



**GDK** Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren  
**CDS** Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé  
**CDS** Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

47.61

22.10.2009

## **Recommandations sur la mise en œuvre du nouveau régime de financement des soins**

approuvées par le Comité directeur de la CDS le 22.10.2009

### **Contenu**

<b>1</b>	<b>Contexte</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>Références</b>	<b>2</b>
<b>3</b>	<b>Besoin de réglementation des cantons ou des communes</b>	<b>3</b>
3.1	Soins en EMS	3
3.2	Soins ambulatoires	5
3.3	Prestataires de soins ambulatoires	7
3.4	Coûts des soins aigus et de transition	8
3.5	Prestations relevant des soins aigus et de transition	9
3.6	Prestations complémentaires conformément à la LPC	10
3.7	Réglementation de la transition vers le nouveau régime	11
3.8	Assurance qualité des EMS et des organisations d'aide et de soins à domicile	11



## 1 Contexte

Le Parlement fédéral a adopté le 13.6.2008 la **Loi fédérale** sur le nouveau régime de financement des soins (FF 2008 4751). La réglementation comprend une révision de la LAMal, de la LAVS et de la LPC.

Les modifications législatives concernent les prestations suivantes:

- prestations de soins en EMS ou à domicile au sens de la LAMal
- allocation pour impotent au sens de la LAVS
- Prestation complémentaire au sens de la LPC.

Le Conseil fédéral, respectivement le DFI, a dans ce cadre adapté les **ordonnances** suivantes:

- OAMal
- OPAS
- RAVS

Les présentes recommandations ont été élaborées par la commission "Application LAMal" et approuvées le 22.10.2009 par le Comité directeur de la CDS.

Elles complètent les "Recommandations sur l'application de la LAMal dans le domaine des EMS et des services d'aide et de soins à domicile" du 14 mai 1998, dans la mesure où celles-ci ne sont pas caduques en raison de la modification de la loi.

## 2 Références

- Au niveau de la loi: nouveau régime de financement des soins (FF 2008 4751)
- Ordonnances fédérales (références au [RO 2009](#)):

<a href="#">3523</a>	Règlement sur l'assurance vieillesse et survivants (RAVS)	831.101
<a href="#">3525</a>	Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal)	832.102
<a href="#">3527</a>	Ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS)	832.112.31

- Documentation:
  - législation fédérale (y c. message du Conseil fédéral): Curia Vista<sup>1</sup>: 05.025
  - ordonnances avec commentaire du Conseil fédéral, respectivement du DFI, 24.6.2009: <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/06368/index.html?lang=fr>
  - de plus: information générale intermédiaire de l'OFAS aux caisses de compensation, 7.4.2009, que nous estimons sans caractère obligatoire à l'exception de la constatation que le Parlement n'a pas considéré les prestations complémentaires et les allocations pour impotents comme des assurances sociales.

En relation avec la définition des assurances sociales mentionnée dans l'art. 25a al. 5 LAMal, il faut signaler également le commentaire sur les modifications de l'OAMal<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> <http://www.parlament.ch/f/suche/pages/curia-vista.aspx>



## Remarque préliminaire

Constatation d'ordre général: conformément à l'art. 25a al. 5 LAMal, les cantons règlent le financement résiduel. Les paiements reconnus et effectués dans ce cadre sont considérés comme des contributions relevant du droit des assurances sociales au sens de la LAMal et s'inscrivent donc également dans le domaine d'application de la LPGA.

Les contributions fournies au titre du financement résiduel conformément à l'art. 25a al. 5 LAMal doivent en conséquence être différenciées des prestations complémentaires d'une part et d'éventuelles subventions d'autre part.

## 3 Besoin de réglementation des cantons ou des communes

Dans les formulations ci-après, on présume que les cantons sont compétents. Dans la mesure où le canton délègue des tâches aux communes, il peut déclarer les recommandations existantes applicables également pour les communes, pour autant que les recommandations ne concernent aucune tâche de coordination qui ne peuvent objectivement parlant être réalisées qu'au niveau cantonal ou qui doivent impérativement l'être conformément à la loi fédérale.

### 3.1 Soins<sup>3</sup> en EMS

- Recommandation 1**
- a) Les cantons déterminent les coûts facturables pour les soins en EMS au sens de l'art. 25a al. 1 LAMal. Ils peuvent au préalable entendre les EMS.
  - b) La base de la détermination est la justification des coûts conformément à l'OCP et leur examen par le canton.
  - c) Il est justifié de fixer dans une norme les taxes pour les soins dans le sens que l'indemnisation ne porte pas sur les coûts spécifiques de chaque EMS mais sur les coûts imputables à plusieurs EMS. Les taxes normatives pour les soins peuvent également être fixées à titre de valeurs maximales. En l'absence de justificatifs (suffisants), le canton peut évaluer les coûts ou recourir à des valeurs de référence.
  - d) Le canton exige des EMS de structurer leurs justificatifs des coûts et des prestations, d'une part, et la facturation aux résidents en EMS, d'autre part, au minimum comme suit:
    - I) Frais de pension (logement et nourriture)
    - II) Encadrement (p. ex. activités socio-hôtelières)
    - III) Prestations de soins selon les niveaux de soins requis
      - IIIa) dont à la charge de l'AOS conformément à l'art 7a al. 3 OPAS
      - IIIb) dont contribution personnelle des résidents en EMS au sens de l'art. 25a al. 5 LAMal
      - IIIc) dont financement résiduel au sens de l'art. 25a al. 5 LAMal
    - IV) Event. frais pour médecin, médicaments, thérapies et LiMA

<sup>2</sup> Commentaire sur les modifications de l'OAMal, p. 3: "Dans la notion d'"assurances sociales" sont comprises essentiellement les prestations de l'assurance obligatoire des soins. Lors des débats parlementaires il n'a, dans ce contexte, jamais été question des prestations complémentaires et elles n'entrent pas dans cette notion. En ce qui concerne les allocations pour impotents, qui, potentiellement, pourraient être incluses, il n'y avait pas, dans le cadre des discussions parlementaires, de consensus quant à leur prise en compte. Du fait que les allocations pour impotents ne représentent pas une prestation en espèces destinée à des fins spécifiques, on peut en déduire que celles-ci n'entrent pas non plus dans la notion d'"assurances sociales".

<sup>3</sup> Aux termes de l'art. 25a al. 1 LAMal, sont qualifiées ci-après de „soins“ les prestations de soins „qui sont dispensés sur la base d'une prescription médicale et d'un besoin en soins avéré, sous forme ambulatoire, notamment dans des structures de soins de jour ou de nuit, ou dans des établissements médico-sociaux“. La notion de „soins“ est également utilisée par opposition aux soins aigus et de transition au sens de l'art. 25a al. 2 LAMal.



**e)** Le canton peut stipuler que sont reconnues au maximum dans un EMS les évaluations pour les coûts de soins des EMS qui figurent sur la liste des EMS du canton de domicile de la personne nécessitant des soins.

**f)** Il est recommandé d'examiner l'inscription de ces réglementations dans le droit cantonal.

#### Explication

a) Pour la fixation du financement résiduel au sens de l'art. 25a al. 5 LAMal, les frais de soins doivent être déterminés par unité de prestations. Un examen par jour et niveau de soin requis en tant qu'unité de prestations en référence à l'art. 7a al. 3 OPAS s'impose à cet égard. Le financement résiduel nécessaire correspond à la différence entre les frais de soins facturables d'une part et la contribution AOS plus la contribution financière des résidentes et résidents en EMS au sens de l'art. 25a Abs. 5 LAMal d'autre part.

b) Etant donné qu'un examen de la comptabilité analytique des EMS par les assureurs fait désormais défaut, les cantons sont tenus d'évaluer les frais de soins des EMS.

c) Dans une standardisation, il faut prendre en compte l'intensité des soins variable du collectif des résidents. L'évaluation des frais de soins est donc basée p. ex. sur une valeur par minute ou point, respectivement niveau, des instruments de détermination des soins requis<sup>4</sup>. La détermination normative des taxes pour les soins se justifie du point de vue d'une fourniture économique des soins. Si des taxes maximales pour les soins sont fixées, les frais de soins effectifs s'appliquent en cas de coûts plus bas. Cependant, les activités de formation peuvent être prises en compte individuellement par EMS.

d) Pour le cas où l'EMS conclut des forfaits pour les coûts complets avec les assureurs, la contribution personnelle d'après IIIb) et le financement résiduel d'après IIIc) doivent toutefois être inscrits séparément. Le sous-total des autres coûts AOS d'après IV) (pour médecin, thérapie, médicaments ainsi que moyens et appareils) devrait dans ce cas figurer sous IIIa).

e) Une précision correspondante n'a pas été apportée dans la LAMal, mais se comprend à partir de l'obligation des cantons de planification des EMS (art. 39 al. 3 LAMal) et des conséquences en résultant pour le financement résiduel<sup>5</sup>. Une réglementation par analogie avec le libre choix de l'hôpital au sens de l'art. 41 LAMal est appropriée. Les coûts sont par conséquent reconnus au maximum d'après les tarifs des soins des EMS que le canton a intégrés sur sa liste des EMS.

<sup>4</sup> Qu'il soit fait observer ici que l'art. 7a al. 4 OPAS prévoit que les soins requis au sens de l'art. 7 al. 3 doivent également être déterminés dans les structures de jour et de nuit.

<sup>5</sup> Dans le commentaire sur la modification de l'OAMal, p. 4, la compétence des cantons est établie comme suit: "En ce qui concerne le financement résiduel, par les cantons, de séjours dans un établissement médico-social situé hors du canton de résidence, il doit être réglé par les dispositions cantonales en tenant compte des dispositions du Code civil suisse du 10 décembre 1907 (CC; RS 210) relatives au domicile ainsi qu'à la jurisprudence récente y relative."



### 3.2 Soins ambulatoires

- Recommandation 2**
- a)** Le canton peut attribuer à des organisations d'aide et de soins à domicile et à des infirmières et infirmiers sélectionnés des mandats de prestations pour des prestations d'intérêt général et indemniser celles-ci séparément à sa charge. Font p. ex. partie de ces prestations le service de permanence, le service 24 heures sur 24, l'obligation d'admission, les prestations de conseil en dehors de la LAMal, les dépenses spéciales pour l'oncologie, la psychiatrie et les services d'aide et de soins à domicile pour les enfants ou l'organisation de la prise en charge des patients après un séjour hospitalier. Pour ces prestations, un budget global peut également être pris en considération.
- b)** Si les frais de soins au sens de la LAMal ne sont pas complètement couverts, le canton règle le financement résiduel au sens de l'art. 25a al. 5 LAMal pour les prestations de soins au sens de l'art. 25a al. 1 LAMal. Le canton fixe à cet égard les tarifs horaires que les prestataires au sens des art. 49 OAMal (soins infirmiers) et 51 OAMal (organisations d'aide et de soins à domicile) peuvent facturer pour des prestations de soins.
- c)** Une différenciation des prestations en fonction des groupes de prestations au sens de l'art. 7 al 2 let. a à c OPAS – et ainsi par analogie avec la différenciation de l'indemnisation au sens de l'art. 7a al. 1 let. a à c OPAS – est appropriée.
- d)** La base pour la réglementation des tarifs horaires est la justification des coûts et leur examen par le canton. Le canton peut donner aux prestataires des directives sur la présentation des comptes.
- e)** Une détermination normative des tarifs horaires par groupe de prestations de soins selon laquelle les coûts spécifiques de chaque organisation d'aide et de soins à domicile ne sont pas indemnisés mais les tarifs pour l'indemnisation des frais de soins sont fixés ensemble pour plusieurs organisations ou infirmières et infirmiers indépendants est appropriée. Les tarifs horaires normatifs peuvent également être fixés à titre de valeurs maximales.
- f)** Les cantons sont invités, en vertu du principe "l'ambulatoire prime l'hospitalier", à donner aux organisations d'aide et de soins à domicile et aux infirmières et infirmiers avec mandat de prestations public l'instruction de **ne pas** percevoir auprès de leurs clientes et clients de contribution personnelle<sup>6</sup> au sens de l'art. 25a al. 5 LAMal. La compensation de cette renonciation à des rentrées s'effectue de préférence sous la forme de subventions aux fournisseurs de prestations.
- g)** Il est recommandé d'examiner l'inscription de telles réglementations dans le droit cantonal.

<sup>6</sup> L'expression „contribution personnelle“ désigne ci-après la participation financière des patientes et patients aux soins pour un montant maximal de 20% de la contribution aux soins la plus élevée au sens de l'art. 25a al. 5 LAMal.



## Explication

a) Cette différenciation permet une indemnisation liée aux prestations d'après les prestations effectives et en tenant compte des différentes tâches, exigences et structures de clients. Sur cette base, les prestations de soins au sens de la LAMal et d'autres prestations d'intérêt public peuvent être clairement différenciées. Tandis que l'indemnisation des prestations de soins dans la LAMal est définie par délégation de la réglementation du financement résiduel au canton, l'organisation et l'indemnisation de prestations d'intérêt général sont soumises – faute de dispositions correspondantes dans la LAMal – à des réglementations cantonales.

b) Pour mémoire: les frais généraux de l'institution qui ne sont pas directement en relation avec les frais de soins ne sont pas indemnisés au titre de la LaMal. Les institutions ne peuvent donc déduire de la LAMal aucun droit à la couverture de leurs frais généraux qui ne sont pas en relation directe avec la prestation de soins. Les frais administratifs généraux ne sont pas partie des soins.

c) Avec une différenciation, les différences de qualification nécessaires pour des groupes de prestations divers sont prises en compte. Le financement adéquat est une condition de base pour que les organisations d'aide et de soins à domicile puissent engager le personnel nécessaire.

d) Le canton peut recourir aux bases existantes, p. ex. la documentation de l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile (manuel de comptabilité "Manuel Finances Aide et soins à domicile").

e) Si des tarifs horaires maximaux sont fixés, les frais de soins effectifs s'appliquent en cas de coûts plus bas.

f) Le canton assure dans un mandat de prestations l'éventuelle renonciation des fournisseurs de prestations à la perception de la contribution personnelle pour les soins à domicile et verse la compensation du manque de rentrées qui y est lié de préférence en tant que subventions ciblées aux fournisseurs de prestations mandatés, qui de leur côté remplissent les obligations et conditions liées au mandat de prestations.

*Contexte:* conformément aux bases légales en vigueur jusqu'au 30.6.2010, les clientes et clients des services d'aide et de soins à domicile jouissaient d'une protection tarifaire complète. La nouvelle loi permet, suite au commentaire du Conseil fédéral sur l'OAMal, de facturer aux clients au maximum 15.95 CHF par jour (situation selon les modifications de l'OPAS du 24.6.09)<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Le Conseil fédéral a établi dans le commentaire sur la modification de l'OAMal que la contribution maximale est valable non par heure mais par jour. Commentaire sur la modification OAMal, p. 4: "Concernant la prise en charge des coûts des soins imputée à l'assuré, à savoir le 20% de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral, celle-ci peut être, par année, au maximum égale à 365 x le 20% de la contribution maximale (voir Annexe 1)."



### 3.3 Prestataires de soins ambulatoires

**Recommandation 3 a)** Le canton règle selon l'art. 51 let. a OAMal l'admission des organisations d'aide et de soins à domicile dans sa législation cantonale.

**b)** A côté des exigences mentionnées dans l'art. 51 let. b-e OAMal, le canton peut régler en particulier les points suivants dans sa législation:

1. Exigences et attestation de qualité
2. Nature des prestations reconnues ou éventail de prestations à fournir
3. Eventuellement obligations ou mandat pour des prestations d'intérêt public
4. Justification des prestations fournies et des coûts
5. Droits vis-à-vis du canton au financement résiduel au sens de l'art. 25a al. 5 LAMal
6. Décompte, flux des paiements et fourniture complète des données dans le cadre de la statistique de l'aide et des soins à domicile.

Explication

a) Fondamentalement, tous les prestataires au sens de l'art. 49 OAMal (infirmière et infirmier) sont admis. Les organisations de soins infirmiers et d'aide à domicile sont admises si elles remplissent les obligations au sens de l'art. 51 OAMal. A signaler en particulier à cet égard l'art. 51 let. a OAMal qui exige une admission "en vertu de la législation du canton dans lequel elles exercent leur activité".

b) D'éventuelles exigences de qualité plus élevées que l'activité pratique de deux ans exigée conformément à l'OAMal devraient être inscrites dans le droit cantonal. La définition de la nature des prestations reconnues ou d'un éventail de prestations à fournir serait appropriée en vue d'exiger des qualifications plus élevées pour certaines prestations (aide et soins à domicile pour les enfants, évaluation des besoins). Les droits en francs à un financement résiduel devraient être fixés et communiqués au préalable.



### 3.4 Coûts des soins aigus et de transition

- Recommandation 4**
- a) Les soins aigus et de transition forment un unique concept ne devant pas être séparé.
  - b) Les forfaits conclus conformément à l'art. 25a Al. 2 LAMal doivent comme dans le financement hospitalier correspondre à la base de 100% des frais de soins et être pour le moins approuvés par les cantons.
  - c) Le canton prescrit aux fournisseurs de prestations de saisir et de présenter séparément les coûts et les prestations des soins aigus et de transition dans le calcul des coûts et la statistique des prestations.
  - d) S'il n'existe provisoirement pas de justification (suffisante) des coûts, le canton peut les évaluer lors de l'approbation ou de la fixation des tarifs ou avoir recours à des valeurs de référence.
  - e) Les forfaits pour les soins aigus et de transition n'ont pas d'influence sur les forfaits applicables dans le domaine restant des soins.
  - f) La tarif forfaitaire doit représenter en EMS un tarif journalier et pour les soins à domicile un tarif horaire<sup>8</sup>.
  - g) Les soins post-aigus dans un hôpital et sous protection tarifaire complète ne doivent pas être considérés comme des soins aigus et de transition au sens de l'art. 25a al. 2 LAMal. Il est recommandé d'utiliser le cas échéant pour cela l'expression "soins post-aigus à l'hôpital" ou une autre expression se distinguant clairement de soins aigus et de transition au sens de l'art. 25a al. LAMal.

- Explication
- a) On ne fait *pas* de distinction entre soins aigus d'une part et soins de transition d'autre part.
  - b) Les cantons donnent aux fournisseurs de prestations des instructions dans ce sens dans l'optique des négociations tarifaires ou participent eux-mêmes aux négociations tarifaires.
  - c) L'OCP est fondamentalement applicable également pour la justification des coûts pour les soins aigus et de transition. Les prestations des soins aigus et de transition sont la base pour la fixation des tarifs. Les tarifs forfaitaires incluant d'autres prestations (p. ex. médecin, thérapies, médicaments, LiMA) ne sont toutefois a priori pas exclus, celles-ci n'étant au demeurant *pas* financées de manière duale cantons/AOS).
  - d) Une évaluation des coûts peut en particulier se faire à l'aide d'autres prestataires ou à l'aide des prestations de soins au sens de l'art. 25a al. 1 LAMal.
  - e) Les cantons garantissent ce principe. Il est par conséquent établi que les forfaits pour les soins aigus et de transition ne sont pas déterminants pour la justification des autres frais de soins d'un EMS ou de l'organisation d'aide et de soins à domicile. En d'autres termes: les coûts de la minorité des cas (soins aigus et de transition) ne peuvent pas être déterminants pour la justification des coûts de la majorité des cas (autres soins).

<sup>8</sup> Aux termes de l'art. 43 LAMal, on distingue tarif au temps consacré, tarif à la prestation et forfait. S'il est question dans l'art. 25 a al. 2 LAMal de "forfaits" devant être conclus, alors aucun forfait temps n'en relèverait à proprement parler.



g) La distinction est importante, parce que les soins aigus et de transition n'englobent que les prestations de soins elles-mêmes, pas le séjour dans une institution.

### 3.5 Prestations relevant des soins aigus et de transition

**Recommandation 5** a) Les cantons assurent que les hôpitaux, , lors de la prescription de soins aigus et de transition, tiennent compte de la définition ci-après du concept (voir encadré sous explication).

b) Il est recommandé d'examiner l'inscription de cette définition dans le droit cantonal.

c) Le canton peut déterminer les prestataires de soins aigus et de transition. Dans le cadre de la planification des EMS, le canton peut désigner les EMS qui sont autorisés à fournir des soins aigus et de transition pour des personnes qui n'habitent pas dans l'EMS. Il est recommandé d'examiner l'inscription de cette disposition dans le droit cantonal.

d) Les coûts pour les patients qui attendent une place en EMS après un séjour hospitalier („patients en attente“) sont facturés comme jusqu'à présent d'après les règles du financement des soins au sens de l'art. 50 LAMal.

Explication a) Définition des soins aigus et de transition  
Dans le commentaire sur les modifications de l'OPAS, p. 5 sur l'art. 7b, le DFI précise expressément que les soins aigus et de transition ne recouvrent que des prestations de soins à l'exclusion des frais d'hôtellerie<sup>9</sup>.  
La définition ci-après sert à distinguer les "soins aigus et de transition" au sens de l'art. 25a al 2 LAMal d'autres offres de prestations de soins aigus ou post-aigus (en particulier séjour hospitalier stationnaire (y c. gériatrie), réadaptation et soins en EMS et à domicile)<sup>10</sup>. Il convient en outre de signaler la précision du DFI selon laquelle les soins aigus et de transition ne sont pas cumulables avec des prestations de soins conformément à l'art. 25a al. 1 LAMal<sup>11</sup>.

<sup>9</sup> Commentaires sur les modifications de l'OPAS, p. 5 sur l'art. 7b: "Cet article décrit la prise en charge des soins aigus et de transition. Il s'agit ici uniquement de la prise en charge des prestations de soins au sens de l'art. 7, al. 2 OPAS, ces prestations étant de type ambulatoire les frais d'hôtellerie ne sont pas pris en charge par l'assurance-maladie."

<sup>10</sup> Dans le commentaire sur les modifications de l'OPAS, p. 4 sur l'art. 7, on fixe le but des soins et l'on précise que les patients en attente ne relèvent pas des soins aigus et de transition: "De plus, l'ordonnance précise aussi que les soins aigus et de transitions ne sont fournis que directement à la suite d'un séjour hospitalier. Ils sont prescrits par un médecin de l'hôpital uniquement en cas de nécessité médicale liée à un état de santé aigu, dans le but d'un retour à la même situation qui était celle du patient avant son hospitalisation. Les soins aigus et de transitions représentent une étape d'un traitement et ne sont en aucun cas prévus pour le financement d'éventuelles périodes d'attente de placement en réadaptation ou dans un home."

<sup>11</sup> Dans le commentaire sur les modifications de l'OPAS, chiffre 13, le DFI constate ce qui suit: "Aujourd'hui déjà, les prestations de soins sont définies à l'art. 7, al. 2 OPAS et la description de la catégorie de prestations au niveau de l'ordonnance est en principe maintenue. En ce qui concerne la catégorie de prestations, il n'y a aucune différenciation à faire entre les prestations de soins et les prestations des soins aigus et de transition. Par conséquent, un remboursement cumulé des soins et des soins aigus et de transition est exclu. Toutefois, en raison des règles de remboursement différentes, des adaptations au niveau des ordonnances sont nécessaires."



### Définition des soins aigus et de transition

- 1 Des soins aigus et de transition conformément à l'art. 25a al. 2 LAMal peuvent être prescrits par des médecins d'hôpitaux si les conditions suivantes sont remplies de manière cumulative:
  - a. Les problèmes de santé aigus sont connus et stabilisés. Des prestations diagnostiques et thérapeutiques dans un hôpital de soins aigus ne sont plus nécessaires.
  - b. La patiente ou le patient a besoin provisoirement d'un encadrement professionnel qualifié, en particulier par du personnel soignant.
  - c. Un séjour dans une clinique de réadaptation n'est pas indiqué.
  - d. Un séjour dans une unité de gériatrie d'un hôpital n'est pas indiqué.
  - e. Les soins aigus et de transition ont pour objectif l'augmentation de la compétence de prendre soin de soi-même de sorte que la patiente ou le patient puisse de nouveau exploiter dans son environnement habituel les aptitudes et possibilités disponibles avant le séjour hospitalier.
  - f. Un plan de soins avec les mesures en vue d'atteindre les objectifs conformes à la let. e est établi.
- 2 Dans la mesure où un encadrement ou un traitement médical, thérapeutique ou psychosocial sont également nécessaires, ceux-ci peuvent être fournis à titre de prestations individuelles en ambulatoire ou en EMS. Ils ne sont pas partie intégrante des soins aigus et de transition.

c) Avec la réglementation, on peut obtenir que des capacités de prestations qui ne seront ensuite pas pleinement utilisées ne sont pas inutilement mises à disposition. Il s'impose en revanche ne serait-ce que pour des raisons de coûts que les soins aigus et de transition pour des personnes vivant dans un EMS sont fournies dans celui-ci également. Dans le commentaire sur la modification de l'OPAS, il est toutefois précisé qu'une désignation particulière des prestataires de soins aigus et de transition n'est pas nécessaire parce que les prestataires sont déjà désignés dans l'art. 7 al. 1 e OPAS<sup>12</sup>.

### 3.6 Prestations complémentaires conformément à la LPC

**Recommandation 6 a)** Les taxes journalières conformément à l'art. 10 al. 2 let. a LPC doivent être régulièrement contrôlées, en particulier également pour satisfaire à l'exigence formulée dans l'art. 10 al. 2 let. a LPC selon laquelle un séjour dans un EMS reconnu ne doit en règle générale pas mener à une dépendance de l'aide sociale.

Explications a) Il est opportun que le contrôle s'effectue non par EMS individuellement mais dans l'ensemble des EMS qui figurent sur la liste des EMS.

<sup>12</sup> Commentaire sur la modification OPAS, p. 4: "L'al. 3 donne une définition des soins aigus et de transition. Les prestations sont analogues à celles des soins selon l'art. 7, al. 2, OPAS et les fournisseurs de prestations sont les mêmes que ceux déjà mentionnés à l'art 7, al. 1, OPAS. Aucune désignation de fournisseurs de prestations particuliers par les cantons et aucun mandat de prestations spécifique à ces soins ne sont donc nécessaires."



### 3.7 Réglementation de la transition vers le nouveau régime

**Recommandation 7** Dans les cantons où les tarifs AOS valables pour les soins immédiatement avant l'entrée en vigueur du nouveau régime divergent dans l'ensemble substantiellement des contributions AOS au sens de l'art. 7a al. 1 et 3 OPAS, les cantons règlent l'ajustement conformément à l'al. 2 des *dispositions transitoires de la modification de la LAMal du 13.6.2008*.

Explications Par la disposition transitoire al. 2, le législateur projetait d'atténuer les effets pour les personnes nécessitant des soins. Il faut s'attendre à des changements importants avant tout pour les indemnisations en EMS. Un échelonnement linéaire est dans ce cas approprié, même si en même temps la limitation de la contribution propre au sens de l'art. 25a al. 5 LAMal peut entraîner individuellement un allègement pour la résidente ou le résident en EMS. Concernant, les soins aigus et de transition, nous renvoyons au commentaire du DFI sur les modifications de l'OPAS, p. 5 sur l'art. 7b<sup>13</sup>.

### 3.8 Assurance qualité des EMS et des organisations d'aide et de soins à domicile

**Recommandation 8** Les cantons invitent les assureurs et les fournisseurs de prestations à conclure des conventions sur l'assurance-qualité au sens de l'art. 77 OAMal.

Explications Nous renvoyons également à la recommandation 12 du 14.5.1998.  
Voir: <http://www.gdk-cds.ch/290.0.html>, dernière entrée, ou directement sous:  
<http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Aktuelles/Empfehlungen/spitexf6.pdf> ]  
La CDS examine actuellement encore d'autres mesures.

<sup>13</sup> Commentaire sur les modifications de l'OPAS, p. 5 sur l'art. 7b: " En ce qui concerne la part des coûts des soins aigus et de transition prise en charge par les cantons, l'art. 25a, al. 2, LAMal faisant directement référence à l'art. 49a LAMal, les dispositions transitoires de la modification du 21 décembre 2007 (financement hospitalier) ne s'appliquent pas au nouveau régime de financement des soins aigus et de transition. Les cantons doivent, par conséquent, définir directement la clef de répartition pour les soins aigus et de transition. "