prestations adhère à la convention par le biais d'une déclaration écrite. Les fournisseurs de prestations qui adhèrent reprennent sans réserve toutes les dispositions de la présente convention et de ses annexes.
- 4 Les associations envoient à HSK par e-mail : mail@ecc-hsk.info la liste d'adhésion en vigueur. Elles informent HSK de tout changement au moins tous les six mois. Pour les fournisseurs de prestations qui ont adhéré à la précédente convention administrative passée avec HSK jusqu'au 31.12.2023, la disposition transitoire selon l'art. 16 de la présente convention s'applique.
- 5 Les fournisseurs de prestations qui ne sont pas membres des associations peuvent adhérer à la convention. La procédure (p. ex. frais d'adhésion, etc.) est régie par les conditions des associations.

- 6 Les fournisseurs de prestations individuels peuvent se retirer de la convention en respectant un délai de résiliation de 6 mois, à chaque fois pour la fin d'une année civile. Il n'est pas possible de se retirer de certaines parties de la convention ou de certaines annexes ou vis-à-vis de certains assureurs. Les fournisseurs de prestations remettent leur déclaration de résiliation écrite à l'association. L'association en informe immédiatement HSK. La convention reste intégralement applicable pour les autres parties et les fournisseurs de prestations.
- 7 Un prestataire ayant adhéré à la présente convention est désigné ci-après par le terme "fournisseur de prestations".

#### **Art. 4 Champ d'application et étendue des prestations**

- 1 Cette convention règle le déroulement administratif selon l'art. 25a, al. 1 de la LAMal dans les établissements médico-sociaux et pour d'autres prestations soumises à la LAMal, pour lesquelles les conditions légales sont remplies pour les fournisseurs de prestations.
- 2 Elle s'applique aux assurés ayant droit aux prestations et disposant d'une assurance obligatoire des soins (AOS) auprès d'un assureur selon l'annexe 1.
- 3 Le fournisseur de prestations doit remplir les conditions d'admission selon l'art. 39, al. 3 LAMal.
- 4 Les conditions suivantes s'appliquent aux fournisseurs de prestations pour le déroulement des prestations de soins dans les structures de jour ou de nuit :
  - une autorisation spéciale pour les structures de jour ou de nuit, lorsque le canton le prévoit
  - un mandat de prestations pour les structures de jour ou de nuit, lorsque le canton le prévoit
  - un numéro de registre des codes-créanciers (n° RCC) distinct pour les structures de jour ou de nuit
- 5 Si les conditions mentionnées aux alinéas 3 et 4 ne sont plus remplies pendant la durée de la convention, l'obligation légale de prise en charge de l'AOS échoit dès ce moment.

#### **Art. 4.1 Obligations des fournisseurs de prestations et des assureurs**

- 1 Toutes les correspondances entre les parties doivent mentionner
  - Données de la personne assurée : nom, prénom, adresse, date de naissance, numéro d'assuré et/ou numéro de sécurité sociale
  - Désignation de l'assureur
  - Données du fournisseur de prestations : numéro RCC, GLN
- 2 Dans le cadre de l'échange électronique de données, il est possible de définir d'autres informations qui doivent être indiquées ou transmises, pour autant qu'elles soient conformes aux exigences légales.

- 3 Le fournisseur de prestations est tenu d'informer ses résidents, avant l'octroi des prestations, sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins et en particulier sur les frais non couverts par celles-ci.

## **Art. 4.2 Obligations des assureurs**

- 1 La disposition prévue à l'art. 4.1, al. 1, s'applique également à l'assureur.
- 2 L'assureur n'est tenu de fournir des prestations que si, et dans la mesure où d'autres agents payeurs, notamment selon la LAA, la LAI, la LAM, n'ont pas à prendre en charge les coûts concernés. L'obligation d'avancer les prestations conformément aux dispositions légales (art. 70 LPG) prime sur cet accord contractuel.

## **Art. 5 Contributions selon les art. 7 ss. OPAS**

- 1 Sont déterminantes les contributions selon l'art. 7a, al. 3 et al. 4 OPAS, conformément à la déclaration des besoins.
- 2 La contribution selon l'art. 7a OPAS pour les prestations selon l'art. 7 OPAS rémunère la contribution des assureurs-maladie aux frais de soins.
- 3 Pour les assurés pour lesquels des prestations de soins aigus et de transition ou des séjours hospitaliers sont facturés, aucune prestation de soins au sens de l'art. 7a, al. 3 OPAS ne peut être facturée simultanément.
- 4 Les jours d'entrée et de sortie sont considérés comme des jours de soins complets dans les soins stationnaires.
- 5 Les prestations non indemnisées par la contribution selon l'art. 7a OPAS sont énumérées à l'annexe 2.

## **Art. 6 Prescription médicale, évaluation, notification et modification des besoins**

### **Art. 6.1 Prescription médicale, évaluation des besoins**

- 1 L'obtention de prestations de soins dans les établissements médico-sociaux présuppose une prescription médicale selon l'art. 8 OPAS et une évaluation des besoins en soins selon les art. 8a et 8b OPAS.
- 2 Dans le cadre des directives cantonales, les fournisseurs de prestations sont libres de choisir l'instrument reconnu d'évaluation des besoins. Un changement d'instrument d'évaluation des besoins peut toujours avoir lieu pour le début d'un mois. Il doit être communiqué par écrit aux parties contractantes au moins 30 jours avant le changement.
- 3 La responsabilité de la saisie de l'évaluation des besoins incombe à des infirmiers/infirmières formés au système et de niveau tertiaire.

- 4 Le résultat de l'évaluation des besoins selon l'art. 8a OPAS doit être consigné avec le médecin sur le formulaire de déclaration des besoins.
- 5 Les délais pour l'évaluation des besoins et la classification sont régis par les règles de l'instrument d'évaluation des besoins.
- 6 Les conditions prévues aux articles 8a et 8b de l'OPAS s'appliquent à l'évaluation des besoins et à la classification.

## **Art. 6.2 Déclaration des besoins aux assureurs**

- 1 La déclaration des besoins se fait au moyen du formulaire de l'instrument de soins requis, dûment rempli et signé.
- 2 La déclaration de besoins peut également être transmise par voie électronique conformément aux normes en vigueur du Forum Datenaustausch. En l'absence de possibilité de signature électronique, le fournisseur de prestations est tenu de conserver la déclaration de besoins signée par le médecin conformément aux dispositions légales et de la présenter à l'assureur en cas de besoin.
- 3 Les fournisseurs de prestations de soins communiquent les soins requis à l'assureur au plus tard avec la première facture.
- 4 Si l'assureur ne fait pas opposition dans un délai de 10 jours ouvrables à compter de la réception de la communication, l'obligation de verser des prestations est considérée comme acquise, sous réserve du principe de l'art. 32 LAMal (efficacité, adéquation et caractère économique).
- 5 La déclaration des besoins contient les informations suivantes :
  - a) Données personnelles et données de l'assuré (nom / prénom / date de naissance / lieu de résidence / numéro d'assuré et/ou numéro de sécurité sociale)
  - b) Date de début et durée de validité de l'ordonnance médicale
  - c) N° RCC et n° GLN du fournisseur de prestations (GLN obligatoire uniquement en cas de déclaration électronique, sinon si disponible)
  - d) N° RCC et N° GLN du médecin prescripteur (GLN obligatoire uniquement en cas de déclaration électronique, sinon si disponible)
  - e) Raison du traitement Maladie ou accident
  - f) Nom de l'assureur
  - g) Indication des autres organismes d'assurance impliqués tels que l'AI, l'AM, l'AA, etc.
  - h) Niveau de soins / niveau de contribution selon l'art.7a al.3 OPAS
  - i) Instrument d'évaluation des besoins (pour RAI avec groupe de charge, pour BESA avec groupes de prestations, y compris points et niveau de contribution ou paquets de mesures 1-6, avec fourchettes de valeurs pour PLAISIR)
  - j) Degré d'impotence (faible/moyenne/grave), si connu

### Art. 6.3 Modification des besoins en soins

- 1 En cas de variation significative du besoin en soins ayant une incidence sur le niveau, une nouvelle évaluation des besoins et une nouvelle classification sont effectuées.
- 2 Les modifications de la classification par le fournisseur de prestations entrent en vigueur le jour de l'achèvement de l'évaluation des besoins (date dans le système informatique). Dans tous les cas, la modification doit être notifiée à l'assureur au plus tard avec la facture suivante au moyen de la déclaration des besoins.
- 3 En cas de retour de l'hôpital, le changement de classification peut être facturé à partir du premier jour de la réadmission dans l'EMS. Dans tous les cas, la modification doit être signalée à l'assureur au plus tard avec la facture qui suit au moyen de la déclaration des besoins. D'autres classifications rétroactives ne sont pas possibles (à l'exception des directives de l'instrument de détermination des besoins).
- 4 En cas de reclassement suite à des contrôles effectués par les assureurs, les dispositions de l'annexe 3 s'appliquent.
- 5 Si, lors du processus de contrôle EAE, des différences importantes apparaissent entre le plan de soins/le rapport de soins et l'évaluation des besoins en soins/la classification, les dispositions de l'annexe 3 s'appliquent.

### Art. 7 Facturation et modalités de paiement

- 1 La facturation se fait par voie électronique.
- 2 Si, en dérogation à l'alinéa 1, certains fournisseurs de prestations ne peuvent pas procéder à l'échange de données par voie électronique, les formulaires de facture et autres documents doivent être transmis sous forme papier (formulaire de facture selon la norme Forum Datenaustausch).
- 3 La facturation est mensuelle, à la fin du mois suivant la prestation fournie.
- 4 Pour les traitements qui se poursuivent au-delà de la fin de l'année, un décompte intermédiaire doit être établi au 31.12. Si un assuré change d'assureur au 30.6, le fournisseur de prestations établit, à la demande de l'assureur, un décompte intermédiaire au 30.6 au plus tard le 15.8 de l'année civile.
- 5 Le fournisseur de prestations s'engage à transmettre la facture conformément aux normes et directives du Forum Datenaustausch dans le cadre des dispositions légales.
- 6 Le "Guide de facturation des prestations de soins" (<https://www.sasis.ch>) sert d'aide à la mise en œuvre concrète de la facturation.
- 7 La facture contient les informations suivantes :
  - a) Date et numéro de la facture
  - b) Données de l'assuré (nom / prénom / date de naissance / lieu de résidence / numéro d'assuré et, si disponible, numéro de sécurité sociale)
  - c) Nom de l'assureur

- d) N° RCC, GLN et nom du fournisseur de prestations
  - e) N° RCC, GLN et nom du médecin prescripteur
  - f) Calendrier complet (période et nombre de jours de soins moins les jours de vacances et d'hospitalisation)
  - g) Niveau de contribution, montant de la facture pour les prestations selon l'art. 7 OPAS
  - h) Calendrier des prestations annexes (les détails pour le décompte sont réglés dans l'annexe 2)
  - i) Type de tarif (code tarifaire)
  - j) Numéro du tarif (numéro de position, position tarifaire)
- 8 La facturation et la transmission à l'assureur des données pertinentes pour le décompte sont effectuées à titre gratuit.

## Art. 8 Rémunération

- 1 Les parties contractantes conviennent que l'assureur est redevable de la rémunération (système du tiers payant).
- 2 En dérogation à l'alinéa 1, le fournisseur de prestations individuel peut choisir que la personne assurée soit redevable de la rémunération de la prestation (système du tiers garant). Le fournisseur de prestations en informe la personne de manière appropriée. Le choix doit être fait lors de l'adhésion à la convention et peut être modifié avec effet au début de chaque année civile - en respectant un délai de préavis de six mois.
- 3 L'assureur rembourse au fournisseur de prestations les coûts de ses prestations sur la base des contributions selon l'OPAS et du niveau de soins requis annoncé.
- 4 Seules les factures conformes à la convention et à la loi seront remboursées par l'assureur. Dans le cas contraire, l'assureur demande au fournisseur de prestations d'établir une facture conforme à la convention et à la loi.
- 5 L'assureur verse au fournisseur de prestations la rémunération due dans les 30 jours.
- 6 Ce délai court à partir du moment où l'assureur dispose ou aurait pu disposer de tous les documents nécessaires à la vérification de la conformité des comptes au à la convention et à la loi.
- 7 Les intérêts moratoires ne sont pas dus.
- 8 En cas de contestation justifiée, les délais de paiement sont interrompus conformément à l'art. 8, al. 5. Le fournisseur de prestations peut établir une nouvelle facture avec les prestations non contestées.
- 9 Les fournisseurs de prestations ne facturent aux assureurs que les prestations obligatoires mentionnées dans la présente convention.



## Art. 9 Economicité et assurance qualité, réalisation des contrôles

- 1 Le fournisseur de prestations s'engage à fournir les prestations de manière efficace, appropriée et économique (art. 32 LAMal et art. 56 LAMal).
- 2 Les assureurs ont le mandat légal de vérifier l'obligation de prise en charge et le caractère économique (EAE) des prestations facturées. La procédure à suivre à cet effet est convenue et régie en détail dans l'annexe 3.
- 3 Les associations de fournisseurs de prestations et d'assureurs concluent des conventions sur le développement de la qualité valables pour toute la Suisse (art. 58a, al. 1, LAMal).

## Art. 10 Validité des versions linguistiques

La présente convention est rédigée et signée en langue allemande. La convention est traduite en français et en italien. En cas de divergences éventuelles, la version en langue allemande fait foi de manière définitive.

## Art. 11 Début, durée et résiliation de la convention

- 1 La présente convention entre en vigueur le 01.01.2024 et est valable pour une durée indéterminée.
- 2 La convention peut être résiliée par chacune des parties avec un préavis de 6 mois, à la fin de chaque année civile, pour la première fois au 31 décembre 2025.
- 3 La présente convention remplace tous les contrats ou conventions ayant le même objet réglementaire pour les fournisseurs de prestations, assureurs, associations et HSK soumis à cette convention. Cela concerne également les contrats/conventions conclus avec d'éventuelles organisations antérieures.

## Art. 12 Annexes à la convention

Les annexes suivantes font partie intégrante de la présente convention et ne peuvent pas être résiliées en tant que telles.

**Annexe 1** : Assureurs affiliés

**Annexe 2** : Prestations supplémentaires facturables

**Annexe 3** : Convention sur les contrôles des assureurs-maladie

**Annexe 4** : Adhésion à la convention

### **Art. 13 Réserve de l'écrit**

Toutes les modifications et tous les ajouts à la présente convention ou à ses annexes doivent être faits par écrit et être signés par les parties contractantes de manière à les lier juridiquement.

### **Art. 14 Clause de sauvegarde**

Si une ou plusieurs dispositions de la présente convention sont ou deviennent inefficaces, invalides ou nulles, la validité du reste du présent accord n'est pas affectée. Les dispositions inefficaces, invalides ou nulles doivent être remplacées par des dispositions qui se rapprochent le plus possible du sens et de la portée économique de ce que les parties ont voulu. Si une modification entre dans le champ d'examen de l'art. 46 al. 4 LAMal, l'approbation constitutive de l'autorité compétente est réservée.

### **Art. 15 Droit applicable / Instance de conciliation**

- 1 Les conflits entre assureurs et fournisseurs de prestations doivent en principe être réglés directement par les personnes concernées. S'ils n'y parviennent pas, les fournisseurs de prestations peuvent s'adresser à leur association nationale et les assureurs à la HSK afin que celle-ci prenne les mesures appropriées pour résoudre le conflit.
- 2 Dans les cas individuels graves ou en cas d'accumulation de problèmes similaires, les parties contractantes se rencontrent pour résoudre le conflit.
- 3 Le droit applicable est le droit suisse.
- 4 La procédure en cas de litige est régie par l'art. 89 LAMal.

### **Art. 16 Dispositions transitoires**

La présente convention déploie pleinement ses effets pour les fournisseurs de prestations qui avaient adhéré à la précédente convention administrative avec la HSK. Les fournisseurs de prestations qui ne le souhaitent pas doivent faire part de leur démission par écrit à leur association dans les 90 jours suivant l'entrée en vigueur de la présente nouvelle convention.

### **Art. 17 Dispositions finales**

- 5 La présente convention est établie et signée en trois exemplaires. Un exemplaire de la convention est destiné à chacune des parties contractantes.
- 6 Le présent contrat est traduit en français | italien. C'est pourquoi, en cas d'éventuelles différences, seule la version signée du contrat en langue allemande fait foi.

Pour **ARTISET avec son association professionnelle CURAVIVA :**

Berne, .....

.....

Marco Borsotti  
Président de CURAVIVA  
Membre du conseil d'administration d'ARTI-  
SET

.....

Christina Zweifel  
Directrice de CURAVIVA  
Membre de la direction d'ARTISET

Pour **Senesuisse :**

Berne, .....

.....

Oliver Hofmann  
Vice-président

.....

Christian Streit  
Directeur général

Pour le **groupement d'achat HSK AG :**

Dübendorf, .....

.....

Eliane Kreuzer  
Directeur général

.....

Manuela Schär  
Responsable des négociations

---

## Annexe 1 - Assureurs affiliés

(Situation au 1.6.2022)

Les assureurs suivants sont affiliés à la convention :

**Helsana Assurances SA**

**Sanitas Assurances de base SA**

**CPT Caisse-maladie SA**

## Annexe 2 - Prestations supplémentaires facturables

- 1 En complément, c'est-à-dire en plus des contributions des assureurs pour les prestations de soins selon l'art. 7 OPAS, peuvent être facturés les moyens et appareils selon l'annexe 2 OPAS, ainsi que les médicaments pour lesquels le fournisseur de prestations dispose d'une autorisation cantonale selon la LAMal/l'OAMal. La facturation s'effectue conformément aux dispositions légales ou aux conventions tarifaires.
- 2 Les prestations énumérées à l'art. 1, pour lesquelles les autorités fédérales compétentes ont établi des listes (liste des spécialités, liste des moyens et appareils), doivent être facturées comme des prestations individuelles.
- 3 Selon l'art. 56, al. 3 LAMal, le fournisseur de prestations doit répercuter sur le débiteur de la rémunération les avantages directs ou indirects qu'un autre fournisseur de prestations travaillant pour son compte lui accorde.
- 4 Les règles suivantes s'appliquent aux domaines de prestations suivants :

**Liste des moyens et appareils** (LiMA) selon l'annexe 2 OPAS et dans le cadre de l'art. 20 al. 1 let. b OPAS.

- a) Les assureurs prennent en charge les frais exclusivement pour les moyens et appareils prescrits par un médecin. L'ordonnance est envoyée à l'assureur au plus tard avec la première facture.
- b) Il est obligatoire de mentionner sur la facture
  - Tarif 454 - prix de revient effectif jusqu'au maximum du "Maximum à facturer (MMR) soins".
  - Numéro de position LiMA complet
  - Nom du produit
  - Indication de la quantité selon la LiMA et non selon le fabricant (p. ex. non-tissé par pièce et non un set de 5 pièces)
- c) Les limitations de la LiMA doivent être respectées (p. ex. la LiMA "catégorie A" ne peut pas être facturée). Pour les produits LiMA avec des limites de prix par année, les produits effectivement achetés doivent être facturés.
- d) Si des moyens et appareils sont livrés et facturés par un centre de remise aux résidents du fournisseur de prestations, le MMR soins s'applique à ces derniers (art. 24 al. 2 litt. a OPAS). Le centre de remise doit impérativement remplir les conditions d'admission selon l'art. 55 OAMal.

### **Médicaments prescrits par un médecin**

- a) L'ordonnance médicale peut être demandée par l'assureur au fournisseur de prestations.
- b) Il est obligatoire de mentionner sur la facture
  - Tarif 400 et Pharmacode ou tarif 402 et GTIN
  - Nom du médicament
  - Indication de la quantité de médicament délivrée (indiquer le nombre d'emballages et non le nombre de comprimés)
  - Pour chaque GTIN, le médicament ne doit être mentionné qu'une seule fois par facture.

Cette liste est exhaustive. Aucune prestation supplémentaire ne peut être facturée.

## Annexe 3 - Entente sur les contrôles des assureurs

- 1 Les assureurs ont le mandat légal de vérifier l'efficacité, l'adéquation et l'économicité (EAE) des prestations facturées au moyen de procédures de contrôle (conformément à l'art. 32 LAMal, art. 8c OPAS).
- 2 Si le controlling est effectué par une entreprise mandatée à cet effet, les mêmes principes s'appliquent que pour un controlling effectué par les assureurs eux-mêmes.
- 3 L'assureur prend le premier contact et définit un interlocuteur compétent chez lui.
- 4 Si le contrôle concerne plusieurs dossiers dans la même entreprise, il est possible de convenir d'un contrôle sur place dans l'entreprise.
- 5 Les assureurs garantissent, dans la mesure de leurs possibilités, la sécurité et la protection des données lorsqu'ils font appel à des auxiliaires/tiers. Les données collectées sont rendues anonymes et détruites une fois le travail effectué auprès des auxiliaires/tiers.
- 6 Si le contrôle de l'assureur révèle que les critères EAE n'ont pas été respectés pour les prestations facturées et que les assureurs peuvent le justifier sur le plan technique, les classifications effectuées doivent être adaptées. S'il s'agit d'erreurs systématiques, les contrôles auprès du fournisseur de prestations concerné peuvent être étendus.
- 7 moment de l'adaptation :
  - en cas de contrôle auprès de l'assureur (voir point 1), si les délais ont été respectés : à partir du jour où l'assureur communique le résultat.
  - en cas de contrôle chez le fournisseur de prestations (voir point 2) : à partir du jour du contrôle.
- 8 Les adaptations rétroactives restent limitées aux cas particuliers dans lesquels les assureurs peuvent prouver et justifier, après examen, des violations graves des critères EAE par les fournisseurs de prestations.
- 9 Les documents suivants sont mis à disposition par le fournisseur de prestations à la demande de l'assureur pour l'examen (la liste n'est pas exhaustive) :
  - Protocole des prestations saisies (BESA) / MDS et résumé d'évaluation (RAI/RUG) / Profil bio-psycho-social (y compris 2e page) (Plaisir)
  - prescription médicale
  - Rapport de soins / Rapport d'évolution
  - Feuille de médicaments / feuille d'ordonnance
  - Plan de traitement
  - Protocole de la plaie
  - Plan d'entraînement
- 10 Les personnes de contact dans les EMS et les personnes de contrôle des assureurs sont des spécialistes de formation tertiaire et sont formées aux systèmes d'évaluation des besoins.

## 1. vérification auprès de l'assureur

Les assureurs effectuent les contrôles suivants :

- 1.1 Examen des documents soumis par le fournisseur de prestations conformément à l'art. 6 de la convention :
  - Déclaration des besoins selon l'art. 6.2 de la convention
  - Facture selon l'art. 7. de la convention
- 1.2 Vérification auprès de l'assureur des documents demandés par l'assureur (ou les prestataires de services tiers/intermédiaires\* qu'il a mandatés) et remis par le fournisseur de prestations
  - 1.2.1 En cas de doute sur les documents systématiquement fournis, l'assureur peut, en tenant compte de l'art. 42 al. 5 LAMal, demander au fournisseur de prestations d'autres documents pertinents pour l'évaluation
  - 1.2.2 En règle générale, le fournisseur de prestations de soins envoie le dossier de soins complet à l'assureur dans les 15 jours ouvrables.
  - 1.2.3 Après réception des documents, l'assureur dispose en règle générale de 15 jours ouvrables supplémentaires pour les examiner et informer le fournisseur de prestations de sa décision. Le rapport porte sur les documents qui ont été envoyés à l'assureur jusqu'à la date du contrôle.
  - 1.2.4 En cas de contestation, le fournisseur de prestations et l'assureur s'efforcent de coopérer pour trouver une solution rapidement / un arrangement.

## 2. examen chez le fournisseur de prestations

Les assureurs effectuent des contrôles sur la base de dossiers de patients ouverts sélectionnés auprès du fournisseur de prestations.

- 2.1 L'assureur annonce la visite de contrôle auprès du fournisseur de prestations. Le contrôle est effectué dans les 30 jours civils suivant l'annonce. Dans des cas exceptionnels, il est possible de déroger à ce délai d'un commun accord.
- 2.2 En tenant compte de l'art. 42 al. 5 LAMal ainsi que du principe de proportionnalité, le fournisseur de prestations met à la disposition de la personne chargée du contrôle de l'assureur, pour consultation dans ses locaux, toutes les informations pertinentes concernant les dossiers demandés. Le fournisseur de prestations veille à ce qu'un spécialiste qualifié connaissant les dossiers soit à la disposition de la personne chargée du contrôle pour répondre à d'éventuelles questions.
- 2.3 Pour prendre sa décision, la personne chargée du contrôle tient compte de tous les documents qui lui sont soumis pour vérification, des renseignements fournis par les soignants et, si nécessaire, de ses propres observations auprès de la personne assurée. La décision finale se fonde sur les documents disponibles au moment du contrôle. Les documents remis ultérieurement ne sont pas pris en compte. La personne chargée du contrôle peut, si nécessaire, procéder ou faire



procéder à sa propre classification. La personne responsable des soins a la possibilité de prendre position sur la décision de la personne chargée du contrôle.

- 2.4 Après cet examen, un échange oral, portant y compris sur la classification actuelle, a lieu le même jour entre le spécialiste du fournisseur de prestations et la personne chargée du contrôle de l'assureur.
- 2.5 Une fois le contrôle effectué, le fournisseur de prestations reçoit une réponse écrite de l'assureur dans les 15 jours ouvrables.

## Annexe 4 - Consignes pour la liste des adhésions et des démissions

Il convient de tenir compte de l'adhésion et du retrait des fournisseurs de prestations conformément à l'article 3 ainsi que de la réglementation transitoire de l'article 16.

La liste d'adhésion contient obligatoirement les informations suivantes et se présente sous le format Excel :

Ort	Name Institution	ZSR.Nr.	GLN	Bedarfsermittlung	Datum Beitritt	Datum Mutation	Datum Rücktritt
Berlingen	Xxxxxxxxxxxxxxxxxx	A123420	76010021123456	BESA LK 2020	01.01.2022		
Frauenfeld	Xxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxx	B345620	76010021345678	RAI/RUG Index 2016	01.01.2022		
Münchwilen	Xxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxx	C456720	76010021456789	RAI/RUG Index 2016	01.02.2022		
		ZSR-Nummer zwingend unformatiert, d.h. ohne Leerschläge und Punkte	GLN zwingend unformatiert, d.h. ohne Leerschläge	Bedarfsermittlungssystem inkl. Angabe Version	Sortierung nach Beitrittsdatum (neuester Beitritt zuletzt)		

Les adhésions doivent impérativement être triées par date d'adhésion (la plus récente en dernier). Les nouvelles adhésions, les mutations ou les démissions doivent être marquées en couleur.