

## CONVENTION

entre

**La FEDERATION GENEVOISE DES ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX**  
(ci-après FEGEMS)

d'une part

et

**santésuisse, dûment représentée par les soussignés**  
(ci-après santésuisse)

d'autre part

- 
- Vu la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
  - Vu l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal)
  - Vu l'ordonnance du 29 septembre 1995 sur certaines prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS).

Les parties se sont entendues pour revoir les termes de l'ancienne convention du 15 décembre 2003 et la compléter. Dès lors, celle-ci abroge et remplace la convention précitée. Les parties conviennent de régler leurs relations communes par la présente convention, en application de l'article 46 LAMal.

**BUT****Article 1**

- 1.1 La présente convention détermine les conditions et l'étendue de la prise en charge par les assureurs-maladie ayant adhéré à ladite convention, des prestations dues au sens de l'article 7 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) et des prestations de tiers fournies aux assurés, domiciliés dans les établissements médico-sociaux correspondant à la planification établie par le canton de Genève au sens de l'article 39 de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) et ayant adhéré à ladite convention.
- 1.2 Les assureurs-maladie non membres de santésuisse et les établissements médico-sociaux non membres de la FEGEMS remplissant les conditions de l'article 39 LAMal peuvent adhérer à ladite convention.  
  
Une taxe d'adhésion unique de Fr. 2.000.-- ainsi qu'une contribution annuelle de Fr. 1.500.-- aux frais occasionnés par sa conclusion et son exécution leur sera demandée et rétrocédée au partenaire qui est concerné (Fegems ou santésuisse).
- 1.3 Les listes des établissements et des assureurs-maladie ayant adhéré à la convention font partie intégrante à la présente convention.

## CHAMP D'APPLICATION

### Article 2

- 2.1 La convention s'applique à toutes les personnes relevant de l'assurance obligatoire des soins et d'un assureur-maladie conventionnel, dont la nécessité de placement dans un établissement médico-social agréé a été justifiée sur le plan médical.
- 2.2 Le forfait journalier couvrant les prestations liées à l'article 7 OPAS est octroyé à tous les pensionnaires selon les critères déterminés par le système « Planification informatisée des soins infirmiers requis » (ci-après PLAISIR), conformément à l'Arrêté relatif aux soins infirmiers donnés dans les établissements médico-sociaux du Conseil d'Etat du 12 novembre 1997 fixant la classification des pensionnaires en huit catégories, ainsi que sur la base de la demande de prise en charge (*formule ad hoc*).

## OBLIGATIONS DES ASSUREURS-MALADIE

### Article 3

- 3.1 Pour les assurés au bénéfice de la présente convention, les assureurs-maladie versent à l'établissement, d'une part des montants forfaitaires journaliers (ci-après forfaits journaliers) dont l'annexe 1 fixe les valeurs et les prestations à charge de l'assurance-maladie obligatoire des soins qui y sont incluses, et d'autre part un montant forfaitaire journalier pour les moyens et appareils (LIMA).
- 3.2 Les coûts ne sont pas pris en charge lorsque l'obligation de l'assureur pour une personne assurée selon la LAMal est suspendue (suspension des prestations) ou échue. Dans ce cas, le tiers payant ne s'applique pas. Les coûts sont pris en charge ultérieurement si les conditions légales sont remplies. Demeurent réservées les conventions actuellement en vigueur entre les assureurs-maladie signataires et l'Etat de Genève.

## OBLIGATIONS DES ETABLISSEMENTS

### Article 4

- 4.1 L'attribution du forfait journalier pour les prestations de soins définies à l'article 7 OPAS est faite sur la base de la catégorie du pensionnaire déterminée par le système PLAISIR.
- 4.2 Les établissements agréés s'engagent à transmettre à l'assureur-maladie, dans les 15 jours qui suivent l'entrée du pensionnaire dans l'établissement la demande prise en charge (*formule ad hoc*).
- 4.3 L'assureur-maladie peut en tout temps vérifier que l'état de santé de son assuré justifie toujours le paiement du forfait PLAISIR. En cas de litige, le dossier est transmis à la commission paritaire.
- 4.4 Les établissements s'engagent à fournir les prestations nécessaires au traitement des assurés en se limitant à ce qui est exigé par l'intérêt de l'assuré et par le but du traitement (*article 56 LAMal et article 7 OPAS*).

- 4.5 Les établissements agréés avisent, sans délai les assureurs-maladie du transfert d'un pensionnaire dans un établissement hospitalier ou de son départ, quel qu'en soit le motif.
- 4.6 Les établissements s'engagent à faciliter tout contrôle entrepris par la commission paritaire ou par la commission de surveillance médicale.
- 4.7 Si un patient change d'assureur au 30 juin, l'EMS établit, à la demande du patient ou de l'assureur, un décompte intermédiaire au 30 juin, d'ici au 15 août au plus tard de l'année courante concernée. Au 31 décembre, l'EMS établit un décompte intermédiaire, d'ici au 15 février de l'année suivante au plus tard. Dans le cas de forfaits, le décompte intermédiaire correspond à une facturation au pro rata temporis.

## TARIFICATION

### Article 5

- 5.1 Pour les établissements ayant fourni leur comptabilité analytique, les forfaits conventionnels sont fixés dans l'annexe 1 faisant partie intégrante de la convention.
- 5.2 Pour les établissements n'ayant pas fourni leur comptabilité analytique, les tarifs actuels s'appliquent selon l'annexe 3.
- 5.3 Pour les assurés résidents en Unité d'Accueil Temporaire (UAT), pendant la durée définie à l'article 2 de l'Arrêté relatif à l'exploitation de lits en UAT dans les établissements médico-sociaux genevois du 4 juillet 2006 du Département de l'Economie et de la Santé, les établissements facturent en tiers-payant, selon l'annexe 2.

## DROIT AUX PRESTATIONS FACTURATION

### Article 6

- 6.1 Les forfaits conventionnels sont versés directement par l'assureur-maladie aux établissements (tiers payant), selon l'annexe 1 et 3. L'assureur perçoit le cas échéant la franchise et la quote-part directement auprès de l'assuré.
- 6.2 En dérogation à l'article 6.1, certains assureurs et fournisseurs de prestations peuvent convenir que l'assuré est le débiteur de la rémunération de la prestation (système du tiers-garant). Le fournisseur de prestation informe les patients sous une forme appropriée.
- 6.3 En cas de tiers-garant, la rémunération de la prestation donne lieu à une majoration par rapport à la facturation en tiers-payant. Cette majoration est négociée avec la Fegems et en cas d'absence d'accord, le tiers-payant s'applique.
- 6.4 Le droit au forfait journalier s'ouvre dès l'entrée dans l'établissement à condition que la demande de prise en charge (*formule ad hoc*) parvienne à l'assurance au plus tard 15 jours après l'admission dans l'établissement.  
L'établissement fait parvenir le document "Profil bio-psycho-social" qui fixe la catégorie PLAISIR du pensionnaire à l'assureur en cachant le diagnostic en conformité avec la loi sur la protection des données ; si l'assureur désire des

compléments d'information pour son médecin-conseil, il le fait savoir à l'établissement qui fournit alors les renseignements demandés.

- 6.5 Le jour d'entrée et le jour de sortie sont comptés tous les deux en plein. En cas de transfert dans un établissement hospitalier genevois, la journée est facturée uniquement par l'établissement qui reçoit l'assuré, soit l'établissement hospitalier pour le jour d'entrée de l'assuré dans celui-ci et l'établissement médico-social pour le jour de retour de l'assuré dans celui-là. Aucune prestation forfaitaire n'est due durant la durée de l'hospitalisation.
- 6.6 Les assureurs-maladie peuvent s'opposer, dans les 15 jours ouvrables, dès réception du document PLAISIR à la classification du pensionnaire en motivant leur position auprès de la commission paritaire. La réévaluation de la classification du pensionnaire selon le système PLAISIR sera effectuée au frais de l'assureur-maladie.
- 6.7 Les pensionnaires sont réévalués au minimum une fois tous les deux ans et au maximum deux fois par an.  
En cas de modification de classification, le document « Profil bio-psycho-social » qui fixe la nouvelle catégorie PLAISIR du pensionnaire est envoyée dès réception par l'établissement à l'assureur accompagné d'une nouvelle demande de prise en charge (formule ad hoc), selon le procédé décrit à l'article 6.1, 2<sup>e</sup> paragraphe. Le nouveau droit aux prestations forfaitaires prend effet dès la date de la réévaluation.
- 6.8 Les établissements adressent leurs factures aux assureurs-maladie tous les mois.
- 6.9 Les assureurs-maladie sont responsables du paiement des factures dans un délai de 45 jours dès réception. Passé un nouveau délai de 15 jours, un intérêt de retard sera perçu conformément aux dispositions du Code des Obligations (CO) applicables en la matière. Dans le cas de présentation d'une réclamation motivée, le forfait PLAISIR 5 s'applique jusqu'à décision.

**CARACTERE ECONOMIQUE  
ET ASSURANCE QUALITE**

**Article 7**

Pour le diagnostic, les traitements, les soins, la prescription de mesures ainsi que lors du recours à des médicaments, à des moyens et appareils, l'EMS respectera le principe d'économicité selon l'article 56 LAMal.

**COMMISSION PARITAIRE**

**Article 8**

- 8.1 La commission paritaire est chargée de veiller à l'application de la présente convention.
- 8.2 Elle est composée de huit membres, quatre pour les établissements médico-sociaux, quatre pour santésuïsse. Elle peut inviter un représentant de l'Etat comme observateur.

- 8.3 La commission se réunit chaque fois que la nécessité s'en fait sentir sur demande de l'une ou l'autre des deux parties, mais au moins une fois par année.
- 8.4 Elle a notamment les compétences suivantes :
- a) proposer aux parties des solutions aux éventuels litiges, ainsi que des améliorations ou adaptations de la présente convention
  - b) régler les éventuels litiges relatifs à la classification PLAISIR
  - c) fixer les modalités d'adhésion à la présente convention
  - d) négocier annuellement la valeur des forfaits journaliers (avenants tarifaires).
- 8.5 Un règlement peut préciser son fonctionnement.

## DISPOSITIONS FINALES

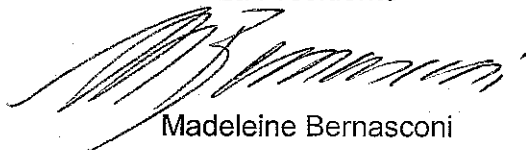
### Article 9

- 9.1 La présente convention entre en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre 2007 pour une durée indéterminée.
- 9.2 La convention peut être dénoncée pour la fin d'une année civile, moyennant un préavis de six mois.
- 9.3 Les demandes de modification de la valeur des forfaits journaliers (annexe 1 et 3) et des tarifs des soins infirmiers et de base pour les UAT (annexe 2) n'entraînent pas une dénonciation de la présente convention.
- 9.4 La présente convention est soumise à l'approbation du Conseil d'Etat du canton de Genève.

Fait à Genève, en trois exemplaires, le 16 janvier 2008

Pour la Fédération genevoise des  
établissements médico-sociaux

**FEGEMS**  
La Présidente



Madeleine Bernasconi

Pour santésuisse

**santésuisse Région Ouest**  
La Responsable



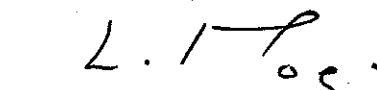
Fabienne Clément

**FEGEMS**  
Le Secrétaire général



Neil Ankers

**santésuisse Genève**  
Le Secrétaire général



Louis Moeri



santésuisse

Die Schweizer Krankenversicherer

Les assureurs-maladie suisses

Gli assicuratori malattia svizzeri

## Liste des assureurs maladie adhérents

à la convention

entre

**La Fédération genevoise des établissements médico-sociaux (FEGEMS)**

et

**santésuisse, représentée par son secrétariat santésuisse Genève**

AGRISANO  
AQUILANA  
ATUPRI CM CFF  
AUXILIA  
CAISSE MALADIE 57  
CONCORDIA  
CPT/KPT  
CSS ASSURANCE  
EGK  
GALENOS

### GRUPE MUTUEL, ASSOCIATION D'ASSUREURS

- AMB
- AVANTIS
- AVENIR ASSURANCES
- Caisse maladie de la FONCTION PUBLIQUE
- Caisse maladie EOS
- Caisse maladie de Trois Torrents
- CMBB, Caisse maladie du bois et du bâtiment
- EASY SANA
- HERMES
- KRANKEN-UND UNFALL – VERSICHERUNG ST. MORITZ
- LA CAISSE VAUDOISE
- MUTUEL ASSURANCES
- FONDATION NATURA ASSURANCES.CH
- PANORAMA
- PHILOS
- UNIVERSA

HELSANA  
HOTELA  
INTRAS  
KOLPING  
OEKK  
PROGRES  
PROVITA  
SANATOP  
SANITAS  
SUPRA  
VISANA  
WINCARE