REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE
Département de la santé et des mobilités
Office cantonal de la santé

INFORMATION EXTERNE

Directives et modalités de versement du financement résiduel des soins dès 2025 pour les organisations d'aide et de soins à domicile	
Version	**OASD-RFRLAMAL** Cette information externe annule et remplace celle entrée en vigueur le du 29 novembre 2024 relative au versement par l'Etat du financement résiduel des soins aux organisations d'aide et de soins à domicile (OASD).
Objectif	Cette directive précise les conditions nécessaires à l'obtention d'un financement résiduel au sens de l'article 25a alinéa 5 LAMal pour les soins effectués par les OASD autorisées à facturer à charge de l'assurance obligatoire des soins.
Destinataires	Organisations d'aide et de soins à domicile (OASD)
Bases légales et règlementaires	• Loi sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994, (LAMal, RS 832.10), en particulier les articles 23, 25a, 35e et 59 lettre a; • Loi sur la statistique fédérale (LSF) 431.01. article 3. • Ordonnance du Département fédéral de l'intérieur sur les prestations dans l'assurance-maladie obligatoire des soins en cas de maladie, du 29 septembre 1995 (OPAS, RS 832.112.31), en particulier les articles 7 et 7a; • Loi sur la santé, du 7 avril 2006 (LS, K 1 03); • Loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du 28 janvier 2021 (LORSDom ; K 1 04); • Règlement d'application de la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile, du 10 mars 2021 (RORSDom, K 104.01); • Règlement fixant les montants destinés à déterminer le financement résiduel selon l'art.25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 29 mai 2019 (RFRLAMal, J 3 05.23).
Emetteur(s)	Service de la santé numérique et du réseau de soins (SNRS)
Approbateur(s)	Directrice adjointe du SNRS
Date d'approbation	16 décembre 2025
Date d'entrée en vigueur	1er janvier 2026

SOMMAIRE

Art. 1 Objectif de la directive 3
Art. 2 Conditions d'éligibilité de l'OASD au financement résiduel 3
Art. 3 Conditions d'éligibilité de l'assuré au financement résiduel 3
Art. 4 Conditions d'éligibilité des prestations au financement résiduel 3
Art. 5 Cadre légal fixant les tarifs du financement résiduel 4
Art. 6 Modalités de versement du financement résiduel 4
Art. 7 Contrôle de la documentation 4
Art. 8 Investigations complémentaires 5
Art. 9 Suspension de versements et demande de régularisation 5
Art. 10 Données statistiques et devoir d'information 5
Art. 11 Entrée en vigueur et révision tarifaire 5
Annexe 1 Liste des documents téléchargeables 6
Annexe 2 Modalités de calculs fournis à titre d'exemple 6

Art. 1 Objectif de la directive

La présente directive vise à clarifier les conditions et modalités de versement de la part résiduelle des soins à charge du canton selon l'article 25a alinéa 5 LAMal, pour les prestations de soins ambulatoires délivrées par les organisations d'aide et de soins à domicile (OASD). Le financement résiduel couvre les coûts des soins qui ne sont pas pris en charge par les assurances sociales et qui ne peuvent être répercutés sur l'assuré, au sens de l'article 25a LAMal.

Art. 2 Conditions d'éligibilité de l'OASD au financement résiduel

Les OASD sont éligibles au financement résiduel sous réserve des conditions suivantes :

1. être au bénéfice d'une **autorisation d'exploiter** conformément aux articles 9 et 31 de la LORSDom[1],
2. être au bénéfice d'une **admission à facturer**. L'OASD doit par conséquent être en mesure de communiquer à l'OCS son numéro de RCC.
3. être **signataires de la charte des partenaires du réseau de soin** (selon modèle fourni en annexe 1),
4. avoir transmis à l'OCS une **fiche fournisseur** remplie (selon modèle fourni en annexe 1)
5. fournir à l'OCS un **décompte de prestations** (selon modèle fourni en annexe 1).

Art. 3 Conditions d'éligibilité de l'assuré au financement résiduel

L'assuré doit remplir les conditions suivantes pour que ses prestations de soins soient éligibles au financement résiduel :

1. l'assuré doit être couvert par une assurance de base obligatoire selon la **LAMal**,
2. l'assuré doit **résider dans le canton** qui finance la part résiduelle des prestations de soins,

Par conséquent, les assurés non LAMal au bénéfice d'une assurance de soins privée (dont notamment les assurances internationales) et ceux qui sont couverts par une autre assurance sociale (LAA-LAI-Assurance Militaire) ne sont pas concernés par la présente information externe.

Art. 4 Conditions d'éligibilité des prestations au financement résiduel

Les prestations doivent remplir les conditions suivantes pour être éligible au financement résiduel :

1. **La nature des prestations** concernées est inscrite à l'art. 7 al. 2 OPAS et concerne l'évaluation, les conseils et la coordination (prestations a), les examens et les traitements (prestations b), les soins de base (prestations c).
2. Les prestations sont réalisées sur **prescription médicale** au sens de l'article 25a LAMal auprès des assurés résidant dans le canton de Genève.
3. Seules les prestations ayant fait l'objet **d'une prise en charge par l'AOS** seront considérées pour l'octroi d'un financement résiduel.
4. Les prestations doivent être **efficaces, appropriées et économiques**[2]. "Le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré" et "le

[1] Les conditions à respecter sont notamment de
- fournir, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, sur l'ensemble du territoire cantonal, des soins à domicile reconnus comme nécessaires à la couverture des besoins du canton de Genève et en assurer la continuité et le suivi;
- prendre en charge, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, les besoins en soins urgents et les nouvelles demandes et en assurer la continuité;
- garantir au sein de l'organisation, respectivement par une relève entre infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant, la prise en charge et le suivi des soins infirmiers prescrits, y compris en cas d'absence planifiée ou imprévue.

[2] Selon l'art. 32 LAMal et le rapport fédéral « Opérationnalisation des critères Efficacité, Adéquation et Économicité (EAE) » du 31 mars 2022.

but du traitement et la rémunération des prestations qui dépassent cette limite peut être refusée" conformément à l'article 56 LAMal.

Art. 5 Cadre légal fixant les tarifs du financement résiduel

Le financement résiduel à la charge du canton correspond au coût horaire effectif des soins dont sont déduites la contribution de l'assureur-maladie et la contribution des patients aux coûts des soins.

1. **Le RFRLAMal** fixe le coût horaire des soins pris en compte pour le calcul du financement résiduel.
2. **L'article 7a, alinéa 2 OPAS** fixe le montant de la contribution de l'assureur-maladie.
3. **Un arrêté du Conseil d'État** fixe la contribution obligatoire du patient au coût des soins est déterminée par voie. Lorsque deux prestataires interviennent le même jour auprès d'un même patient, ils sont tenus de veiller à ce que la contribution du patient n'excède pas le montant maximal fixé par l'arrêté du Conseil d'Etat. Pour cela, il convient de s'accorder sur le prestataire qui facturera la contribution du patient, l'autre prestataire étant couvert par le financement résiduel. En conséquence, ladite contribution ne donne pas lieu à une rétrocession entre prestataires de soins.

Les modalités de calculs sont fournies à titre d'exemple en annexe 2.

Art. 6 Modalités de versement du financement résiduel

À partir de janvier 2026, toutes les demandes de financement résiduel doivent être déposées via la plateforme en ligne accessible à l'adresse : https://mfte.ge.ch/. L'accès à cette plateforme nécessite une authentification au moyen d'un compte e-démarches entreprise.

Le processus à suivre est détaillé ci-dessous et est décrit de manière exhaustive dans un guide de dépôt disponible sur le site internet (annexe 1):

1. **Au préalable**, les OASD doivent transmettre à l'OCS, à l'adresse snrs.financement-residuel@etat.ge.ch, leur identifiant e-démarches entreprise afin d'être autorisés à accéder à la plateforme en ligne.

   Une fois l'accès activé, ils doivent déposer sur la plateforme leur fiche fournisseur signée ainsi que la charte des partenaires du réseau de soin signée à l'OCS.

2. **En vue des versements**, les OASD transmettent un décompte trimestriel des heures remboursées par l'AOS. Ce décompte doit être transmis via la plateforme en ligne, selon le formulaire établi par l'OCS[3] au format Microsoft EXCEL.

   Ce document doit parvenir à l'OCS aux dates suivantes :

   - 10 avril de l'année « n » pour le décompte du premier trimestre;
   - 10 juillet de l'année « n » pour le décompte du deuxième trimestre;
   - 10 octobre de l'année « n » pour le décompte du troisième trimestre;
   - 10 janvier de l'année « n+1 » pour le décompte du quatrième trimestre;

   Passées ces échéances, les délais de traitement seront rallongés.

   À réception des décomptes par l'OCS, des contrôles sont réalisés, donnant lieu à un versement de financement résiduel si le résultat des contrôles est positif.

Art. 7 Contrôle de la documentation

Deux catégories de documents doivent être fournies à l'OCS à des fins de contrôle :

[3] https://www.ge.ch/soins-domicile-financement-residuel

1. **Documents relatifs à la surveillance financière**, certifiés par un organe de révision externe, à remettre à l'OCS au plus tard le 30 avril de l'année suivant la perception du financement résiduel :
   - **États financiers audités** par un organe de révision agréé et indépendant, dans le respect du Code des Obligations (CO).
   - **Comptabilité analytique d'exploitation** (CAE) qui présente avec clarté tous les éléments de charges et de produits en lien avec les prestations de soins financées, en distinguant toutes charges qui ne seraient pas constitutives du coût des soins (modèle fourni en annexe 1).

2. **Documents relatifs au contrôle des décomptes** à remettre sur demande de l'OCS pour un contrôle exhaustif ou par sondage.
   - **Copie des factures**
   - **Justificatifs de remboursement** par l'assurance et par l'assuré.

Art. 8 Investigations complémentaires

Des investigations complémentaires peuvent s'avérer nécessaires. Le prestataire est alors rendu attentif au fait que :

1. une démarche pourra être initiée par l'OCS et nécessitera la **levée du secret médical** pour une période de prestations concernée. Un **organe de surveillance tiers** sera alors mandaté par l'OCS pour analyse l'ensemble des documents médicaux nécessaires.
2. les **assureurs-maladie** sont susceptibles de requérir des informations auprès du département s'agissant du volume de prestations faisant l'objet d'une demande de financement résiduel afin d'effectuer leur propres contrôles (articles 84 et 84a LAMal).

Art. 9 Suspension de versements et demande de régularisation

Dans le cadre des contrôles réalisés, l'OCS peut suspendre les versements, voire demander la restitution du trop-versé en cas de violation des dispositions de la présente directive ou en cas de litiges.

Art. 10 Données statistiques et devoir d'information

1. Les prestataires de soins sont soumis à l'obligation de renseigner les statistiques, notamment celle de l'aide et des soins à domicile élaborée par l'Office fédéral de la statistique avec l'aide de l'Office cantonal de la statistique du canton de Genève (articles 23, 59a LAMal et 31 LS)
2. Les OASD renseignent le relevé de la statistique du personnel et des heures prestées selon le modèle établi par le département et le transmettent au plus tard pour le 30 avril de l'année « n+1 » (selon annexe 1). Les OASD participent sur demande à l'enquête annuelle de l'OCS concernant la relève des professionnels de la santé.
3. L'OCS peut demander des statistiques complémentaires pour les besoins du suivi de l'activité du service du réseau de soins (SNRS).
4. Les OASD renseignent l'OCS sur l'outil utilisé pour l'évaluation standardisée des besoins, conformément à l'article 9, L) de la LORSDOM.

Art. 11 Entrée en vigueur et révision tarifaire

La présente information externe entre en vigueur le 1er janvier 2025.

Annexe 1 Liste des documents téléchargeables

- Charte des partenaires du réseau de soin
- Fiche fournisseur : https://www.ge.ch/document/fiche-fournisseur-oasd
- Décompte de prestations : https://www.ge.ch/document/37797/telecharger
- Procédure de dépôt des demandes : https://www.ge.ch/document/guide-depots-demandes-financement-residuel
- Modèle de comptabilité analytique d'exploitation : Document en cours de finalisation
- Statistique du personnel et des heures prestées

Annexe 2 Modalités de calculs fournis à titre d'exemple

Exemple 1 :

Un prestataire réalise 1.5 heures (H) de soins OPAS b) auprès d'un patient. Il sera rémunéré à hauteur de 147 francs (=1.5H x 98 francs), dont :

- 10 francs facturés au patient
- 94.50 francs facturés à l'assureur (soit, 1.5H x 63 francs par heure de prestations OPAS b)
- 42.50 francs au titre du financement résiduel.

Exemple 2 :

Un prestataire réalise 30 minutes de soins OPAS b) auprès d'un client. Il sera rémunéré à hauteur de 49 francs (=0.5H x 98 francs), dont :

- 10 francs facturés au patient
- 31.50 francs facturés à l'assureur (soit, 0.5H x 63 francs par heure de prestations OPAS b)
- 7.50 francs au titre du financement résiduel.

Exemple 3 :

Un prestataire P1 réalise 30 minutes de soins OPAS a) auprès d'un client et délègue une heure de soins OPAS c) la même journée à un deuxième prestataire P2 pour ce même client.

Le prestataire P1 sera rémunéré à hauteur de 60 francs (=0.5H x 120 francs), dont :

- 10 francs facturés au patient
- 38.45 francs facturés à l'assureur (soit, 0.5H x 76.9 francs par heure de prestations OPAS a)
- 11.55 francs au titre du financement résiduel.

Le prestataire P2 sera rémunéré à hauteur de 82 francs (pour une heure de prestation OPAS c) dont :

- 52.60 francs sont facturés à l'assureur
- 29.40 francs au titre du financement résiduel.

Il n'y a pas de facturation au patient étant donné qu'un premier prestataire est passé le jour même.