

Convention cadre

entre

**les assureurs selon la loi fédérale
sur l'assurance-accidents,
représentés par
la Commission des tarifs médicaux LAA (CTM),**

l'Office fédéral de l'assurance militaire (OFAM),

**l'Assurance-invalidité (AI),
représentée par
l'Office fédéral des assurances sociales**

nommés ci-après **assureurs**

et

H+ Les Hôpitaux de Suisse

nommée ci-après **H+**

En cas de doute, la version allemande fait foi.

Article 1 Préambule

¹ Les assureurs et les hôpitaux ont élaboré, dans le cadre de la révision totale du catalogue des prestations hospitalières (CPH), une structure tarifaire unifiée pour l'ensemble de la Suisse (TARMED), destinée à remplacer la structure tarifaire du catalogue des prestations hospitalières (CPH).

² La présente convention a pour objet l'introduction et la mise en application de la structure tarifaire TARMED ainsi que des modalités uniformes d'indemnisation des hôpitaux par les assureurs.

³ Font partie intégrante de la convention:

- a) la structure tarifaire TARMED convenue par les parties à la convention, version 1.1r du 19.11.2002,
- b) la convention sur la valeur du point tarifaire,
- c) la convention concernant la stabilisation des coûts par cas,
- d) la convention concernant la reconnaissance des unités fonctionnelles,
- e) la convention concernant la reconnaissance des valeurs intrinsèques,
- f) la convention sur les contributions des non-membres,
- g) la convention concernant l'indication du diagnostic et des codes de diagnostic,
- h) la convention relative à la Commission paritaire de confiance TARMED (CPC),
- i) la convention concernant les sanctions,
- j) la convention concernant le transfert électronique des données.

⁴ La présente convention et celles qui en font partie intégrante règlent les relations entre les parties à la convention et remplacent l'ensemble des conventions précédentes et leurs annexes.

Article 2 Champ d'application

¹ La présente convention règle la rémunération des prestations en vertu de TARMED et se fonde sur l'article 56, alinéa 1, LAA et l'ordonnance s'y rapportant (OAA), sur l'article 26, alinéa 1, LAM et l'ordonnance s'y rapportant (OAM) ainsi que sur l'article 27, alinéa 1 LAI et l'ordonnance s'y rapportant (RAI) dans les domaines ambulatoire et stationnaire d'un hôpital, à moins que les prestations soient facturées à l'acte.

² La présente convention s'applique à tous les hôpitaux bénéficiant d'une autorisation de pratiquer conformément au droit cantonal, remplissant les conditions légales selon l'article 53 LAA, l'article 22 LAM et l'article 26^{bis} LAI et ayant adhéré à la présente convention.

³ La présente convention est applicable aux personnes assurées selon la LAA, la LAM ou la LAI. Elle est également valable pour les personnes ayant droit, dans le cadre de conventions internationales, à un remboursement des traitements selon ce tarif.

⁴ Sont considérées comme ambulatoires les mesures diagnostiques et thérapeutiques n'excédant pas 24 heures.

⁵ Cette convention est valable sur l'ensemble du territoire suisse.

⁶ Dans la mesure où un sujet n'est pas réglé de manière exhaustive par la présente convention, H+ et les assureurs peuvent édicter des dispositions complémentaires.

Article 3 Adhésion à la convention

¹ Tout hôpital peut adhérer à la présente convention par une déclaration écrite adressée à H+, dans la mesure où il satisfait aux exigences de l'article 2, alinéa 2.

² H+ établit une liste des hôpitaux qui ont adhéré à la présente convention (membres et non-membres de H+).

³ H+ met à la disposition des assureurs la liste des hôpitaux qui ont adhéré et les informe tous les trimestres des mutations.

Article 4 Révocation de la convention

Un hôpital a la possibilité de révoquer son adhésion à la présente convention au 30 juin ou au 31 décembre de chaque année, moyennant un délai de dénonciation de six mois. La démission doit être donnée par écrit à H+.

Article 5 Non-membres de H+

¹ Les hôpitaux qui ne sont pas membres de H+, mais qui remplissent les conditions d'admission prévues à l'article 2, alinéa 2, ont la possibilité d'adhérer à la présente convention. L'adhésion implique la reconnaissance totale de la convention et des conventions qui en font partie intégrante.

² Les non-membres doivent s'acquitter d'une cotisation d'adhésion et d'une contribution annuelle aux frais généraux. Les modalités sont réglées dans la convention sur les contributions des non-membres, partie intégrante à la présente convention.

³ L'adhésion à la convention devient effective avec le paiement de la cotisation d'adhésion. En cas de non-paiement de la contribution annuelle aux frais généraux, l'adhésion devient caduque 30 jours après réception du deuxième rappel.

⁴ Les hôpitaux qui ne sont pas membres de H+ peuvent résilier leur adhésion à la présente convention au 30 juin ou au 31 décembre de chaque année, moyennant un délai de six mois. La démission doit être donnée par écrit à H+.

⁵ Sur sa liste de membres, H+ publie séparément les non-membres ayant adhéré à la présente convention.

⁶ H+ informe les assureurs des mutations tous les trimestres.

Article 6 Obligations des assureurs

¹ Les assureurs s'engagent, dans la mesure où les dispositions légales le permettent, à ne confier leurs patients qu'aux hôpitaux ayant adhéré à la convention.

² Les assureurs s'engagent à n'accorder aux hôpitaux autorisés à pratiquer en Suisse, mais n'ayant pas adhéré à la convention, aucune des conditions dérogeant à celles de la convention tarifaire en vigueur.

Article 7 Valeurs intrinsèques et reconnaissance d'unités fonctionnelles spécifiques

¹ Les parties à la convention définissent dans des conventions séparées les critères de reconnaissance des unités fonctionnelles et des valeurs intrinsèques en ce qui concerne les hôpitaux.

² Tous les hôpitaux soumis à cette convention (membres ou non-membres de H+) doivent remplir les critères de reconnaissance et de valeurs intrinsèques définis en commun par les parties à la convention. Le respect des critères est déterminant pour le droit des hôpitaux à facturer.

³ Le code EAN sert à identifier le fournisseur de prestations quant à ses valeurs intrinsèques et la reconnaissance de ses unités fonctionnelles.

⁴ La banque de données des valeurs intrinsèques de la FMH et le concept de mise en place dans les hôpitaux déterminent le droit des hôpitaux et des médecins à facturer selon les valeurs intrinsèques.

⁵ H+ consolide les données vérifiées pour la reconnaissance des unités fonctionnelles par hôpital et transmet chaque trimestre aux assureurs une mise à jour de la banque de données. Pour la publication dans la banque de données ainsi que pour chaque mutation, H+ prélève une contribution auprès des hôpitaux qui ont adhéré à la convention.

⁶ La CPC vérifie chaque année ou en cas de besoin le respect de la convention concernant la reconnaissance des unités fonctionnelles et celui de la convention concernant la reconnaissance des valeurs intrinsèques.

Article 8 Sanctions en cas de violation de la convention

En cas de violation de la convention, les sanctions sont consignées dans la convention concernant les sanctions.

Article 9 Facturation et rémunération

¹ L'assureur (tiers payant) est le débiteur de la rémunération des prestations TARMED facturées.

² La valeur du point tarifaire est fixée sur le plan suisse dans une convention séparée.

³ L'hôpital établit sa facture une fois le traitement terminé. La facture doit comporter au moins les informations suivantes:

- a) nom et adresse de l'hôpital ainsi que son n° EAN,
- b) nom, adresse, date de naissance et n° d'assuré du patient,
- c) raison du traitement (maladie, accident, maternité, infirmité congénitale),
- d) calendrier des prestations,
- e) positions tarifaires, n° et dénomination,
- f) points tarifaires, valeur(s) du point tarifaire,
- g) diagnostic selon le code de diagnostic à déterminer,
- h) date de la facture,

- i) durée et étendue de l'incapacité de travail, dans la mesure où celle-ci est prescrite par un médecin hospitalier.

⁴ La facturation s'effectuera sous forme électronique pour tous les intervenants au plus tard après une phase transitoire de deux ans.

⁵ Les assureurs s'engagent à régler les factures dans un délai de 30 jours, pour autant qu'ils soient en possession des documents nécessaires et que l'obligation de paiement soit donnée. Si le délai de paiement ne peut être respecté, il convient d'en indiquer les raisons à l'hôpital.

⁶ Les parties à la convention s'entendent sur un formulaire de facturation unifié au plus tard trois mois avant l'entrée en vigueur du tarif.

Article 10 Transfert électronique des données

Les parties contractantes favorisent le transfert électronique de données. Les modalités en sont réglées par la convention concernant le transfert électronique des données.

Article 11 Protection des données

Dans le cadre de la présente convention, il convient de respecter les dispositions de la loi sur la protection des données (LPD), de la LPGA, de la LAA, de la LAM et de la LAI ainsi que de leurs ordonnances.

Article 12 Assurance de la qualité

¹ Les hôpitaux qui ont adhéré à la présente convention s'engagent à participer aux mesures mises en place pour assurer et contrôler la qualité en matière de valeurs intrinsèques et de reconnaissance d'unités fonctionnelles spécifiques.

² Les autres mesures concernant les exigences spécifiques en matière de qualité et les critères EAE (efficacité, adéquation, économicité) sont réglées par une convention-cadre.

Article 13 Commission paritaire de confiance TARMED (CPC)

Les parties à la convention mettent sur pied une commission paritaire de confiance TARMED (CPC). Les modalités s'y rapportant sont consignées dans la convention correspondante. Elle arbitre des litiges en vertu de l'article 14 et prend des sanctions en vertu de l'article 8 de la convention.

Article 14 Litiges

¹ Les litiges entre les parties à la convention issus de la présente convention ou des conventions annexes et qui ne peuvent être réglés entre les parties, ainsi que les litiges avec les hôpitaux qui ont adhéré à la convention, sont traités par la Commission paritaire de confiance.

² S'il n'a pas été possible de trouver un accord, la suite de la procédure s'oriente en vertu de l'article 57 LAA et de l'article 27 LAM.

³ En cas de litige entre H+ et l'AI, ou entre les fournisseurs de prestations et l'AI, l'article 57 LAA dans le cadre de l'article 27, alinéa 2 LAI s'applique en substance. Si le tri-

bunal arbitral cantonal se déclare incompétent, les parties contractantes nomment un tribunal arbitral et détermine une procédure selon les principes de l'article 57 LAA.

⁴ En cas de litige entre les parties à la convention, le for est Berne.

Article 15 Stabilisation des coûts par cas

¹ Les parties à la convention conviennent que l'introduction de la structure tarifaire TARMED ne doit pas provoquer une augmentation de la moyenne des coûts par cas pour l'ensemble des prestations fournies dans le cadre de l'AA, de l'AM et de l'AI.

² Les parties à la convention règlent les détails dans la convention concernant la stabilisation des coûts par cas TARMED.

³ La stabilisation des coûts par cas dure au maximum 12 ou 18 mois. Au-delà de cette période, la stabilisation des coûts par cas est définitivement abrogée. Ensuite, ce sont les autres conventions s'y rapportant qui sont déterminantes.

Article 16 Dispositions transitoires

¹ Pour les traitements en cours, une facture intermédiaire est établie selon l'ancien tarif au moment de l'introduction de la nouvelle convention. Dès l'introduction du tarif, la nouvelle convention est applicable pour la facturation.

² Tous les hôpitaux adhèrent à la présente convention par déclaration écrite adressée à H+ dans les 30 jours suivant la publication dans les organes de l'association. La convention est considérée comme publiée dès lors qu'elle peut être consultée sur le site internet de H+ et que les membres en ont été avertis en allemand et en français par la circulaire « Flash ».

Article 17 Entrée en vigueur / dénonciation

¹ La présente convention entre en vigueur le 1^{er} janvier 2004.

² La convention peut être dénoncée après une année par chacune des parties pour la fin d'une année civile, moyennant un délai de douze mois.

³ Un délai de dénonciation plus court demeure réservé dans le cadre de la stabilisation des coûts par cas, ce qui signifie qu'au cours de la première année suivant l'entrée en vigueur, la convention peut être dénoncée pour la fin d'un trimestre moyennant un délai de 3 mois.

⁴ La dénonciation peut porter sur l'ensemble de la convention, sur des dispositions particulières et/ou des conventions annexes. Certaines parties de la convention peuvent être modifiées d'un commun accord, sans dénonciation préalable.

⁵ Les parties à la convention s'engagent à renouer des pourparlers immédiatement après la dénonciation de la convention par l'une des parties.

⁶ Si une entente ne peut être trouvée au cours du délai de dénonciation, le Conseil fédéral, après audition des parties, édicte les dispositions nécessaires (article 56, alinéa 3 LAA, article 26, alinéa 3 LAM, article 27, alinéa 3 LAI).

Berne / Lucerne, le 1er octobre 2003

H+ Les hôpitaux de Suisse (H+)

Le président:



P. Saladin

La directrice:



U. Grob

Office fédéral des assurances sociales
Assurance-invalidité

La vice-Directrice:



B. Breitenmoser

Commission des tarifs médicaux LAA
(CTM)

Le président:



W. Morger

Office fédéral de l'assurance militaire

Le vice-directeur:



K. Stampfli