

**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)**

**Modification du ...**

---

*Le Département fédéral de l'intérieur (DFI)  
arrête:*

I

*L'ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance  
obligatoire des soins en cas de maladie est modifiée comme suit:*

*Art. 7, al. 2, let. a, ch. 1*

<sup>2</sup> Les prestations au sens de l'al. 1 comprennent:

- a. l'évaluation, les conseils et la coordination:
  1. évaluation des besoins du patient et de l'environnement de ce dernier;  
planification des mesures nécessaires,

*Art. 7a Montants (al. 1 et 3)*

<sup>1</sup> Pour les fournisseurs de prestations visés à l'art. 7, al. 1, let. a et b, l'assurance prend en charge les montants suivants, par heure, sur les coûts des prestations définies à l'art. 7, al. 2:

- a. pour les prestations définies à l'art. 7, al. 2, let. a: 76 fr. 93;
- b. pour les prestations définies à l'art. 7, al. 2, let. b: 63 fr. 05;
- c. pour les prestations définies à l'art. 7, al. 2, let. c: 52 fr. 63.

<sup>2</sup> Le remboursement des montants, selon l'al. 1, s'effectue par unité de temps de 5 minutes. Au minimum 10 minutes sont remboursées.

<sup>3</sup> Pour les fournisseurs de prestations visés à l'art. 7, al. 1, let. c, l'assurance prend en charge les montants suivants, par jour, sur les coûts des prestations définies à l'art. 7, al. 2:

- a. jusqu'à 20 minutes de soins requis: 9 fr 60;

- b. de 21 à 40 minutes de soins requis: 19 fr. 21;
- c. de 41 à 60 minutes de soins requis: 28 fr. 81;
- d. de 61 à 80 minutes de soins requis: 38 fr. 41;
- e. de 81 à 100 minutes de soins requis: 48 fr. 02;
- f. de 101 à 120 minutes de soins requis: 57 fr. 62;
- g. de 121 à 140 minutes de soins requis: 67 fr. 22;
- h. de 141 à 160 minutes de soins requis: 76 fr. 82;
- i. de 161 à 180 minutes de soins requis: 86 fr. 43;
- j. de 181 à 200 minutes de soins requis: 96 fr. 03;
- k. de 201 à 220 minutes de soins requis: 105 fr. 63;
- l. plus de 220 minutes de soins requis: 115 fr. 24.

<sup>4</sup> Pour les structures de soins de jour ou de nuit selon l'art. 7, al. 2<sup>ter</sup>, l'assurance prend en charge les montants selon l'al. 3, par jour ou par nuit, sur les coûts des prestations définies à l'art. 7, al. 2.

#### Art. 8 Prescription ou mandat médical

<sup>1</sup> La prescription ou le mandat médical détermine :

- a. si le patient a besoin de soins ;
- b. de quelle catégorie suivante de soins le patient a besoin :
  - 1. prestations visées à l'art. 7, al. 2, let. a ou c (évaluation, conseils, coordination ou soins de base), ou
  - 2. prestations visées à l'art. 7, al. 2, let. b (examens ou traitements).

<sup>2</sup> La durée de la prescription ou du mandat médical ne peut dépasser:

- a. six mois pour les prestations prévues à l'art. 7, al. 2, let. b;
- b. douze mois pour les prestations prévues à l'art. 7, al. 2. let. a et c;
- c. deux semaines pour les soins aigus et de transition qui se révèlent nécessaires après un séjour hospitalier et qui sont prescrits par un médecin de l'hôpital.

<sup>3</sup> L'attestation médicale qui justifie l'allocation pour impotence grave ou moyenne versée par l'assurance-vieillesse et survivants, par l'assurance-invalidité ou par l'assurance-accidents vaut comme prescription ou mandat médical de durée illimitée en ce qui concerne les prestations de soins nécessitées par l'impotence. Lorsque l'allocation est révisée, l'assuré doit communiquer le résultat du réexamen à l'assureur. Une prescription ou un mandat médical doit être établi à la suite de la révision de l'allocation pour impotent.

<sup>4</sup> Dans les cas visés à l'al. 2, let. a et b, la prescription ou le mandat médical peut être renouvelé.

*Art. 8a* Évaluation des soins requis

<sup>1</sup> Les soins requis pour mettre en œuvre la prescription ou le mandat médical sont évalués comme suit:

- a. pour les prestations prévues à l'art. 7, al. 2, let. a et c : par un infirmier ou une infirmière (art. 49 OAMal) en collaboration avec le patient ou ses proches ; le résultat est transmis, pour information, au médecin prescripteur ;
- b. pour les prestations prévues à l'art. 7, al. 2, let. b : ou les soins aigus et de transition, par un infirmier ou une infirmière (art. 49 OAMal) en collaboration avec le médecin prescripteur et le patient ou ses proches.

<sup>2</sup> L'évaluation des soins requis comprend aussi l'appréciation de l'état général du patient et l'évaluation de son environnement social.

<sup>3</sup> Elle se fonde sur des critères uniformes. Les résultats sont inscrits sur un formulaire standardisé, qui indique notamment le temps nécessaire aux prestations prévues. Le formulaire est établi par les fournisseurs de prestations et les assureurs

<sup>4</sup> Les assureurs peuvent exiger que les données de l'évaluation des soins requis relevant des prestations prévues à l'art. 7, al. 2, leur soient communiquées.

<sup>5</sup> En cas de nouvelle prescription ou de nouveau mandat médical ou de son renouvellement, une nouvelle évaluation des soins requis doit être effectuée conformément à l'al. 1.

*Art. 8b* Evaluation des soins requis dans les établissements médico-sociaux

<sup>1</sup> L'instrument utilisé pour l'évaluation des soins requis dans les établissements médico-sociaux distingue les prestations de soins selon l'art. 33, let. b, OAMal<sup>1</sup> des autres prestations.

<sup>2</sup> L'évaluation des soins requis garantit que le besoin en soins affiché correspond en moyenne aux prestations de soins effectives fournies en minutes. Les prestations de soins effectives fournies se situent en moyenne par niveau de besoin en soins affiché dans le cadre de la fourchette en minutes définie dans les douze niveaux de besoin en soins selon l'article 7a alinéa 3. L'instrument utilisé pour l'évaluation des soins requis dans les établissements médico-sociaux doit présenter la variance des prestations de soins effectives fournies par rapport au besoin en soins affiché pour chaque niveau de besoin en soins.

<sup>3</sup> Pour l'évaluation des soins requis dans les établissements médico-sociaux, l'instrument utilisé se base sur des études de temps réalisées en Suisse, représentatives pour l'ensemble des patients des établissements médico-sociaux, qui démontrent les prestations de soins effectives fournies. La méthode utilisée par les études de temps est scientifiquement reconnue et adaptée pour distinguer les prestations de soins des autres prestations.

<sup>1</sup> RS 832.102

4 L'instrument utilisé dans les établissements médico-sociaux pour l'évaluation des soins requis permet de déterminer des données relatives aux indicateurs de qualité médicaux grâce à des données de routine (art. 59a, al. 1, let. f, LAMal).

#### Art. 8c Procédure de contrôle et de conciliation

1 Les fournisseurs de prestations au sens de l'art. 7, al. 1 et les assureurs conviennent d'une procédure de contrôle et de conciliation.

2 A défaut de convention, le gouvernement cantonal fixe, après avoir entendu les parties, la procédure de contrôle et de conciliation.

3 La procédure de contrôle sert à vérifier le bien-fondé de l'évaluation des soins requis et à contrôler l'adéquation et le caractère économique des prestations.

4 Si les fournisseurs de prestations selon l'art. 7, al. 1, let. a et b, prévoient plus de 60 heures de soins par trimestre, l'évaluation des soins requis peut être examinée par le médecin-conseil (art. 57 LAMal<sup>2</sup>). Lorsqu'ils prévoient moins de 60 heures de soins par trimestre, ils sont examinés par le médecin-conseil par sondages.

#### Dispositions transitoires relatives à la modification du...

L'évaluation des soins requis dans les établissements médico-sociaux selon l'ancien droit reste possible jusqu'à la fin 2020.

## II

La présente ordonnance entre en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2019.

<sup>2</sup> RS 832.10