

Anhang zum Vertrag für die Durchführung von psychotherapeutischen Abklärungen und Behandlungen zu Lasten der Invalidenversicherung (FSP-ASP-SBAP-BSV) vom 1. April 2007

Version 2025.1 / Neufassung vom 01.04.2025

Die Vergütungen der Invalidensicherung richten sich nach den folgenden Ansätzen und Bestimmungen. Diese gelten unabhängig davon, ob eine Einzelperson behandelt wird oder ob die Behandlung in Gruppen erfolgt. Bei der Gruppenbehandlung ist der Tarifansatz gemäss Ziffer 1.1 bzw. 1.2 des Anhangs gleichmässig auf die gemeinsam behandelten Versicherten aufzuteilen. Aus Gründen der Lesbarkeit steht die männliche Form jeweils für beide Geschlechter.

1. Kostenvergütung für Abklärungs- und Behandlungsmassnahmen

1.1 Tarif

Für die Durchführung verfügbarer nicht-ärztlicher Psychotherapie vergütet die IV

Tarifziffer	Beschreibung	Vergütung in CHF
582.1	Abklärungsmassnahmen	38.70 pro Viertelstunde
582.2	Behandlungsmassnahmen	38.70 pro Viertelstunde
582.3	Gruppenbehandlung	38.70 pro Viertelstunde dividiert durch die Anzahl Teilnehmer

1.2 Interpretation

- für Abklärungen: CHF 38.70 pro Viertelstunde bzw. CHF 154.80 pro Stunde. Es werden pro Versicherten höchstens 2 ½ Stunden im Tag während höchstens 3 Tagen vergütet, d.h. für eine Abklärung maximal 7 ½ Stunden bzw. CHF 1'161.00.
- für Behandlungen: CHF 38.70 pro Viertelstunde bzw. CHF 154.80 pro Stunde. Es können pro Tag und Versicherten höchstens 2 Stunden in Rechnung gestellt werden, d.h. maximal CHF 309.60 pro Tag.
- Bei Gruppenbehandlungen errechnet sich die Vergütung pro Teilnehmer aus obenstehendem Tarif dividiert durch die Anzahl Teilnehmer.

1.3 Verrechenbarer Aufwand

Der verrechenbare Aufwand umfasst:

- die Arbeit mit den Patienten sowie mit deren Bezugspersonen (Angehörige, Erzieher, behandelnde Ärzte und andere Therapeuten), soweit diese Arbeit zur Sicherstellung des Behandlungserfolgs notwendig ist.

Alle anderen Aufwendungen sind im Tarifansatz eingerechnet und damit nicht zusätzlich verrechenbar, insbesondere:

- arbeitstechnische Vorbereitungen, formale Testauswertungen, Berichte bis 10 Zeilen Text, versäumte Sitzungen, Reisezeit, Zeitaufwand für administrative Arbeiten.

2. Kostenvergütung für verlangte Berichte

2.1 Tarif

Für das Erstellen von psychotherapeutischen Berichten vergütet die Invalidenversicherung:

Tarifiziffer	Umfang	Pauschalpreis in CHF
582.5	11-35 Zeilen Text	38.70
582.6	36-69 Zeilen Text	77.40
582.7	70-105 Zeilen Text	116.10
582.8	Mehr als 105 Zeilen Text	154.80

2.2 Interpretation

- Es liegt immer ein schriftlicher Auftrag der zuständigen IV-Stelle für das Verfassen eines Berichtes vor. Unaufgefordert zugestellte Berichte werden nicht vergütet. Die Beweispflicht, dass ein Bericht vom Versicherer verlangt worden ist, liegt beim Leistungserbringer, der Rechnung stellt.
- Die zuständige IV-Stelle formuliert bei der Auftragserteilung ihren Informationsbedarf nach Möglichkeit in klaren, konkreten Fragen und Aufträgen.
- Wenn es aus Sicht des Psychotherapeuten Gründe gibt, die gegen eine Berichterstellung im Rahmen des Auftrags sprechen, nimmt er mit der IV-Stelle Rücksprache und vereinbart das weitere Vorgehen.
- Unvollständige Berichte, in denen wichtige Informationen fehlen oder Fragen unzulänglich beantwortet wurden, müssen kostenlos ergänzt/verbessert werden.
- Der Ausdruck „Zeile“ meint den Text, welcher auf einer Zeile einer A4-Seite Hochformat in 10-Punkte-Schrift mit Seitenrändern von rund 2 cm Platz hat. Eine unvollständige Zeile am Ende eines Absatzes wird als ganze Zeile gezählt. Die Berichte sind entweder mit Schreibmaschine oder per Computer (keine Handschrift) zu verfassen.

2.3 Verrechenbarer Aufwand / Rechnungsstellung

- Für Berichte bis 10 Zeilen Text erfolgt keine Vergütung durch die Invalidenversicherung.
- Tarifrelevant sind lediglich diejenigen Textzeilen des Berichtes, die die Darstellung des Sachverhaltes (Anamnese/Verlauf, Therapieziele und Prognose) und die Beantwortung der gestellten Fragen beinhalten.
- Auf der Rechnung sind die in diesem Anhang definierten Tarifiziffern zwingend aufzuführen. Rechnungen ohne vollständige Angabe der Tarifiziffern können zurückgewiesen werden.

3. Vergütung der Leistungen von Personen, die eine Weiterbildung zum Psychotherapeuten absolvieren

3.1 Voraussetzungen

Als Personen in Weiterbildung gelten alle Personen, die eine gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) akkreditierte Weiterbildung zur psychologischen Psychotherapie absolvieren.

Die Personen in Weiterbildung (kumulativ):

- verfügen über eine persönliche GLN-Nummer;
- erbringen ihre Leistungen in einem Anstellungsverhältnis;
- erbringen ihre Leistungen unter Verantwortung und Aufsicht von dazu berechtigten psychologischen Psychotherapeuten (anleitende Fachperson);
- sind bis zur Erlangung des eidg. anerkannten Abschlusses an einer gemäss KVG akkreditierten Weiterbildungsstätte eingeschrieben.

Die anleitende Fachperson (kumulativ):

- verfügt über eine persönliche GLN-Nummer;
- ist Mitglied des Tarifvertrages "Vertrag für die Durchführung von psychotherapeutischen Abklärungen und Behandlungen zu Lasten der Invalidenversicherung" vom 01. April 2007;
- ist als beaufsichtigende, für die Weiterbildung zuständige Person verantwortlich dafür, dass die Person in Weiterbildung ihre Leistungen in der erforderlichen Qualität erbringt;
- erfüllt die Anforderungen der Verordnung des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) über Umfang und Akkreditierung der Weiterbildungsgänge der Psychologieberufe (AkkredV-PsyG).

Es soll ein Register erstellt werden, in dem die Personen in Weiterbildung mit ihrer GLN-Nummer geführt werden. Die Personen in Weiterbildung inkl. GLN werden von den Berufsverbänden dem BSV und der Zentralstelle für Medizinaltarife UVG (ZMT) gemeldet. Das BSV und die ZMT werden ein solches Register aufbauen und führen. Es können nur Leistungen von Personen in Weiterbildung verrechnet werden, welche in diesem Register aufgeführt sind.

3.2 Verrechenbare Leistungen / Tarif

Die verrechenbaren Leistungen richten sich nach den Bestimmungen in den Artikeln 1.3 und 2.3 dieses Anhangs. Die von den Personen in Weiterbildung erbrachten, verrechenbaren Leistungen werden durch die anleitende Fachperson in Rechnung gestellt. Ist die anleitende Fachperson in einer Institution angestellt, werden die Leistungen durch die Institution verrechnet. In diesem Fall ist der Name und die GLN-Nummer der anleitenden Fachperson auf jeder Rechnung explizit unter Leistungserbringer anzugeben. Die verrechnende Institution ist als Rechnungssteller aufzuführen.

Die von Personen in Weiterbildung erstellten, versicherungsrelevanten Dokumente sind von der anleitenden Fachperson zu visieren.

Die Rechnungsstellung, welche ausschliesslich elektronisch erfolgt, hat gemäss den Vorgaben des Forums Datenaustausch zu erfolgen. Auf der Rechnung sind die beteiligten Fachpersonen namentlich und mit ihrer GLN-Nummer anzugeben. Bei jeder verrechneten Leistung ist unter GLN Med die GLN-Nummer derjenigen Person anzugeben, die diese Leistung tatsächlich erbracht hat. Diese Regelung ersetzt Artikel 4.2 Satz 1 und Satz 2 des Tarifvertrages vom 1. April 2007.

Der Aufwand für die Supervision geht nicht zulasten der Sozialversicherung. Werden während der Supervision medizinische Leistungen erbracht, die zulasten der Versicherung

verrechnet werden können, sind diese als Leistungen der Person in Weiterbildung zu betrachten und von der anleitenden Fachperson entsprechend zu verrechnen.

Beim Tarif gemäss den Artikeln 1.1 und 2.1 dieses Anhangs wird für Leistungen, welche Personen in Weiterbildung gemäss Artikel 3.1 erbringen, ein Abzug von 10 % vereinbart. Der Taxpunktwert bleibt unverändert. In der XML-Datei wird der «external_factor» mit 0.9 befüllt.

Die folgende Tabelle dient als Berechnungshilfe für die Kalkulation der Abschläge:

Betrag	
Tarif gemäss Artikel 1.1 und 2.1.	Tarif für Assistenzpsychotherapeuten
38.70	34.83
77.40	69.66
116.10	104.49
154.80	139.32
309.60	278.64
1'161.00	1'044.90

3.3 Sanktionen / Leistungsverfügung

Die Versicherung kann die Einhaltung dieser Bestimmungen jederzeit überprüfen. Wird ein Missbrauch festgestellt, kann die anleitende Fachperson gemäss Artikel 6.2 des Tarifvertrages aus dem Tarifvertrag ausgeschlossen werden.

Die IV-Stelle und/oder das BSV haben ausdrücklich die Möglichkeit, im Sinne von Artikel 1.3 des Tarifvertrages vom 1. April 2007 in der Verfügung oder den Weisungen die Voraussetzungen für die Leistungserbringung detailliert zu definieren. Sie können die Leistungserbringung zulasten der Invalidenversicherung vom Vorliegen einer bestimmten Qualifikation des Leistungserbringers abhängig machen.

4. Inkraftsetzung und Kündigung dieses Anhangs

Dieser Anhang entfaltet seine Wirkung per 01.04.2025. Er ersetzt den Anhang, welcher per 1. Juli 2023 Gültigkeit hatte.

Dieser Anhang bildet integrierenden Bestandteil des Tarifvertrages vom 1. April 2007. Eine Kündigung des Tarifvertrages gem. Artikel 7.1. desselben schliesst diesen Anhang mit ein.

Dieser Anhang hat keine präjudizielle Wirkung. Entwicklungen in den Verhandlungen der Berufsverbände mit den Krankenversicherern sollen zu Anpassungen einzelner Bestimmungen führen, die idealerweise ohne Kündigung des Anhangs im gegenseitigen Einverständnis vorgenommen werden. Der Anhang wurde deshalb versioniert, damit entsprechende Anpassungen systematisch dokumentiert sind.

Aufgrund dieser Ausgangslage kann dieser Anhang auch separat gekündigt werden, ohne Kündigung des Tarifvertrages vom 1. April 2007. Die Kündigung erfolgt in diesem Fall jeweils auf ein Monatsende mit einer Kündigungsfrist von mindestens 3 Monaten.

Föderation der Schweizer Psycholog:innen FSP



Stephan Wenger
Präsident FSP

Assoziation Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ASP



Gabi Rüttimann
Präsidentin ASP

Schweizerischer Berufsverband für Angewandte Psychologie SBAP



Urs P. Hassler
Präsident SBAP

Bundesamt für Sozialversicherungen, Geschäftsfeld Invalidenversicherung



Florian Steinbacher
Vizedirektor



Serge Brélaz
Bereichsleiter Sach- und Geldleistungen



Convenzione

concernente lo svolgimento di esami e trattamenti psicoterapeutici a carico dell'assicurazione invalidità

tra

la Federazione svizzera delle psicologhe e degli psicologi (FSP),

l'Associazione svizzera degli psicoterapeuti (ASP),

l'Associazione professionale svizzera della psicologia applicata (SBAP)

(di seguito denominate «associazioni» o «associazioni professionali»)

e

l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS)

Ambito Assicurazione invalidità (AI)

Premessa

La Convenzione concernente lo svolgimento di esami e trattamenti psicoterapeutici a carico dell'assicurazione invalidità è stata disdetta dalle associazioni professionali con effetto dal 1° dicembre 2022. Conformemente alle disposizioni contrattuali, essa è rimasta provvisoriamente applicabile fino al 30 giugno 2023. Durante il periodo di disdetta e di applicabilità provvisoria della Convenzione non è stato raggiunto alcun accordo tra le parti, anche perché la situazione tariffaria nel settore dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) non è ancora stata chiarita in modo definitivo. Dal 1° luglio 2023 l'AI si trova in una situazione di assenza di convenzione con le associazioni professionali. Per poter garantire la certezza del diritto e proseguire il rapporto di collaborazione, le parti hanno concordato quanto segue:

1. La convenzione tariffale «Convenzione concernente lo svolgimento di esami e trattamenti psicoterapeutici a carico dell'assicurazione invalidità (FSP-ASP-SBAP-UFAS)» del 1° aprile 2007 è dichiarata nuovamente applicabile con effetto retroattivo dal 1° luglio 2023.
2. L'Allegato alla Convenzione concernente lo svolgimento di esami e trattamenti psicoterapeutici a carico dell'assicurazione invalidità (FSP-ASP-SBAP-UFAS) del 1° aprile 2007 è modificato in modo che si applichi una tariffa di 154.80 franchi all'ora per le prestazioni fornite a partire dal 1° luglio 2023. Si è inoltre rinunciato a includere una clausola di indicizzazione nell'Allegato.
3. A parte le modifiche menzionate al punto 2, alla Convenzione non sono stati apportati adeguamenti materiali.
4. Non appena sarà approvata una tariffa definitiva nel settore dell'AOMS, le parti avvieranno immediatamente le trattative contrattuali con l'obiettivo di allineare il più possibile la regolamentazione dell'AI a quella del settore dell'AOMS.



Luogo, data

Federazione svizzera delle psicologhe e degli psicologi (FSP)

Yvik Adler
Copresidente FSP

Stephan Wenger
Copresidente FSP

Luogo, data

Associazione svizzera degli psicoterapeuti (ASP)

Gabi Rüttimann
Presidente ASP

Luogo, data

Associazione professionale svizzera della psicologia applicata (SBAP)

Urs P. Hassler
Presidente SBAP

Berna, 29 agosto 2023

Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Ambito Assicurazione invalidità

Florian Steinbacher
Vicedirettore

Serge Brélaz
Capo del Settore Prestazioni in natura e pecuniarie



Allegato

alla Convenzione concernente lo svolgimento di esami e trattamenti psicoterapeutici a carico dell'assicurazione invalidità (FSP-ASP-SBAP-UFAS) del 1° aprile 2007

Nuova versione del 1° luglio 2023

I rimborsi dell'assicurazione invalidità (AI) si basano sulle tariffe e sulle disposizioni menzionate di seguito. Queste si applicano indipendentemente dal fatto che il trattamento sia effettuato individualmente o in gruppo. In caso di trattamento di gruppo, le tariffe di cui ai punti 1.1 e 1.2 dell'Allegato devono essere divise in parti uguali tra gli assicurati sottoposti al trattamento. Per motivi di leggibilità, la forma maschile si riferisce a entrambi i sessi.

1 Rimborso delle spese per lo svolgimento di esami e trattamenti

1.1 Tariffe

Per le prestazioni di psicoterapia non medica ordinate l'AI rimborsa quanto segue:

Posizione tariffale	Descrizione	Rimborso in franchi
582.1	Esami	38.70 per ogni quarto d'ora
582.2	Trattamenti	38.70 per ogni quarto d'ora
582.3	Trattamenti di gruppo	38.70 per ogni quarto d'ora, divisi per il numero di partecipanti

1.2 Interpretazione

- Esami: 38.70 franchi per ogni quarto d'ora o 154.80 franchi all'ora. Per ogni assicurato vengono rimborsate al massimo 2 ore e mezza al giorno per un massimo di 3 giorni, vale a dire per un esame al massimo 7 ore e mezza o 1161.00 franchi.
- Trattamenti: 38.70 franchi per ogni quarto d'ora o 154.80 franchi all'ora. È possibile fatturare al massimo 2 ore al giorno per ogni assicurato, vale a dire al massimo 309.60 franchi al giorno.
- Trattamenti di gruppo: il rimborso per ogni partecipante è calcolato in base alla tariffa summenzionata, divisa per il numero di partecipanti.

1.3 Onere computabile

L'onere computabile comprende:

- il lavoro con i pazienti e le loro persone di riferimento (familiari, educatori, medici curanti e altri terapisti), nella misura in cui è necessario per garantire il successo del trattamento.

Tutte le altre spese sono incluse nelle tariffe e non possono quindi essere fatturate ulteriormente, in particolare quelle per:

- preparativi tecnici, valutazioni formali di test, rapporti fino a 10 righe di testo, sedute mancate, tempo di percorrenza, tempo dedicato ai lavori amministrativi.



2 Rimborso delle spese per la redazione di rapporti richiesti

2.1 Tariffe

Per la redazione di rapporti psicoterapeutici l'Al rimborsa quanto segue:

Posizione tariffale	Volume	Importo forfettario in franchi
582.5	11-35 righe di testo	38.70
582.6	36-69 righe di testo	77.40
582.7	70-105 righe di testo	116.10
582.8	Oltre 105 righe di testo	154.80

2.2 Interpretazione

- L'ufficio Al competente deve sempre conferire per iscritto il mandato di redigere un rapporto. I rapporti redatti senza essere stati richiesti non sono rimborsati. L'onere della prova che un rapporto è stato richiesto dall'assicuratore incombe al fornitore di prestazioni che emette la fattura.
- Al momento dell'attribuzione del mandato, l'ufficio Al competente deve precisare di quali informazioni necessita, se possibile mediante domande chiare e incarichi concreti.
- Se, dal punto di vista dello psicoterapeuta, vi sono motivi per non redigere un rapporto nell'ambito del mandato, egli contatta l'ufficio Al e concorda il seguito della procedura.
- I rapporti incompleti in cui mancano informazioni importanti o in cui le risposte alle domande sono lacunose devono essere completati o migliorati gratuitamente.
- Per «riga» si intende il testo di una riga di una pagina A4 (formato verticale) con caratteri da 10 punti e margini di circa 2 cm. Una riga incompleta alla fine di un paragrafo viene contata come una riga intera. I rapporti devono essere redatti a macchina o al computer (non a mano).

2.3 Onere computabile / Fatturazione

- Per i rapporti fino a 10 righe di testo l'Al non effettua alcun rimborso.
- Sono rilevanti per la tariffa soltanto le righe del rapporto in cui si presentano i fatti (anamnesi/decorso, obiettivi terapeutici e prognosi) e si risponde alle domande poste.
- Le posizioni tariffali definite nel presente Allegato devono imperativamente figurare sulla fattura. Le fatture senza indicazione completa delle posizioni tariffali possono essere rifiutate.

3 Entrata in vigore

Il presente Allegato entra in vigore il 1° luglio 2023 e sostituisce quello valido dal 1° luglio 2018.

Esso costituisce parte integrante della convenzione tariffale del 1° aprile 2007. Una disdetta della convenzione tariffale ai sensi dell'articolo 7.1 della medesima include il presente Allegato.

Luogo, data

Federazione svizzera delle psicologhe e degli psicologi (FSP)

Yvik Adler
Copresidente FSP

Stephan Wenger
Copresidente FSP

Luogo, data

Associazione svizzera degli psicoterapeuti (ASP)

Gabi Rüttimann
Presidente ASP

Luogo, data

Associazione professionale svizzera della psicologia applicata (SBAP)

Urs P. Hassler
Presidente SBAP

Berna, 29 agosto 2023

Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Ambito Assicurazione invalidità

Florian Steinbacher
Vicedirettore

Serge Brélaz
Capo del Settore Prestazioni in natura e pecuniarie

CONVENTION

concernant la réalisation d'examens et de traitements psychothérapeutiques à la charge de l'assurance-invalidité

conclue entre

la Fédération Suisse des Psychologues (FSP)

l'Association suisse des psychothérapeutes (ASP)

l'Association professionnelle suisse de psychologie appliquée (ASPA)

(ci-après « Associations » ou « Associations professionnelles »)

et

l'Office fédéral des assurances sociales (« OFAS »)

Domaine Assurance-invalidité (AI)

1. Généralités

1.1 Objet de la convention

La présente convention et son annexe règlent les rapports entre

- les parties contractantes
- l'Office fédéral des assurances sociales d'une part et les psychothérapeutes non-médecins ayant adhéré à la convention d'autre part qui (i) travaillent comme indépendants ou (ii) sont engagés par une institution AI avec laquelle l'OFAS a conclu un contrat de facturation et qui ont suivi une formation de base en psychologie et une formation complémentaire en psychothérapie (ci-après « thérapeutes ayant souscrit à la convention »).

Elle concerne l'application des mesures de psychothérapie en tant que mesures médicales de réadaptation selon les art. 12 et 13 LAI.

1.2 Droit précédent

La présente convention remplace les conventions suivantes avec toutes leurs annexes :

- Convention tarifaire du 22 juin 1992 conclue entre l'Association suisse des psychothérapeutes (ASP) et l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS)
- Convention tarifaire du 31 janvier 1990 conclue entre la Fédération Suisse des Psychologues (FSP) et l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS)
- Convention tarifaire du 6 mars 2003 conclue entre l'Association professionnelle suisse de psychologie appliquée (ASPA) et l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS)

1.3 Procédure

Le droit aux prestations et la procédure relative à l'application des mesures de psychothérapie en tant que mesures médicales de réadaptation sont régis par les dispositions légales de l'AI et les directives de l'OFAS. Les dispositions ci-dessous en particulier s'appliquent :

Le remboursement des prestations par l'assurance-invalidité est subordonné à une décision de l'office AI compétent pour le dossier. Les mesures doivent être exécutées dans le respect de cette décision et se limiter aux actes rendus nécessaires par le but du traitement. Si l'objectif s'avère inatteignable ou si aucune amélioration suffisante n'est probable, le thérapeute interrompt les mesures ou les remet à une date ultérieure, d'entente avec l'office AI compétent.

Le thérapeute fournit dans les plus brefs délais aux organes de l'AI (offices AI cantonaux, Centrale de compensation, Office fédéral des assurances sociales) les renseignements, rapports et communications exigés pour l'octroi et le versement des prestations.

Pour chaque personne assurée, le thérapeute tient un registre des examens et des traitements réalisés de sorte que l'assurance puisse en déterminer et en vérifier le moment, la portée et la teneur.

2. **Autorisation d'appliquer les mesures de psychothérapie à la charge de l'AI**

2.1 Conditions d'agrément

Sont autorisés à effectuer une psychothérapie en tant que mesure médicale de réadaptation à la charge de l'assurance-invalidité les psychothérapeutes qui

- ont achevé des études supérieures de psychologie comme branche principale, y compris en psychopathologie, dans une université ou une haute école spécialisée et qui ont obtenu le diplôme correspondant (psychologue HES ; licence ; pour les psychologues qui suivent des études supérieures selon le modèle de Bologne : MSc/MA) ;
- satisfont aux exigences auxquelles les associations FSP, ASP et ASPA subordonnent la délivrance du titre de psychothérapeute ;
- satisfont aux exigences cantonales en vigueur en matière d'exercice indépendant de la profession ou (pour les cantons où le droit de pratique n'est pas soumis à autorisation) présentent une attestation du canton en question précisant qu'aucune disposition de droit public ne s'oppose à l'exercice indépendant de la profession ;
- ont adhéré par écrit et sans réserve à la présente convention.

2.2 Procédure

Les psychothérapeutes qui remplissent les conditions énoncées à l'art. 2.1 et souhaitent exercer leur activité à la charge de l'assurance-invalidité présentent une demande d'adhésion à la convention à l'une des trois associations professionnelles. Ils joignent à leur demande l'autorisation cantonale d'exercer la profession ou, le cas échéant, l'attestation mentionnée à l'art. 2.1, al. 3.

Les associations vérifient, pour le compte de l'OFAS, si les critères mentionnés à l'art. 2.1 sont remplis. Elles peuvent facturer les frais de dossier directement à la personne ayant fait la demande, pour un montant maximal de 800 francs.

Si les critères de l'art. 2.1 sont remplis, les associations confirment à la personne ayant fait la demande qu'elle adhère à la convention. Cette communication reconnaît que le thérapeute

ayant souscrit à la convention satisfait aux exigences de l'assurance-invalidité décrites à l'art. 26^{bis}, al. 1, LAI. Les associations communiquent en bonne et due forme à l'OFAS le nom de la personne ayant souscrit à la convention. L'OFAS établit une liste des thérapeutes et la publie périodiquement.

2.3 Non-membres

Les psychothérapeutes qui ne sont pas membres de l'une des trois associations professionnelles FSP, ASP et ASPA peuvent également adhérer à la présente convention. A cet effet, ils s'adressent à l'une de ces trois associations et déposent une demande d'adhésion. L'association choisie leur explique la procédure. Les psychothérapeutes qui adhèrent à la convention par cette voie sont soumis aux dispositions et aux règlements de l'association choisie, en particulier le code de déontologie et les directives en matière de formation complémentaire. L'association procède au contrôle de la formation complémentaire des non-membres selon les principes applicables à ses membres.

2.4 Maintien des acquis

Tous les psychothérapeutes ayant adhéré aux conventions tarifaires énoncées à l'art. 1.2 avant l'entrée en vigueur de la présente convention sont automatiquement réputés fournisseurs de prestations reconnus au sens de l'art. 2.2, al. 3. Ils ont les mêmes droits et obligations que les psychothérapeutes qui adhèrent à la présente convention.

Cette disposition s'applique aussi aux psychothérapeutes désignés auparavant par le terme de « thérapeutes suivant une formation complémentaire en psychothérapie » et dont le statut était défini à l'annexe 2 des conventions tarifaires énumérées à l'art. 1.2. Ces thérapeutes sont autorisés, pendant la durée résiduelle ordinaire de leur formation, à fournir des prestations à la charge de l'AI au tarif réduit. Toutefois, étant donné que l'agrément en qualité de « thérapeute suivant une formation complémentaire en psychothérapie » n'est plus prévu par la présente convention tarifaire, aucun autre agrément de ce genre ne pourra être octroyé après l'entrée en vigueur de celle-ci.

2.5 Tarif

Les frais remboursés par l'assurance-invalidité sont déterminés par les tarifs figurant à l'annexe à la présente convention.

3. Obligations des thérapeutes ayant souscrit à la convention

Avec son adhésion écrite à la convention, le thérapeute s'engage à :

- respecter les obligations prévues dans la convention et son annexe ;
- observer les instructions de l'OFAS et celles des organes d'exécution de l'AI ;
- éviter, dans la communication des rapports et des factures à l'AI, tout retard qui pourrait nuire à l'assuré ;
- n'adresser à l'assuré ou à son représentant légal aucune facture supplémentaire pour des mesures de réadaptation. Demeurent réservées les facturations pour les séances auxquelles le patient ne s'est pas présenté sans motifs fondés ;
- communiquer sans retard au mandant le fait que les mesures accordées s'avèrent sans succès ;

- garantir la discrétion à l'égard de tiers quant aux observations concernant la personnalité du bénéficiaire de l'AI.

4. Dispositions de procédure

4.1 Annonce à l'office AI

Les thérapeutes ayant souscrit à la convention annoncent à l'office AI compétent, au moyen du formulaire d'annonce, le traitement dispensé à la personne envoyée par le médecin. Ils joignent à cette communication l'ordonnance médicale. Ils demandent, au nom de la personne assurée, que soit rendue la décision correspondante.

L'annonce mentionne :

- le nom, le prénom et l'adresse du thérapeute,
- le nom, le prénom, l'année de naissance, l'adresse et le numéro d'assuré de la personne assurée,
- le traitement ordonné par le médecin,
- la date du début du traitement.

4.2 Facturation

Les formulaires officiels (formulaire 318 632 pour les factures individuelles et formulaire 318 636 pour les factures collectives) sont utilisés pour la facturation. Ils peuvent être obtenus auprès des offices AI.

La facturation est effectuée trimestriellement ou à la fin du traitement.

L'assureur paie en général les factures dans les 30 jours après réception, dans la mesure où il est en possession des documents nécessaires et où l'obligation de l'AI de fournir des prestations est établie. Si le délai de paiement ne peut être respecté, l'assureur en communique la raison au thérapeute dans les plus brefs délais.

5. Commission paritaire de confiance

5.1 Considérations générales

Les parties instituent une commission paritaire de confiance (CPC) qui fait fonction d'organe de conciliation au sens de l'art. 27 LAI. Cette commission se compose d'un représentant de chacune des parties contractantes, soit quatre personnes en tout.

5.2 Attributions

En cas de litiges entre l'assurance et les fournisseurs de prestations découlant de ou en lien avec la convention au sens de l'art. 27^{bis}, al. 1, LAI, la CPC formule des propositions de conciliation.

5.3 Procédure

Seuls l'OFAS, l'une des trois associations ou l'office AI compétent ont qualité pour saisir la CPC au sens de l'art. 27^{bis}, al. 5, LAI. Les psychothérapeutes qui souhaitent demander une procédure de conciliation s'adressent à l'association dont ils sont membres ou à celle qu'ils ont choisie conformément à l'art. 2.3. L'association transmet la demande de conciliation à la CPC, accompagnée de sa recommandation.

L'association compétente au sens de l'al. 1 adresse une recommandation à la CPC. A cet effet, elle peut demander des informations ou des documents complémentaires. La CPC soumet ensuite sa proposition de conciliation à l'office AI et au fournisseur de prestations.

La CPC se constitue elle-même. Elle arrête la procédure aboutissant à la proposition de conciliation. Tous les membres de la CPC doivent se mettre d'accord sur la proposition de conciliation qui sera signée par le représentant de l'OFAS et par le représentant de l'une des trois associations.

5.4 Coûts

La CPC ne perçoit pas d'émolument pour la procédure de conciliation. Les associations prennent en charge les coûts occasionnés par leur participation à la procédure.

6. Fin des rapports contractuels entre l'OFAS et un fournisseur de prestations

6.1 Résiliation prononcée par le psychothérapeute

Les psychothérapeutes peuvent résilier en tout temps les rapports juridiques fondés par l'adhésion à la convention (art. 2.2, al. 3).

6.2 Résiliation prononcée par l'OFAS

L'OFAS peut résilier les rapports contractuels avec un psychothérapeute lorsque celui-ci ne satisfait plus aux exigences de la convention ou lorsque son travail a donné lieu à plusieurs reprises à des réclamations fondées. Il doit auparavant entendre le psychothérapeute et les associations professionnelles.

7. Dispositions finales

7.1 Entrée en vigueur et résiliation

La présente convention entre en vigueur rétroactivement au 1^{er} avril 2007 pour l'OFAS et pour les associations professionnelles ; elle est valable pour les mesures appliquées depuis cette date et qui n'ont pas encore été facturées. Elle est résiliable, en respectant un délai de six mois, à chaque fois le 30 juin ou le 31 décembre, au plus tôt le 31 décembre 2007. La convention peut seulement être résiliée dans sa totalité, et non partiellement.

7.2 Procédure pendant le délai de résiliation

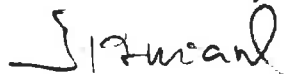
Les parties s'engagent à entamer des négociations dès la résiliation de la convention. Si un accord n'est pas trouvé pendant le délai de résiliation de six mois, la présente convention reste provisoirement en vigueur jusqu'à l'adoption d'une nouvelle convention, mais au maximum pendant une durée supplémentaire de six mois à compter du terme du délai de résiliation.

7.3 Modifications de la convention

Toute modification de la teneur de la convention se fait en la forme écrite et peut être effectuée en tout temps d'un commun accord. Cette disposition s'applique en particulier lorsque le cadre légal est modifié.

Berne, le 26.06.07

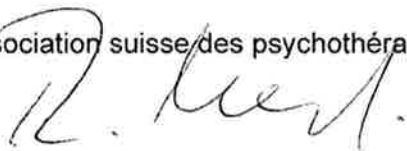
Fédération Suisse des Psychologues (FSP)



Julien Perriard, président

Zurich, le 19.6.2007

Association suisse des psychothérapeutes (ASP)



Thomas Merki, président

Zurich, le 19.6.07

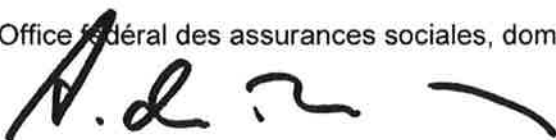
Association professionnelle suisse de psychologie appliquée (ASPA)



Heidi Aeschlimann, présidente

Berne, le 4 juin 2007

Office fédéral des assurances sociales, domaine Assurance-invalidité



Alard du Bois-Reymond, vice-directeur

Annexe

L'assurance-invalidité rembourse les frais selon les tarifs suivants, valables tant pour les traitements individuels que pour les traitements de groupe. Dans ce second cas, le tarif de l'art. 1.1 ou 1.2 de l'annexe est divisé à parts égales par le nombre d'assurés traités en même temps.

1. Remboursement des frais

1.1 Tarif

Pour une psychothérapie non médicale ayant fait l'objet d'une décision de l'AI, celle-ci rembourse

- pour les examens : 35 fr. 50 par quart d'heure, soit 142 francs par heure. Pour chaque assuré, l'AI rembourse les frais d'examen jusqu'à une durée maximale de 2½ heures par jour et pendant 3 jours au plus, c'est-à-dire qu'elle rembourse au maximum 7½ heures, soit 1065 francs.
- pour les traitements : 35 fr. 50 par quart d'heure, soit 142 francs par heure. Par jour et par assuré, le thérapeute peut facturer au plus 2 heures de séance, c'est-à-dire au maximum 284 francs.
- Pour les traitements de groupe, on obtient les frais remboursés par participant en divisant le tarif ci-dessus par le nombre de participants.
- Les examens et les traitements effectués par des thérapeutes suivant une formation complémentaire en psychothérapie (art. 2.4, al. 2) sont remboursés au tarif de 25 francs par quart d'heure, soit 100 francs par heure.

1.2 Indexation

Les tarifs ci-dessus se fondent sur l'indice suisse des prix à la consommation (IPC) de 105,8 points (moyenne annuelle 2006, base mai 2000=100).

Les parties contractantes négocient un nouveau tarif dès que l'IPC varie d'au moins 5 %. Ce faisant, elles tiennent compte de la situation économique et sociopolitique au moment de la négociation.

2. Temps de travail pris en compte

Le temps de travail pris en compte comprend :

- le travail avec le patient ainsi qu'avec ses proches (famille, éducateurs, médecins traitants et autres thérapeutes) pour autant que ce travail soit indispensable à la réussite du traitement.

Toutes les autres activités sont incluses dans le tarif et ne comptent pas comme temps de travail. Il s'agit en particulier des activités suivantes :

- la préparation, l'analyse des tests, la rédaction de rapports, les séances auxquelles le patient ne s'est pas présenté, le temps de déplacement et celui consacré aux travaux administratifs.

Annexe à la convention du 1^{er} avril 2007 concernant la réalisation d'examens et de traitements psychothérapeutiques à la charge de l'assurance-invalidité (FSP-ASP-ASPASP / OFAS)

Nouvelle version du 1^{er} juillet 2018

L'assurance-invalidité rembourse les frais selon les tarifs et les dispositions ci-après, lesquels s'appliquent indépendamment du fait qu'il s'agisse d'un traitement individuel ou d'un traitement en groupe. Pour le traitement en groupe, le tarif est, conformément au ch. 1.1 et 1.2 de l'annexe, réparti de manière égale entre les assurés traités dans le groupe. Par souci de lisibilité, seule la forme masculine est utilisée pour les deux sexes.

1. Remboursement des frais occasionnés par les examens et les traitements

1.1 Tarifs

Pour une psychothérapie non médicale ayant fait l'objet d'une décision de l'AI, l'assurance applique les tarifs suivants :

Position tarifaire	Description	Remboursement en francs
582.1	Examens	35 fr. 50 par quart d'heure
582.2	Traitements	35 fr. 50 par quart d'heure
582.3	Traitement de groupe	35 fr. 50 par quart d'heure divisé par le nombre de participants

1.2 Interprétation

- Pour les examens : 35 fr. 50 par quart d'heure, soit 142 francs l'heure. Pour chaque assuré, l'AI rembourse les frais d'examen jusqu'à une durée maximale de deux heures et demie par jour et pendant trois jours au plus, c'est-à-dire qu'elle rembourse au maximum sept heures et demie, soit 1'065 francs.
- Pour les traitements : 35 fr. 50 par quart d'heure, soit 142 francs l'heure. Par jour et par assuré, le thérapeute peut facturer au plus deux heures de séance, c'est-à-dire au maximum 284 francs.
- Pour les traitements en groupe, on obtient les frais remboursés à chaque participant en divisant le tarif ci-dessus par le nombre de participants.

1.3 Temps de travail pris en compte

Le temps de travail pris en compte comprend :

- le travail avec le patient ainsi qu'avec ses personnes de référence (proches, éducateurs, médecins traitants et autres thérapeutes) pour autant que le travail soit indispensable à la réussite du traitement.

Toutes les autres activités sont incluses dans le tarif et ne comptent pas comme temps de travail qui peut être facturé. Il s'agit en particulier des activités suivantes :

- les préparatifs techniques, l'analyse formelle des tests, la rédaction de rapports de moins de dix lignes, les séances manquées, le temps de trajet, le temps consacré aux travaux administratifs.

2. Remboursement des frais pour les rapports demandés par l'AI

2.1 Tarifs

Pour la rédaction de rapports psychothérapeutiques, l'assurance applique les tarifs suivants :

Position tarifaire	Étendue	Prix forfaitaire en francs
582.5	Texte de 11 à 35 lignes	35 fr. 50
582.6	Texte de 36 à 69 lignes	71 fr.
582.7	Texte de 70 à 105 lignes	106 fr. 50
582.8	Texte de plus de 105 lignes	142 fr. 00

2.2 Interprétation

- La rédaction d'un rapport répond toujours à une demande écrite de l'office AI compétent. Les rapports qui n'ont pas été expressément demandés ne peuvent pas faire l'objet d'un remboursement. La preuve qu'un rapport a été demandé par l'assureur incombe au fournisseur de prestations qui émet la facture.
- Au moment de l'attribution du mandat, l'office AI compétent précise de quelles informations il a besoin, si possible au moyen de questions clairement formulées et de mandats concrets.
- Si, de son point de vue, il existe des motifs qui s'opposent à la réalisation d'un rapport dans le cadre du mandat, le psychothérapeute prend contact avec l'office AI et convient de la procédure à suivre.
- Les rapports incomplets – dans lesquels il manque des informations importantes ou dans lesquels il a été répondu à des questions de manière inadéquate – doivent être complétés / améliorés sans rémunération supplémentaire.
- Par « lignes », on entend le texte inséré dans une page de format A4 avec des marges de 2 cm, la police de caractère étant de 10 points. Une ligne incomplète à la fin d'un paragraphe est comptée comme une ligne entière. Les rapports sont rédigés soit à la machine à écrire, soit sur un ordinateur (mais pas manuscrits).

2.3 Temps de travail pris en compte / facturation

- L'AI ne prévoit aucune indemnisation pour les rapports n'excédant pas dix lignes.
- Les lignes auxquelles s'applique le tarif sont exclusivement celles du rapport qui portent sur l'exposé des constats (anamnèse / déroulement, objectifs de la thérapie et diagnostic) ainsi que les réponses aux questions.
- La facture doit impérativement mentionner les positions tarifaires définies dans la présente annexe. La facture sera retournée à l'expéditeur si les chiffres tarifaires sont indiqués de manière incomplète.

3. Indice

Les tarifs ci-dessus se basent sur l'indice suisse des prix à la consommation (IPC) de 105,8 points (état moyenne annuelle 2006 sur la base de mai 2000 = 100).

Les parties contractantes négocient un nouveau tarif dès que l'IPC varie d'au moins 5 points de pourcentage. Ce faisant, elles tiennent compte de la situation économique et sociale qui prévaut au moment de la négociation.

4. Entrée en vigueur

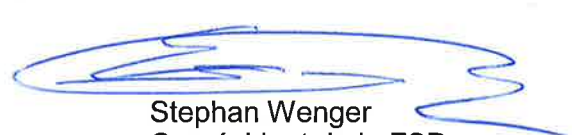
La présente annexe entre en vigueur le 1^{er} juillet 2018. Elle remplace l'annexe entrée en vigueur le 1^{er} avril 2007, en même temps que la convention tarifaire.

La présente annexe fait partie intégrante de la convention tarifaire du 1^{er} avril 2007. Une résiliation de la convention tarifaire conformément à l'art. 7.1 met également fin à l'application de la présente annexe.

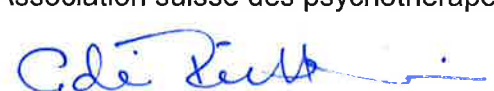
Berne, le 1^{er} juillet 2018

Fédération Suisse des Psychologues (FSP)


Yvik Adler
Coprésidente de la FSP


Stephan Wenger
Coprésident de la FSP

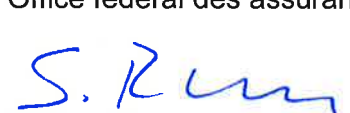
Association suisse des psychothérapeutes (ASP)


Gabi Rüttimann
Présidente de l'ASP

Association professionnelle suisse de psychologie appliquée (ASPA)


Christoph Adrian Schneider
Président de l'ASPA

Office fédéral des assurances sociales, domaine Assurance-invalidité


Stefan Ritler
Vice-directeur


Stefan Honegger
Responsable du secteur
Prestations en nature et en espèces

Accord complémentaire à la

CONVENTION

concernant la réalisation d'examens et de traitements psychothérapeutiques à la charge de l'assurance-invalidité (en vigueur depuis le 1^{er} avril 2007)

conclue entre

la Fédération Suisse des Psychologues (FSP)

l'Association suisse des psychothérapeutes (ASP)

l'Association professionnelle suisse de psychologie appliquée (ASPA)

(ci-après « Associations » ou « Associations professionnelles »)

et

l'Office fédéral des assurances sociales (« OFAS »)
Domaine Assurance-invalidité (AI)

Suite à l'introduction, en date du 1^{er} avril 2013, de la loi fédérale sur les professions relevant du domaine de la psychologie (LPsy), les parties contractantes sont convenues de supprimer l'art. 2.1 « Conditions d'agrément » dans la convention susmentionnée et de le remplacer par le nouvel article 2.1 ci-après :

2.1 Conditions d'agrément

Sont autorisés à effectuer une psychothérapie en tant que mesure médicale de réadaptation à la charge de l'assurance-invalidité les psychothérapeutes qui

- sont reconnus par la Confédération ;
- sont au bénéfice d'une autorisation cantonale pour l'exercice indépendant de la profession de psychothérapeute ;
- ont adhéré par écrit et sans réserve à la présente convention.

L'adaptation de l'art. 2.1 touche également l'art. 2.2, qui a désormais la teneur suivante :

2.2 Procédure

Les psychothérapeutes qui remplissent les conditions énoncées à l'art. 2.1 et souhaitent exercer leur activité à la charge de l'assurance-invalidité présentent une demande d'adhésion à la convention à l'une des trois associations professionnelles. Ils joignent à leur demande l'autorisation cantonale d'exercer la profession conformément à l'art. 2.1.

Si les critères de l'art. 2.1 sont remplis, les associations confirment à la personne ayant fait la demande qu'elle adhère à la convention. Cette communication reconnaît que le thérapeute ayant souscrit à la convention satisfait aux exigences de l'assurance-invalidité décrites à l'art. 26^{bis}, al. 1, LAI. Les associations communiquent en bonne et due forme à l'OFAS le nom de la personne ayant souscrit à la convention. L'OFAS établit une liste des thérapeutes et la publie périodiquement.

L'alinéa « Les associations vérifient, pour le compte de l'OFAS, si les critères mentionnés à l'art. 2.1 sont remplis. Elles peuvent facturer les frais de dossier directement à la personne ayant fait la demande, pour un montant maximal de 800 francs. » est donc supprimé de l'art. 2.2.

Cet accord complémentaire entre en vigueur avec effet rétroactif au 1^{er} avril 2013 et s'applique aux adhésions à la convention annoncées depuis cette date.

Date de l'accord complémentaire : 31 juillet 2013

Berne,

20. Août 2013

Fédération Suisse des Psychologues (FSP)


Peter Sonderegger, président

Zurich,

22. Aug. 2013

Association suisse des psychothérapeutes (ASP)


Gabriela Rüttimann, présidente

Zurich,

24. 8. 2013

Association professionnelle suisse de psychologie appliquée (ASPA)


Heidi Aeschlimann, présidente

Berne,

4.9.2013

Office fédéral des assurances sociales, domaine Assurance-invalidité


Stefan Ritler, vice-directeur