Convention administrative EMS

Numéro de la convention: xx.xxx.xxxxx

du 01.01.2022

Concernant la

Rémunération des prestations soumises à l'assurance maladie dans les soins de longue durée dans les EMS

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

entre

ARTISET avec son association de branche CURAVIVA
Zieglerstrasse 53
3007 Berne

et

senesuisse
Bahnhofplatz 2
Case postale
3011 Berne

ci-après: **les associations**

1.	OFSP N° 32	**Aquilana Assurances**
2.	OFSP N° 57	**Moove Sympany AG**
3.	OFSP N° 62	**SUPRA-1846 SA**
4.	OFSP N° 134	**Einsiedler Krankenkasse**
5.	OFSP N° 182	**PROVITA Gesundheitsversicherung AG**
6.	OFSP N° 194	**Sumiswalder Krankenkasse**
7.	OFSP N° 246	**Genossenschaft Krankenkasse Steffisburg**
8.	OFSP N° 290	**CONCORDIA Schweizerische Kranken- u. Unfallversicherung AG**
9.	OFSP N° 312	**Atupri Assurance de la santé**
10.	OFSP N° 343	**Avenir Assurance Maladie SA**
11.	OFSP N° 360	**Krankenkasse Luzerner Hinterland**
12.	OFSP N° 455	**ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG**
13.	OFSP N° 509	**Vivao Sympany AG**
14.	OFSP N° 762	**Kolping Krankenkasse AG**
15.	OFSP N° 774	**Easy Sana Assurance Maladie SA**
16.	OFSP N° 780	**Genossenschaft Glarner Krankenversicherung**
17.	OFSP N° 820	**Cassa da malsauns LUMNEZIANA**
18.	OFSP N° 829	**KLuG Krankenversicherung**
19.	OFSP N° 881	**EGK Grundversicherungen AG**

© tarifsuisse sa 2022
Toute copie ou utilisation – y compris sous forme d'extrait – de ce document ou de son contenu est interdite, sauf autorisation écrite explicite de tarifsuisse sa (art. 23 LCD).

20.	OFSP N° 901	**sanavals Gesundheitskasse**
21.	OFSP N° 923	**Genossenschaft Krankenkasse SLKK**
22.	OFSP N° 941	**sodalis gesundheitsgruppe**
23.	OFSP N° 966	**vita surselva**
24.	OFSP N° 1040	**Verein Krankenkasse Visperterminen**
25.	OFSP N° 1113	**Caisse-maladie de la vallée d'Entremont société coopérative**
26.	OFSP N° 1142	**Krankenkasse Institut Ingenbohl**
27.	OFSP N° 1318	**Stiftung Krankenkasse Wädenswil**
28.	OFSP N° 1322	**Krankenkasse Birchmeier**
29.	OFSP N° 1331	**Krankenkasse Stoffel, Mels**
30.	OFSP N° 1384	**SWICA Krankenversicherung AG**
31.	OFSP N° 1386	**Galenos AG**
32.	OFSP N° 1401	**rhenusana**
33.	OFSP N° 1479	**Mutuel Assurance Maladie SA**
34.	OFSP N° 1507	**AMB Assurance SA**
35.	OFSP N° 1535	**Philos Assurance Maladie SA**
36.	OFSP N° 1542	**Assura-Basis SA**
37.	OFSP N° 1555	**Visana AG**
38.	OFSP N° 1560	**Agrisano Krankenkasse AG**
39.	OFSP N° 1568	**sana24 AG**
40.	OFSP N° 1570	**vivacare AG**
41.		**Institution commune LAMal** Industriestrasse 78, 4600 Olten, dans sa fonction d'institution d'entraide selon l'art. 19, al. 1 OAMal

ci-après: **les assureurs**

tous représentés par procuration par

tarifsuisse sa
Römerstrasse 20
4502 Soleure

les associations et les assureurs sont désignés, ensemble, de **parties contractantes**

I. Dispositions générales

Art. 1 Champ d'application personnel

La présente convention s'applique

a) aux fournisseurs de prestations ayant déclaré leur adhésion à la convention administrative (ci-après « les fournisseurs de prestations »)
b) à chacun des assureurs contractants
c) à chacun des assureurs-maladie reconnus au sens de la LAMal et ayant adhéré à la présente convention selon l'art. 5
d) à ARTISET avec son association de branche CURAVIVA et senesuisse, dès lors qu'elles acceptent expressément pour elles-mêmes les droits et obligations résultant de la présente convention
e) à tarifsuisse sa, dès lors qu'elle accepte expressément pour elle-même les droits et obligations résultant de la présente convention.

Art. 2 Champ d'application matériel

[1] La présente convention administrative concerne la rémunération de prestations en faveur des personnes assurées auprès d'un assureur contractant selon la loi fédéral sur l'assurance-maladie (LAMal).

[2] Cette convention administrative règle l'application des tarifs fixés par la loi ainsi que les processus administratifs relatifs aux prestations de soins selon art. 25a, al. 1 LAMal et art. 7 ss OPAS fournis par les EMS selon art. 39, al. 3 LAMal.

[3] La présente convention ne s'applique pas
- aux prestations de soins ambulatoires, principalement dans des appartements avec services
- aux services d'aide et de soins à domicile (Spitex)
- aux soins aigus et de transition
- aux prestations des structures de jour et de nuit

Des conventions séparées sont conclues pour ces domaines. Les prestations dans ces domaines ne peuvent pas être facturées à travers le numéro RCC pour les soins stationnaires de longue durée.

II. Procédures d'adhésion et de retrait

Art. 3 Adhésion d'un fournisseur de prestations à la convention

[1] Peuvent adhérer à la présente convention tous les fournisseurs de prestations admis, selon l'art. 39, al. 3, en combinaison avec l'art. 39, al. 1 LAMal, comme EMS par le canton d'implantation et figurant sur la liste cantonale des EMS.

[2] En adhérant à la présente convention, les fournisseurs de prestations reconnaissent sans réserve l'ensemble du contenu de cette convention, y compris ses annexes. Ces dernières forment partie intégrante de la convention.

[3] La procédure d'adhésion est engagée par les associations, après signature complète de la convention. Cette procédure doit être terminée dans un délai de 8 semaines. Les dispositions de la loi sur les assurances-maladie s'appliquent. Les associations règlent les modalités des adhésions et des retraits, et portent l'entière responsabilité pour celles-ci. Elles sont notamment responsables de ce que seuls des fournisseurs de prestations remplissant intégralement les conditions de l'art. 3, al. 1 de la présente convention puissent y adhérer. Les assureurs ou tarifsuisse n'assument aucun rôle ni responsabilité à cet égard.

[4] Les associations cantonales annoncent à tarifsuisse sa (à l'att. de la gestion de la conclusion de la convention, e-mail: vam@tarifsuisse.ch) les adhésions effectuées, à l'issue de la procédure d'adhésion selon l'al. 3, ainsi que les déclarations d'adhésion et de retrait immédiatement après leur réception par les associations. Elles le font exclusivement sous la forme d'un tableau Excel selon le modèle de l'annexe 2. Cette liste à valeur, envers les assureurs, de déclaration contraignante d'adhésion ou de retrait à la présente convention, de la part des fournisseurs de prestations qui y figurent. Les listes qui ne correspondent pas au modèle ou contiennent des données erronées ou des EMS qui ne remplissent pas les conditions de l'al. 1 sont retournées sans traitement par VAM à l'association de branche CURAVIVA d'ARTISET ou à senesuisse.

[5] Si l'adhésion a lieu au plus tard 8 semaines après l'ouverture de la procédure d'adhésion conformément à l'alinéa 3, elle a un effet rétroactif au 1er janvier 2022. Si elle a lieu plus tard, elle vaut à partir de la date de réception par tarifsuisse sa de la liste actualisée des adhésions selon al. 4.

Art. 4 Retrait d'un fournisseur de prestations de la convention

[1] Le fournisseur de prestations déclare par écrit son retrait à la présente convention. La déclaration de retrait signée doit être remise par courrier postal ou e-mail à l'association compétente, qui informe tarifsuisse sa au moyen de la liste des adhésions et des retraits selon art. 3, al. 5.

[2] Le retrait est possible pour la fin d'une année avec un préavis de 6 mois, la première fois pour le 31.12.2023. Le risque de transmission est porté par l'association – c'est la date de réception de la liste des adhésions et des retraits selon l'art. 3, al. 5 qui est déterminante.

[3] Le retrait de l'autorisation d'exploitation cantonale ou la suppression de la liste cantonale des EMS entraîne le retrait automatique et immédiat de la convention, sans remise d'une déclaration de retrait pour la fin de l'année. L'annulation d'un numéro RCC (p.ex. en cas de changement de propriétaire ou de fusion avec un autre fournisseur de prestations) entraîne le retrait automatique de la convention pour ce numéro. En cas d'attribution d'un nouveau numéro RCC, une nouvelle déclaration d'adhésion à la convention est nécessaire.

Art. 5 Adhésion d'autres assureurs à la convention (droit d'option)

[1] tarifsuisse sa est habilitée à déclarer les droits et obligations résultant de cette convention applicables à d'autres assureurs-maladie autorisés, avec pour conséquence de faire à chaque fois également entrer en vigueur une nouvelle convention au contenu identique dans la relation entre le nouvel assureur contractant et le fournisseur de prestations (droit d'option).

[2] La convention reposant sur le droit d'option entre le nouvel assureur contractant et le fournisseur de prestations est réputée conclue – sous réserve de l'approbation par les autorités compétentes (art. 46, al. 4 LAMal) – dès lors que tarifsuisse sa a communiqué au fournisseur de prestations le numéro OFSP, le nom et l'adresse de l'assureur ainsi que la déclaration selon laquelle l'assureur adhère également à la présente convention. La convention reposant sur le droit d'option devient automatiquement caduque dès que la présente convention est supprimée.

[3] L'exercice du droit d'option n'est valable que s'il est réalisé par tarifsuisse sa et si cette dernière dispose d'une procuration l'autorisant à signer des conventions tarifaires pour l'assureur.

III. Conditions de prise en charge

Art.6 Conditions de prise en charge

Le fournisseur de prestations doit remplir les conditions d'admission selon art. 39, al. 3, en combinaison avec l'art. 39, al. 1 LAMal. Si ces conditions ne sont plus remplies pendant la durée de la présente convention, l'obligation légale de prise en charge par l'assurance obligatoire des soins devient caduque.

IV. Prescription médicale, évaluation des soins requis et déclaration des soins requis

Art. 7 Prescription médicale, évaluation des soins requis

[1] La fourniture de soins médicaux dans un EMS requiert une prescription médicale selon l'art. 8, al. 1 OPAS ainsi qu'une évaluation des soins requis selon les art. 8a et 8b OPAS. La prescription médicale indique également les moyens et appareils selon LiMA.

[2] La date du début effectif du traitement et la date à laquelle la prescription prend effet doivent coïncider. Les prescriptions rétroactives ne sont pas admises.

[3] L'évaluation des soins requis selon art. 8a OPAS est réalisée par un personnel soignant diplômé et habilité pour cela (cf. art. 8a, al. 1 OPAS).

[4] La collecte des données pour l'évaluation des soins requis est réalisée

- dans un délai de 21 jours calendaires à compter de l'admission dans l'EMS (date d'admission)
- périodiquement, à intervalles de maximum 9 mois
- dans l'intervalle, en cas de changement de l'état de santé

[5] Dans le cas du système d'évaluation des soins requis PLAISIR, avec lequel la collecte des données pour l'évaluation des soins requis pour des patients de longue durée ne peut pas se faire dans les délais décrits à l'al. 4, pour des raisons inhérentes au système, la collecte des données se fera dans un délai de 56 jours à compter de l'admission. En cas de changement de l'état de santé, les réévaluations sont en principe réalisées indépendamment de cela, au maximum deux fois par an, mais au moins tous les deux ans.

[6] L'évaluation des soins requis pour les séjours de courte durée (maximum 90 jours) se fait au moyen de modules d'évaluation ordinaires ou simplifiés.

[7] Si, en raison de la brièveté du séjour (jusqu'à 7 jours, décès, sortie précoce), l'évaluation des soins requis n'est pas possible, un degré de soins requis est convenu avec l'assureur compétent.

Art. 8 Système d'évaluation des soins requis

[1] Seuls les systèmes et leurs versions remplissant intégralement et de manière démontrable les conditions légales selon art. 8b OPAS peuvent être utilisés pour l'évaluation des soins requis.

[2] Les systèmes suivants d'évaluation des soins requis sont reconnus au moins jusqu'à l'échéance du délai transitoire relatif à la modification de l'OPAS du 2 juillet 2019:

- BESA
- RAI/RUG
- Plaisir

[3] Le fournisseur de prestations a le libre choix du système, dans le cadre des exigences légales et d'éventuelles exigences cantonales.

[4] Un changement de système peut avoir lieu pour le début d'un mois. Le changement doit être annoncé par le fournisseur de prestations à son association en temps utile, avant la première évaluation des soins requis avec le nouveau système. L'association annoncera ce changement

à tarifsuisse sa (e-mail: vam@tarifsuisse sa) au moyen de la liste des adhésions et des retraits, selon art. 3, al. 4 de la présente convention.

Art. 9 Déclaration des soins requis aux assureurs

[1] Les prestations nécessaires selon art. 7, al. 2, let. b OPAS doivent être confirmées par écrit par le médecin prescripteur. La prescription médicale signée ainsi que le résultat de l'évaluation des soins requis, y. c. la signature du médecin prescripteur pour les prestations nécessaires selon art. 7, al. 2, let. b OPAS doivent être remises à l'assureur au plus tard avec la première facture.

[2] La déclaration des soins requis est réalisée au moyen des formulaires entièrement complétés et signés des instruments d'évaluation des soins requis.

[3] Dans le cas du système d'évaluation des soins requis PLAISIR, avec lequel la déclaration des soins requis ne peut pas être remise avec la première facture, pour des raisons inhérentes au système, cette déclaration doit être remise au plus tard avec la 5e facture à compter de l'admission.

[4] La saisie de l'évaluation des soins requis relève de la responsabilité du personnel soignant formé pour le système correspondant et disposant d'une formation de degré tertiaire.

Art. 10 Données détaillées de l'évaluation des soins requis

L'évaluation des soins requis comprend au moins les données suivantes:

a) Données de l'assuré(e):
   - Numéro d'assuré(e)
   - Numéro d'assurance sociale
   - Nom
   - Prénom
   - Date de naissance
   - Sexe
b) Motif du traitement: maladie, accident ou invalidité, lorsque l'information est disponible
c) Nom de l'assureur
d) Numéros RCC et GLN du fournisseur de prestations
e) Numéros RCC et GLN du médecin prescripteur
f) Indication si première évaluation ou évaluation ultérieure
g) Degré d'impotence (allocation pour impotence faible/moyenne/grave), si connu
h) Début et durée de validité de la prescription médicale
i) Système d'évaluation
j) RAI: désignation du groupe de charges
k BESA: groupes de prestations 5-10, y c. points et degré de soins requis (CP 2005) ; paquets de mesures 1-6 (CP 2010, CP 2020)
l) PLAISIR: plages de valeurs
m) Degré de soins requis selon OPAS
n) Besoins prévisibles de produits LiMA, y c. numéro à deux chiffres du groupe de produits ; pour les produits d'incontinence, on indiquera le degré d'incontinence (peut également être déclaré au moyen d'un formulaire complémentaire, si l'instrument d'évaluation des soins requis ne permet pas de le faire avec un seul formulaire).

Art. 11 Changement du degré de soins requis

[1] Les modifications des évaluations de soins requis résultant de l'évaluation réalisée par le fournisseur de prestations entrent en vigueur le jour de l'achèvement de la clarification des soins requis (date dans le système informatique). Dans tous les cas, le changement doit être annoncé à l'assureur au plus tard avec la prochaine facture, au moyen de la déclaration des soins requis.

[2] En cas de retour d'un séjour hospitalier, la nouvelle évaluation des soins requis peut être appliquée rétroactivement à partir du premier jour de retour dans l'EMS. Dans tous les cas, le changement doit être annoncé à l'assureur au plus tard avec la prochaine facture, au moyen de la déclaration des soins requis. Aucune autre modification rétroactive de l'évaluation des soins requis n'est admise.

[3] Les éventuels changements du degré de soins requis entrent en vigueur comme suit:

a) le jour du contrôle, après un contrôle par l'assureur auprès du fournisseur de prestations
b) le jour où les documents sont demandés au fournisseur de prestations, après un contrôle auprès de l'assureur. L'assureur maladie contrôle et communique le résultat dans les 30 jours à compter de la réception des documents.

[4] En cas de divergences entre la planification des soins, le rapport de soins, la saisie des soins requis et l'évaluation des soins requis ayant des répercussions sur la rémunération, il est possible de faire valoir des demandes de restitution allant au-delà de la date mentionnée à l'alinéa 3.

V. Rémunération des prestations

Art. 12 Rémunération des prestations de soins

[1] Les assureurs prennent en charge des contributions aux coûts des mesures liées à l'évaluation, à la consultation et à la coordination, à l'examen et au traitement ainsi qu'aux soins de base selon l'art. 7a, al. 3 OPAS.

[2] Le fournisseur de prestations facture la contribution légale selon la déclaration des soins requis. Les factures anticipées ne sont pas admises.

[3] Toutes les prestations relevant du droit de l'assurance-maladie pour les soins prévus à l'art. 7, al. 2 OPAS sont réputées couvertes par le paiement des contributions selon art. 7a, al. 3 OPAS.

[4] Pour les assuré(e)s pour lesquels des prestations de soins aigus et de transition, ou des séjours hospitaliers sont facturés, il n'est pas possible de facturer en même temps des contributions aux soins selon art. 7a, al. 3 OPAS.

[5] Les jours d'admission et de sortie sont facturés comme des jours de soins entiers.

Art. 13 Rémunération des moyens et appareils

[1] Les assureurs prennent uniquement en charge les coûts des moyens et appareils faisant l'objet d'une prescription médicale et figurant sur la liste des moyens et appareils (annexe 2 OPAS). Ces coûts sont pris en charge comme suit:

a) Les **consommables simples** en lien direct avec les prestations de soins ainsi que les moyens et appareils destinés à une utilisation multiple pour différents patient-e-s (correspondent à la catégorie A) ne sont pas rémunérés sur la base de la LiMA.

b) Moyens et appareils de la catégorie B
Moyens et appareils pouvant être utilisés aussi bien par l'assuré lui-même ou avec l'aide d'intervenants non professionnels que par le personnel soignant ou être remis par celui-ci sont rémunérés **au maximum** au montant maximal de remboursement réduit selon la LiMA

c) Moyens et appareils de la catégorie C
Les moyens et appareils qui ne peuvent être utilisés que par le personnel soignant sont facturés de manière analogue aux moyens et appareils de la catégorie B.

[2] La facturation électronique est réalisée sur la base du tarif 454 séparé pour les moyens et appareils dans les soins.

[3] Les rabais accordés au fournisseur de prestations par le fournisseur doivent être répercutés au débiteur, conformément à l'art. 56, al. 3 LAMal.

[4] Les limitations de la liste des moyens et appareils doivent être pris en compte.

[5] Si le coût des matériaux facturés dépasse le montant maximal de remboursement selon LiMA, la part excédentaire peut être facturée directement à la personne assurée, mais pas à l'assureur-maladie.

[6] Le montant maximal de remboursement s'applique également aux moyens et appareils fournis et facturés à des résidentes et des résidents par des fournisseurs externes (art. 24, al. 2, let. a OPAS). Le fournisseur externe doit impérativement remplir les conditions d'admission selon art-55 OAMal.

Art. 14 Rémunération des médicaments remis

[1]. Les médicaments prescrits par un médecin peuvent être facturés par les EMS disposant d'une autorisation pour la remise de médicaments (pharmacie), pour autant que le canton prévoie une telle remise.

[2] Les médicaments prescrits et remis par un médecin sont facturés au maximum au prix de vente au public selon LS.

[3] Les fournisseurs de prestations doivent répercuter au débiteur de la rémunération tous les rabais accordés directement ou indirectement par le fournisseur des médicaments (art. 56, al. 3 LAMal).

[4] La facturation est effectuée selon le code tarifaire 402 «GTIN - Médicaments et dispositifs médicaux». Le médicament ne sera facturé qu'une seule fois par GTIN. Dans ce cadre, on indiquera la première date (date 'du') et la dernière date (date 'au') de consommation. Pour les boîtes partielles, on indiquera la quantité effective utilisée en termes de nombre de boîtes (et non le nombre de comprimés). Pour les boîtes partielles, on indiquera le nombre de boîtes utilisées.

VI. Facturation et modalités de paiement

Art. 15 Facturation

[1] En règle générale, la facturation est réalisée mensuellement.

[2] La facture contient les données suivantes:

a) Données de l'assuré(e):
- Numéro d'assuré(e)
- Numéro d'assurance sociale
- Nom
- Prénom

- Date de naissance
- Sexe

b) Motif du traitement: maladie, accident ou invalidité, lorsque l'information est disponible
c) Nom de l'assureur
d) Numéros RCC et GLN du fournisseur de prestations
e) Numéros RCC et GLN du médecin prescripteur
f) Indication si première évaluation ou évaluation ultérieure
g) Degré d'impotence (allocation pour impotence faible/moyenne/grave), si connu
h) Début et durée de validité de la prescription médicale
i) Calendrier complet (durée et nombre de jours de soins, moins les jours de vacances et d'hospitalisation)
j) Système d'évaluation
k) Degré de soins requis selon OPAS, montant de la facture pour les prestations OPAS 7, y c. le numéro tarifaire
l) Moyens et appareils remis: numéro tarifaire, position LiMA complète et quantité ; montant maximal de remboursement soins selon LiMA, par produit
m) Médicaments remis: pharmacode/GTIN, quantité, prix maximum de vente au public selon LS, par produit

Les positions L) et m) peuvent également être facturées séparément. En cas de facturation séparée, une identification univoque (fournisseur de prestations) doit être assurée.

3 En cas de décès, la facture finale doit être établie dans les 45 jours.

4 Le fournisseur de prestations ne facture à l'assureur que les prestations obligatoires selon la présente convention. Les prestations non obligatoires seront facturées séparément.

Art. 16 Modalités de paiement

1 Le débiteur de la rémunération selon la présente convention administrative est l'assureur (système du tiers payant, art. 42, al. 2 LAMal).

2 En dérogation à l'al. 1, certains fournisseurs de prestations et assureurs peuvent convenir le système du tiers garant. Le fournisseur de prestations en informe la personne assurée en temps utile, avant la fourniture de la prestation.

3 Par dérogation à l'al. 1, c'est le système du tiers garant (facturation à l'assuré(e)) qui s'appliquera, à partir du 1er janvier 2023, à toutes les factures qui ne sont pas transmises par voie électronique.

4 Par dérogation à l'al. 3, certains fournisseurs de prestations et assureurs peuvent maintenir le système du tiers payant au-delà du 1er janvier 2023, y compris pour les factures qui ne sont pas transmises par voie électronique.

5 L'assureur ne règle que les factures conformes à la présente convention et à la législation. En présence de factures non conformes, l'assureur invite le fournisseur de prestations à lui présenter des factures conformes à la présente convention et à la législation.

6 L'assureur verse au fournisseur de prestations le montant dû dans un délai de 30 jours.

7 Le délai de paiement commence à courir au moment où l'assureur dispose de tous les documents nécessaires au contrôle de la conformité de la facture avec la présente convention et la législation.

8 Le délai de paiement selon art. 16, al. 6 est suspendu en cas de contestation justifiée.

[9] Lorsque les conditions pour la suspension des prestations selon art. 64a, al. 7 OPAS sont réunies, l'assureur suspend la prise en charge des coûts. Les coûts sont entièrement pris en charge dès que les primes en souffrance, la participation aux coûts, les intérêts de retard et les frais de poursuite sont entièrement réglés.

Art. 17 Echange électronique de données

Les parties contractantes conviennent l'échange électronique de données comme suit:

La **facturation** est effectuée par voie électronique au plus tard à partir du 1er janvier 2023, selon les standards XML en vigueur et les directives du Forum Datenaustausch, dans le système du tiers payant.

Si certains fournisseurs de prestations ou assureurs ne sont pas en mesure d'effectuer l'échange électronique de données, les formulaires de facturation et autres documents peuvent être transmis sous forme imprimée. Les formulaires de facturation selon le Forum Datenaustausch doivent être utilisés. Dans ce cas, la facturation est réalisée selon le système du tiers garant, sous réserve de l'art. 16, al. 4 de la présente convention.

Art. 18 Devoir d'information

[1] Les fournisseurs de prestations reconnaissent qu'ils sont soumis à un devoir d'information légal particulier envers leurs patients, concernant les prestations des assureurs-maladie sociaux et, le cas échéant, les coûts non couverts par l'assurance-maladie obligatoire.

[2] Le devoir d'information concerne notamment les dispositions légales et les effets concrets de la suspension des prestations selon art. 64a, al. 7 OPAS, en cas d'arriérés de paiement des primes et de la participation aux coûts.

[3] Les fournisseurs de prestations sont tenus d'annoncer à l'organe responsable du financement résiduel les modifications rétroactives de l'évaluation des soins requis.

VII. Economicité et assurance qualité

Art. 19 Economicité / assurance qualité

[1] Le fournisseur de prestations est tenu de fournir ses prestations et d'utiliser les matériaux de manière économique, adéquate et efficace (art. 32 et 56 LAMal).

[2] Le fournisseur de prestations s'engage à participer aux mesures d'assurance qualité et de contrôle de la qualité de ses prestations selon la convention en vigueur, dans le sens de l'art. 58a, LAMal.

Art. 20 Contrôle des évaluations de soins requis / devoir d'information des fournisseurs de prestations

[1] Les assureurs ont le mandat légal de contrôler que les prestations facturées aient été fournies selon les critères de l'efficacité, de l'adéquation et de l'économicité. Le traitement des données confidentielles est réglé dans la LPD, la LPGA et la LAMal.

[2] Les assureurs-maladie effectuent les contrôles suivants:

- Cas individuel: contrôle des documents exigés et remis à l'assureur par l'EMS
- Cas multiples: contrôle des documents chez le fournisseur de prestations

VIII. Aspects formels

Art. 21 Conciliation

[1] En cas de différends dans l'application de la présente convention, ceux-ci doivent fondamentalement être réglés par les parties concernées.

[2] En vertu de l' art. 89 LAMal, les fournisseurs de prestations et les assureurs-maladies peuvent saisir le tribunal arbitral cantonal.

Art. 22 Entrée en vigueur / durée de la convention

La présente convention avec ses annexes entre en vigueur le 1.1.2022 et est conclue pour une durée indéterminée.

Art. 23 Résiliation

[1] La présente convention peut être résiliée pour la fin d'une année avec un préavis de 6 mois, la première fois pour le 31.12.2023.

[2] Les assureurs-maladie contractants ne forment pas, entre eux, une société simple. Chaque assureur adhère au contraire à la présente convention séparément, pour lui-même. La présente convention ne crée pas de droits ni d'obligations entre les assureurs. La résiliation de la présente convention par un assureur n'a par conséquent aucune incidence sur le maintien de la convention entre les autres assureurs et le fournisseur de prestations.

[3] Réciproquement, les associations ont également la possibilité de ne résilier la présente convention que pour certains assureurs, en ne remettant leur résiliation qu'à ces assureurs. Dans ce cas, les associations ont également la possibilité d'adresser une telle résiliation de manière centralisée à tarifsuisse sa, à l'attention des assureurs concernés, avec effet juridique contraignant. La lettre de résiliation doit désigner clairement et sans équivoque les conventions devant être résiliées, avec une déclaration univoque des assureurs (n° OFSP) pour lesquels elle doit être résiliée.

[4] Si les associations souhaitent résilier la présente convention pour l'ensemble des assureurs pour lesquels tarifsuisse sa a conclu cette convention, elles sont en droit d'adresser la résiliation de manière centralisée à tarifsuisse sa, à l'attention des assureurs, avec effet juridique contraignant. La lettre de résiliation doit désigner clairement et sans équivoque la convention devant être résiliée, avec une déclaration univoque selon laquelle cette convention doit être résiliée pour l'ensemble des assureurs.

Art. 24 Annexes

La présente convention comprend les annexes suivantes:

Annexe 1
Liste des fournisseurs de prestations adhérents à la présente convention

Annexe 2
Exigences relatives à la liste des adhésions et des retraits des fournisseurs de prestations

Annexe 3
Modalités du contrôle des évaluations de soins requis

Art. 25 Dispositions finales

[1] La présente convention est réalisée et signée en trois exemplaires. ARTISET avec son association de branche CURAVIVA, senesuisse et tarifsuisse sa reçoivent chacun un exemplaire de la présente convention.

[2] Si cette convention est traduite dans une autre langue que l'allemand et que des contradictions apparaissent entre les différentes versions linguistiques, c'est la version allemande qui fait foi. Les parties contractantes supportent chacune la moitié des frais de traduction.

Berne, le ……..

ARTISET avec son association de branche **CURAVIVA**

Marco Borsotti
Président CURAVIVA
Membre du comité ARTISET

Dr. Markus Leser
Directeur CURAVIVA
Membre de la direction ARTISET

Berne, le ……

senesuisse

Dr. Albert Rösti
Président

Christian Streit
Directeur

Au nom des assureurs mentionnés comme partie contractante ainsi que – en référence aux règles définissant les droits ou obligations de tarifsuisse sa – pour soi-même:

Soleure, le ……..

tarifsuisse sa

Dr. Renato Laffranchi
Responsable Achat de prestations
Membre de la direction

Marc Berger
Responsable des négociations

Annexe 1

Liste des fournisseurs de prestations adhérents

Une liste actualisée des fournisseurs de prestations adhérents à la présente convention peut être consultée comme suit:

Pour les assureurs:
Dans le registre central des conventions (RCCo) de SASIS SA

Pour les fournisseurs de prestations et autres intéressé(e)s
Auprès d'ARTISET avec son association de branche CURAVIVA ou de senesuisse

Annexe 2

Exigences relatives à la liste des adhésions et des retraits

Ce modèle est contraignant pour l'annonce des adhésions et des retraits. Les listes d'adhésion qui ne correspondent pas à ce modèle ne peuvent pas être traitées et seront retournées. Si nécessaire, tarifsuisse sa peut procéder à des modifications de ce modèle. Celles-ci sont communiquées en temps utile aux parties contractantes.

Sur demande, tarifsuisse sa met un modèle Excel à disposition des associations.

Convention administrative tarifsuisse sa et ARTISET avec son association de branche CURAVIVA / senesuisse
RCC: 42.500.xxxxx du 1er janvier 2022

Liste des fournisseurs de prestations / membres ayant adhéré ou s'étant retirés de la convention

Canton: **Thurgovie** Nom de l'association: **Curaviva Thurgovie**
Situation: **30 mars 2022**

Localité	Nom de l'institution	N° RCC	GLN	Evaluation des soins requis	Date adhésion	Date mutation	Date retrait
Berlingen	Xxxxxxxxxxxxxxxx	A123420	76010021123456	BESA LK 2020	01.01.2022		
Frauenfeld	Xxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxx	B345620	76010021345678	RAI/RUG Index 2016	01.01.2022		
Münchwilen	Xxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxx	C456720	76010021456789	RAI/RUG Index 2016	01.02.2022		
		Le numéro RCC doit impérativement être reformaté, c.-à-d. sans espaces ni points	Le numéro GLN doit impérativement être reformaté, c.-à-d. sans espaces	Système d'évaluation des soins requis, y c. indication de la version	Tri par date d'adhésion (la plus récente à la fin)		

Les adhésions doivent impérativement être triées par date d'adhésion (la plus récente à la fin). Les nouvelles adhésions, nouvelles mutations et nouveaux retraits doivent être marqué en couleur, afin de les mettre en évidence.

Annexe 3

Modalités du contrôle des évaluations de soins requis

1. Les documents ci-après, donnés à titre d'exemple, sont présentés ou remis pour le contrôle.

Documents pour le contrôle

Documents relatifs à l'évaluation, p. ex.
- Déclaration des soins requis selon BESA
- Protocole des prestations saisies (BESA)
- Déclaration des soins requis RAI et MDS et récapitulation de l'évaluation (RAI)
- Déclaration des soins requis et profil bio-psycho-social (y c. 2e page) (Plaisir)

Documents relatifs aux soins, p.ex.
- Prescription médicale
- Planification standardisée et/ou individuelle des soins
- Rapport de soins / d'évolution
- Fiche de médicaments / d'ordonnance
- Plan thérapeutique
- Protocole des lésions
- Programme d'exercices

Cette liste n'est pas exhaustive

2. Qualification des interlocuteurs (-trices) dans les EMS et des personnes chargées des contrôles

Les interlocuteurs (-trices) dans les EMS et les personnes chargées des contrôles sont des professionnels disposant d'une formation de degré tertiaire, connaissent le système d'évaluation des soins requis et sont formés pour celui-ci.

3a) Contrôle chez l'assureur:

L'assureur demandant que les documents lui soient remis pour contrôle justifie sa demande brièvement et de manière pertinente.
La personne responsable des soins chez le fournisseur de prestations peut remettre une prise de position relative à la décision de la personne effectuant le contrôle chez l'assureur.

3b) Contrôle de l'évaluation des soins requis chez le fournisseur de prestations

aa. Fixation de la date du contrôle
L'assureur convient une date avec le fournisseur de prestations. Cette date est confirmée à l'institution par écrit avant la visite, avec le nom des assurés pour lesquels le contrôle sera réalisé et le nom de la personne chargée du contrôle.

bb. Contrôle des évaluations de soins requis
Le fournisseur de prestations veille à ce qu'un personnel soignant compétent soit à disposition sur place pour donner des renseignements lors du contrôle de l'évaluation.
Le degré de soins requis déterminé est contrôlé et discuté sur la base des documents présentés.

cc. Bases de décision

La personne chargée du contrôle tient compte, pour sa décision, de tous les documents mis à sa disposition, des renseignements du personnel soignant ainsi que, si nécessaire, de ses propres observations auprès de la personne assurée. La base pour la décision définitive est constituée par les documents disponibles au moment du contrôle. Les documents fournis ultérieurement ne sont pas pris en compte.

La personne chargée du contrôle peut, si nécessaire, procéder à sa propre évaluation des soins requis ou faire procéder à une telle évaluation. La personne responsable des soins a la possibilité de prendre position face à la décision de la personne chargée du contrôle.