



Fiche d'information

Financement des soins

Date : 8 Mai 2024

Financement des soins

Contexte

Le nouveau régime de financement des soins, en vigueur depuis 2010, prévoit notamment une contribution à la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS) des soins ambulatoires dispensés sur prescription médicale. Cela concerne notamment les soins dispensés dans les structures de jour ou de nuit ainsi que les établissements médico-sociaux (EMS) (art. 25a, al. 1, LAMal).

Il revient au Conseil fédéral de fixer le montant des contributions de l'AOS, en fonction du besoin en soins. En plus de l'assurance-maladie, les soins sont financés en partie par les assurés à hauteur de 20 % au plus de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral. Le financement résiduel est couvert par les cantons (art. 25a, al.5, LAMal).

Le financement résiduel est régi par les règles du canton où se situe le fournisseur de prestations, indépendamment du domicile du patient. Le droit de la personne assurée à séjourner dans l'EMS est garanti pour une durée indéterminée.

Définition

Les fournisseurs de prestations aptes à fournir des prestations de soins sont définis à l'art. 7, al. 1, OPAS. Il s'agit :

- a. des infirmiers et infirmières (art. 49 OAMal) ;
- b. des organisations de soins et d'aide à domicile (art. 51 OAMal);
- c. des établissements médico-sociaux (art. 39, al. 3, de la Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, LAMal).

Les prestations de soins sont classées en trois catégories (art. 7, al. 2, OPAS), à savoir :

- a. l'évaluation, les conseils et la coordination ;
- b. les examens et les traitements ;
- c. les soins de base.

Renseignements :

Office fédéral de la santé publique, Communication, media@bag.admin.ch www.ofsp.admin.ch
Cette publication est également disponible en allemand et en italien.

Financement

L'art. 7a OPAS définit les montants versés par l'assurance-maladie pour les prestations de soins. Ces montants varient selon le fournisseur de prestations. Pour les infirmières et infirmiers ainsi que les organisations de soins et d'aide à domicile, les tarifs sont fixés par heure et selon la nature des prestations (art. 7a, al. 1, OPAS), et par jour et selon le besoin en soins requis (défini en minutes nécessaires) pour les EMS (art. 7a, al. 3, OPAS). Les montants à charge de l'AOS ainsi que la participation des assurés et le financement résiduel des cantons sont expliqués en annexe.

Dès le 1^{er} octobre 2021, une rémunération uniforme au niveau national pour le matériel de soins est inscrite dans la LAMal. Les assureurs-maladie doivent prendre en charge les moyens et appareils inscrits dans la liste des moyens et appareils (LiMA) indépendamment du fait qu'ils soient utilisés directement par l'assuré, par un intervenant non professionnel ou par le personnel infirmier. La modification de la LAMal permet de garantir le financement du matériel de soins utilisé dans le secteur ambulatoire et dans les EMS.

Procédure

Avant le 1^{er} janvier 2020

L'ancien art. 8, al. 1, OPAS disposait que la prescription ou le mandat médical déterminait, sur la base de l'évaluation des soins requis et de la planification commune, les prestations à effectuer par les infirmiers ou par les organisations d'aide et de soins à domicile.

Dans les faits, même si la présence du médecin était prévue par la loi, les infirmiers ou les organisations de soins et d'aide à domicile effectuaient l'évaluation des soins requis mais devaient avoir, pour toutes les catégories de soins, le visa du médecin afin de fournir ces prestations à charge de l'AOS. Sans la prescription ou le mandat médical et sans le visa du médecin sur l'évaluation des soins requis, les prestations fournies ne pouvaient pas être pris en charge par l'AOS.

En ce qui concerne les EMS, l'anc. art. 8, al. 4, OPAS stipulait que l'évaluation des soins requis dans les EMS se fondait sur des besoins en soins. Le besoin en soins déterminé par le médecin correspond à l'ordonnance ou au mandat médical. Ici aussi, l'approbation du médecin, portant sur l'évaluation des soins requis, était nécessaire afin de pouvoir fournir les prestations de soins à charge de l'AOS.

L'ancien art. 8, al. 2, OPAS définissait que dans l'évaluation des soins requis étaient compris l'appréciation de l'état général du patient, l'évaluation de son environnement ainsi que celle des soins et de l'aide dont il a besoin.

Après le 1^{er} janvier 2020

Les modifications de l'OPAS entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2020 n'ont pas levé l'exigence de prescription ou de mandat médical requise afin de pouvoir fournir des prestations de soins à charge de l'AOS.

Suite à l'établissement du besoin en soins, l'art. 8a, al. 1, OPAS définit que l'évaluation du besoin en soins requis au sens de l'art. 7, al. 2 est effectuée par un infirmier ou une infirmière en collaboration avec le patient ou ses proches. Le résultat est transmis immédiatement pour information au médecin qui a établi la prescription ou le mandat médical. L'évaluation des soins requis ne doit désormais plus être faite, selon la loi, en présence d'un médecin.

Renseignements :

Office fédéral de la santé publique, Communication, media@bag.admin.ch www.ofsp.admin.ch
Cette publication est également disponible en allemand et en italien.

Après le 1^{er} juillet 2024

Une distinction est désormais faite entre les prestations d'évaluation, de conseil, de coordination (art. 7, al. 2, let. a, OPAS), de soins de base (art 7, al. 2, let. c, OPAS) et celles d'examens et de traitements (art. 7, al. 2, let. b, OPAS). Les prestations d'évaluation, de conseil, de coordination et de soins de base peuvent être fournies à la charge par l'AOS sans prescription ou mandat médical, donnant ainsi plus d'autonomie au personnel soignant. Les examens et traitements devront, quant à eux, continuer d'être fournis sur prescription ou mandat médical, ces prestations étant étroitement liées aux traitements médicaux.

L'évaluation préalable des soins requis reste nécessaire dans tous les cas. Elle doit être envoyée, pour information, au médecin traitant.

Calcul des contributions de l'AOS aux prestations de soins

Le DFI a calculé les contributions applicables dès le 1^{er} janvier 2011, séparément pour les EMS et les soins à domicile, et les a inscrites à l'art. 7a OPAS. Les contributions de l'AOS ont été déterminées conformément au principe de neutralité des coûts. Cela signifie que le montant des contributions aux soins par l'assurance obligatoire des soins (AOS) devait être fixé de telle manière qu'il corresponde à l'ensemble des rémunérations pour les soins dispensés sous forme ambulatoire ou dans un établissement médico-social dans l'année précédant l'entrée en vigueur de la modification de la loi (c-à-d. 2010). Les dispositions transitoires de la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 13 juin 2008 prévoyaient, notamment, que le Conseil fédéral devait procéder aux adaptations nécessaires les années suivantes, si la neutralité des coûts ne pouvait être respectée.

Pour cette raison, ces contributions ont ensuite été adaptées dès le 1^{er} janvier 2020 légèrement à la hausse pour les EMS et légèrement à la baisse pour les soins à domicile.

La méthode de calcul des contributions ainsi que le détail du calcul du facteur de correction des contributions aux soins peuvent être consultés dans le commentaire relatif aux modifications de l'OPAS portant sur la neutralité des coûts et l'évaluation des soins requis ([Commentaire et teneur des modifications de l'OPAS et Neutralité des coûts et évaluation des soins requis](#)).

Des éventuelles adaptations futures sont de la compétence du DFI. Dans le système du financement des soins, chaque adaptation des montants conduit obligatoirement à une adaptation du financement résiduel des cantons.

Renseignements :

Office fédéral de la santé publique, Communication, media@bag.admin.ch www.ofsp.admin.ch
Cette publication est également disponible en allemand et en italien.