



**Le Conseil d'Etat**

2484-2026

Département fédéral de l'intérieur (DFI)  
Madame Elisabeth Baume-Schneider  
Conseillère fédérale  
Inselgasse 1  
3003 Berne

**Concerne :** **modification de l'ordonnance sur l'assurance-maladie et révision totale de l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (financement uniforme des prestations)**

Madame la Conseillère fédérale,

Nous avons bien reçu votre courrier du 1<sup>er</sup> avril 2026, relatif à l'objet cité en titre et nous vous en remercions.

La réforme du financement uniforme des prestations (EFAS) constitue un projet majeur pour les cantons. Sa mise en œuvre implique des enjeux financiers importants et nécessite une précision accrue des dispositions au niveau des ordonnances afin de garantir une application adéquate et efficiente. La consultation intervient alors que les travaux préparatoires entre partenaires ne sont pas finalisés et que plusieurs principes restent à définir. Il est indispensable que les autorités fédérales demeurent disposées à adapter ultérieurement les ordonnances en fonction des solutions élaborées entre partenaires tarifaires et cantons.

Notre Conseil rejoint la position de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), favorable à la majorité des modifications proposées dans les trois ordonnances. Certaines dispositions requièrent toutefois des ajustements substantiels. Pour le détail, nous renvoyons aux remarques de la CDS dans son tableau de suivi du 21 mai 2026.

**1. Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal)**

La transmission détaillée de données individuelles, anonymisées au niveau de l'assuré, est indispensable pour les cantons. Elle permet l'identification des parcours de soins utiles à la planification, par exemple pour piloter le virage ambulatoire, et au contrôle de la qualité, par exemple pour identifier les complications. Les cantons doivent en outre pouvoir accéder aux données relatives aux fournisseurs actifs sur leur territoire, indépendamment du domicile des patients, ainsi qu'aux données concernant leur population, indépendamment du lieu de traitement. Le niveau d'information doit être équivalent à celui actuellement disponible pour les secteurs hospitaliers, EMS et soins de longue durée. Dans tous les cas, la transmission des données doit également inclure les positions tarifaires et le GLN, afin de contrôler la conformité de l'activité des fournisseurs de prestations et d'effectuer les analyses nécessaires à la limitation des médecins par spécialité.

Notre Conseil soutient l'inscription dans l'OAMal des modalités de versement et de contrôle de la contribution cantonale. Un délai de paiement inférieur à dix jours ouvrables n'est pas envisageable. Par ailleurs, certains contrôles ne peuvent être réalisés dans le délai de contestation de 30 jours. Nous demandons que l'ordonnance prévoie explicitement la possibilité pour le canton de réclamer, dans un délai de cinq ans, le remboursement de montants indûment pris en charge, conformément à l'art. 25, al. 2 LPGA ou à l'art. 128 CO.

Nous exprimons également notre préoccupation quant aux possibilités de contrôle et d'audit des montants facturés au canton. Nous demandons l'intégration de mécanismes de contrôle, par exemple en s'inspirant de l'art. 105j OAMal ou en prévoyant un rapport annuel du Contrôle fédéral des finances (CDF) destiné aux cantons, permettant d'assurer un niveau de contrôle comparable à celui que les cantons ont aujourd'hui.

## **2. Ordonnance sur les prestations dans l'assurance des soins (OPAS)**

Dans le domaine des soins de longue durée, plusieurs éléments essentiels restent à définir : instrument national unique d'évaluation, modalités de comptabilité analytique, structure tarifaire.

Aucun des trois outils actuellement utilisés (BESA, Plaisir, RAI/interRAI) ne répond entièrement aux exigences du nouvel art. 8b OPAS. Seul Plaisir dispose d'une table de concordance avec la liste des prestations de soins de l'OPAS. Le financement résiduel demeure applicable jusqu'au 31 décembre 2031, avec les instruments actuels, sans qu'il soit clair sur comment les données nécessaires à la nouvelle structure tarifaire devront être collectées. L'outil d'évaluation devra en outre permettre non seulement l'estimation du temps de soins, mais aussi la gestion opérationnelle et la planification du personnel, et ainsi ne pas engendrer de charge administrative à double.

Tant que l'instrument unique et son articulation avec la structure tarifaire ne sont pas définis, des incertitudes subsistent quant à la qualité des données et à la neutralité des coûts, incluant le financement résiduel. Les modalités de collecte des données de coût nécessaires à l'élaboration de la structure tarifaire restent également à préciser, avant l'introduction de la comptabilité analytique uniforme. Il est indispensable que les données reflètent la diversité des modèles cantonaux de prise en charge et les besoins réels des bénéficiaires, en plus des prestations effectivement réalisées.

La future structure tarifaire devra distinguer les missions gériatriques et psycho-gériatriques et tenir compte de la complexité des cas. La liste des prestations OPAS, inchangée depuis 2015, doit être entièrement révisée et complétée, notamment pour les prestations financées par les cantons liées à l'accompagnement thérapeutique, aux handicaps, aux soins palliatifs, à la démence, aux troubles cognitifs et psychiatriques, ainsi qu'aux états neuro-végétatifs, conformément à l'art. 25a, al. 3ter LAMal. Les partenaires devront également définir la fréquence des révisions et les modalités d'ajout de nouvelles prestations. La structure tarifaire devra en outre permettre une différenciation de la valeur du point par canton.

Enfin, assimiler les prestations en EMS à celles des soins à domicile est inadapté. Les besoins et prestations diffèrent substantiellement. Les outils interRAI utilisés en EMS et à domicile ne sont pas corrélés, ce qui exclut une approche identique.

**3. Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP)**

Notre Conseil n'a pas de remarque supplémentaire à formuler en plus de celles de la CDS.

En vous remerciant de nous avoir consultés, nous vous prions de croire, Madame la Conseillère fédérale, à l'assurance de notre haute considération.

AU NOM DU CONSEIL D'ÉTAT

La chancelière :



Michèle Righetti-El Zayadi

La présidente :



Anne Hiltpold

Annexe : prise de position détaillée de la CDS du 21 mai 2026

Copie à : [tarife-grundlagen@bag.admin.ch](mailto:tarife-grundlagen@bag.admin.ch) et [gever@bag.admin.ch](mailto:gever@bag.admin.ch)

*Envoi par courriel*

Département fédéral de l'intérieur DFI  
Madame la Conseillère fédérale  
Elisabeth Baume-Schneider

[tarife-grundlagen@bag.admin.ch](mailto:tarife-grundlagen@bag.admin.ch)  
[gever@bag.admin.ch](mailto:gever@bag.admin.ch)

8-3-2-2

Berne, 21 mai 2026

**Consultation relative à la modification de l'ordonnance sur l'assurance-maladie et à la révision totale de l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (financement uniforme des prestations)**

***Prise de position de la CDS***

Madame la Conseillère fédérale,  
Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de la possibilité de prendre position sur les modifications prévues de l'OAMal et de l'OPAS ainsi que sur la révision totale de l'OCP en lien avec la mise en œuvre du financement uniforme. Le Comité directeur de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) a examiné le projet lors de sa séance du 21 mai 2026 et prend position comme suit.

La modification de la LAMal « Financement uniforme des prestations » (ci-après « EFAS ») représente pour les cantons un projet de réforme décisif. La mise en œuvre d'EFAS est une mission complexe mettant au défi l'ensemble des acteurs impliqués. Il est donc d'autant plus important que les prescriptions légales soient précisées à l'échelon des ordonnances, lorsque cela est judicieux, afin de garantir une mise en œuvre appropriée, souple et efficiente.

Cependant, nous faisons face à un problème ; les dispositions de l'ordonnance sont fixées à un moment où les travaux préparatoires de la mise en œuvre entre les cantons et les partenaires tarifaires sont en cours, en particulier dans le domaine des flux financiers et flux de données en lien avec le versement de la contribution cantonale. Mais dans le domaine d'EFAS soins compris également, de nombreux principes restent encore à définir. Aux yeux de la CDS, il est important que l'organe qui édicte les ordonnances soit conscient de ce fait et soit disposé à tenir compte en temps utile des solutions élaborées par les partenaires tarifaires et les cantons. Seront donc nécessaires des adaptations supplémentaires au niveau des ordonnances, dans le cadre desquelles il sera possible de tenir compte des solutions élaborées jusqu'alors par les partenaires tarifaires et les cantons.

Eu égard à ces constatations fondamentales, nous nous permettons de formuler en amont des remarques générales sur différentes thématiques qui font l'objet de précisions dans les ordonnances.

Le tableau en annexe comporte les remarques détaillées sur les différents articles.

## 1. OAMal

### 1.1 Comité autonome

Dans le cadre d'EFAS, l'institution commune LAMal (IC LAMal) se voit confier une fonction importante, puisqu'elle sera responsable du calcul, du prélèvement et de la répartition des contributions cantonales. Le législateur a uniquement défini qu'à cet effet, elle constitue un comité autonome spécialisé auquel les cantons participent de manière appropriée. D'autres réglementations relatives au comité autonome font défaut. Nous saluons par conséquent la précision prévue au niveau de l'OAMal selon laquelle le conseil de fondation de l'IC LAMal édicte un règlement sur l'organisation du comité autonome et que les cantons et les assureurs doivent être associés à l'élaboration dudit règlement. La CDS estime toutefois que cette réglementation n'est pas suffisante. De plus amples prescriptions concernant le comité autonome sont requises au niveau de l'ordonnance. Il serait également judicieux de souligner dans le rapport explicatif que les contrôles et vérifications du comité autonome ne concernent que les tâches de l'IC LAMal.

### 1.2 Transmission des données des assureurs aux cantons

L'art. 28d, al. 1, P-OAMal règle la transmission des données des assureurs aux cantons, afin que ces derniers disposent des données de base en vue de l'accomplissement de leurs tâches prévues par la LAMal. À ce propos, un rythme trimestriel seulement est prévu pour la transmission des données agrégées issues des décomptes de prestations selon l'al. 1, let. a. Ceci n'est pas suffisant. Un rythme mensuel s'impose afin que les cantons puissent effectuer leurs tâches de manière fiable et sur la base de données les plus récentes possible.

En outre, la transmission de données agrégées au niveau des fournisseurs de prestations, comme le prévoit l'art. 28d, al. 1, let. a, P-OAMal, n'est pas suffisante pour l'exécution des tâches des cantons. En rapport avec l'évaluation de la qualité des traitements, dont les cantons doivent tenir compte lors de leurs décisions de planification, il faudrait par exemple pouvoir relier les données personnelles ambulatoires et stationnaires, afin que les traitements préalable et de suivi ambulatoires puissent être pris en considération. Par ailleurs, il serait notamment nécessaire de disposer de données individuelles pour pouvoir suivre les personnes assurées tout au long de leur parcours de soins – également au-delà des frontières cantonales – et calculer des indicateurs tels que le nombre de contacts-patients, les indices de comorbidité ainsi que les taux de mortalité et de complications de certaines populations de patients comme les personnes âgées ou souffrant de maladies chroniques. Le calcul de tels indicateurs faciliterait d'une part l'évaluation de paramètres tels que l'efficacité des coûts, la qualité et l'accès de la population au système de santé par les cantons. D'autre part, ces paramètres bénéficieraient à l'organisation des soins ambulatoires et à la planification des soins stationnaires ou permettraient notamment de fixer pour les différentes spécialisations des nombres maximaux fondés sur des données probantes. L'art. 21 nLAMal précise que le Conseil fédéral peut prévoir la transmission aux cantons de données par personne assurée si des données agrégées ne sont pas suffisantes pour accomplir leurs tâches. Les exemples cités illustrent à notre sens pourquoi les données agrégées selon l'art. 28d P-OAMal sont insuffisantes. Le Conseil fédéral doit ainsi faire usage de ses compétences et inscrire dans l'OAMal la transmission systématique de données personnelles anonymisées aux cantons en vue de l'accomplissement de leurs tâches prévues par la LAMal. Pour les raisons mentionnées et du point de vue de l'efficacité administrative, il n'est pas compréhensible que ces données ne soient transmises que sur demande, comme mentionné à l'art. 28c P-OAMal.

Selon l'art. 28d, al. 2, P-OAMal (cf. aussi rapport explicatif, point 3.1.3, p. 17 ; p. 30), il est prévu que les données des assureurs transmises à un canton ne couvrent que *les activités fournies par les fournisseurs de prestations actifs sur le territoire cantonal*. Ceci n'est ni suffisant ni pertinent, vu que, d'une part, les cantons n'ont ainsi pas la possibilité d'exercer une surveillance systémique sur les fournisseurs de pres-

tations. D'autre part, les cantons ont également besoin de données nationales des fournisseurs de prestations pour le benchmarking / la comparaison de l'économicité dans le cadre de leurs tâches légales ou pour fixer des objectifs cantonaux en matière de coûts et de qualité.

### 1.3 Accès des cantons aux données des factures

Les cantons doivent impérativement avoir accès aux données des factures des prestations de soins de leur population résidente. Grâce au financement résiduel, ils disposent actuellement des données individuelles des factures relatives aux soins ambulatoires et aux EMS. La CDS s'oppose avec insistance à une péjoration de la situation des cantons sous EFAS soins compris. Les cantons ont notamment besoin de ces données pour refacturer aux communes la part de la contribution cantonale spécifique à chaque commune, certains d'entre eux ayant délégué la compétence en matière de financement aux communes. Il convient ainsi de prévoir une disposition correspondante dans l'OAMal. Les communes doivent quant à elles pouvoir contrôler les montants des factures et leur compétence en matière de financement. Si les cantons n'ont pas la possibilité d'attribuer le montant spécifique à facturer à chaque commune, cela constitue une atteinte non tolérable à la répartition des tâches au sein des cantons et donc à l'autonomie des cantons.

Aujourd'hui, les cantons reçoivent les factures ou données relatives aux traitements hospitaliers stationnaires sans que l'établissement, l'actualisation et la publication d'un règlement de traitement soient prescrits au niveau fédéral. Une telle disposition n'est pas nécessaire puisque les cantons sont soumis aux prescriptions cantonales de protection des données correspondantes. Ceci vaut aussi à l'avenir, raison pour laquelle un principe général tel qu'énoncé à l'art. 59a<sup>quater</sup>, al. 2, P-OAMal suffit ; il convient donc de renoncer à la réglementation proposée à l'art. 59a<sup>quater</sup>, al. 4, P-OAMal.

### 1.4 Contrôle du domicile

Pour l'heure, la procédure concrète visant à contrôler le domicile au sein du processus flux financier et flux de données relatif au versement de la contribution cantonale n'est pas encore définie. Le processus en question fait l'objet d'intenses pourparlers entre les cantons et les assureurs. Lorsqu'il aura été défini, il conviendra de l'intégrer de manière juridiquement contraignante lors d'une modification ultérieure de l'ordonnance.

### 1.5 Délai de contestation de la facture par le canton dans le domaine hospitalier

Le canton bénéficie d'un délai de 30 jours à compter de la réception de la facture pour signaler à l'assureur qu'il considère que les conditions de prise en charge des coûts ne sont pas (encore) remplies, ce que la CDS approuve dans l'ensemble. Certaines situations litigieuses (p. ex. respect des mandats de prestations, des listes cantonales AVOS ou des limitations de volume) ne peuvent néanmoins être vérifiées par les cantons qu'avec un certain décalage temporel. Il convient par conséquent de préciser dans l'ordonnance qu'un canton est en droit de demander auprès de l'assureur le remboursement de prises en charge des coûts déjà versées si celles-ci devaient s'avérer indues par la suite. Et ceci indépendamment du fait qu'une contestation selon l'art. 59a<sup>quinquies</sup>, al. 1, P-OAMal aient eu lieu ou non.

### 1.6 Motifs de recours conformément à l'art. 60, al. 11, nLAMal

Au sixième paragraphe du point 1.1.5 du rapport explicatif (p. 9), il est expliqué que les cantons ne peuvent pas faire valoir leurs griefs liés à une violation des réglementations AVOS par voie de recours dans des cas particuliers. Cette affirmation n'est pas correcte, tant en ce qui concerne l'art. 3c et l'annexe 1a OPAS qu'en rapport notamment avec d'autres réglementations AVOS au niveau cantonal. Si ces règles sont enfreintes, un tarif non autorisé est utilisé lors de la facturation, ce qui constitue un motif de recours pour les cantons, conformément à l'art. 60, al. 11, let. b, nLAMal. Le rapport explicatif doit être adapté pour qu'il

soit clair que les cantons peuvent faire recours contre une violation des réglementations AVOS explicitement sur la base de l'art. 60, al. 11, let. b, nLAMal.

### 1.7 Versement de la contribution cantonale

Les cantons saluent le principe selon lequel la contribution cantonale doit être versée une fois par semaine.

Il convient d'ajouter à l'art. 78 P-OAMal un délai de paiement d'au moins 10 jours ouvrés pour la contribution cantonale. Pour des raisons techniques, procédurales et organisationnelles, un délai de paiement plus court n'est pas possible pour les cantons.

À l'instar de la réglementation de l'art. 79 P-OAMal applicable à la Confédération, il convient de renoncer à prélever auprès des cantons un intérêt moratoire selon l'art. 78, al. 2, P-OAMal en rapport avec un éventuel retard de versement de la contribution cantonale. En cas de maintien du prélèvement d'un tel intérêt moratoire, des réglementations correspondantes devraient également être prévues pour les assureurs (concernant les remboursements) et pour la Confédération (concernant la contribution fédérale).

En outre, il convient d'introduire une norme de délégation en faveur du DFI, selon laquelle le DFI définit, sur demande des associations qui représentent les assureurs et les cantons, des prescriptions techniques et organisationnelles applicables au flux financier et flux de données relatif au versement de la contribution cantonale selon l'art. 60 nLAMal.

## 2. OCP

De façon générale, il ressort que la mise en œuvre de la ligne de conduite, qui consiste à formuler uniquement des exigences minimales dans l'OCP et à laisser aux acteurs concernés le soin de définir des exigences plus poussées pour l'évolution des futurs tarifs des soins, est cohérente. De nombreux points restent ainsi à régler. La CDS estime que les exigences minimales à présent formulées ne soulèvent pas d'objections. Elles reflètent les normes en matière de comptabilité analytique. Les cantons devront toutefois insister sur les exigences supplémentaires déjà mentionnées dans les remarques détaillées en annexe (p. ex. délimitation soins spécialisés, délimitation soins dispensés par des proches aidants, structures de jour et de nuit, etc.) lors de l'élaboration ultérieure de la structure tarifaire et, par conséquent, lors de l'organisation de la comptabilité analytique et de la statistique des prestations. Nous serions reconnaissants que le DFI apporte des précisions en ce sens aux exigences.

## 3. OPAS

Il conviendrait de distinguer deux phases pour les instruments d'évaluation des soins requis : entre le 1<sup>er</sup> janvier 2028 et le 31 décembre 2031, la rémunération des soins se fera encore selon l'actuel système de financement des soins et, en parallèle, les données servant à définir les structures tarifaires dès le 1<sup>er</sup> janvier 2032 et à procéder à la tarification devront être recueillies. Lors de cette phase, l'évaluation des soins requis au sein des établissements médico-sociaux permet également de déterminer le degré de soins au sens de l'art. 7a, al. 3, OPAS et s'avère donc pertinente d'un point de vue financier.

À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2032, les prestations de soins seront rémunérées selon de nouveaux principes de tarification et une nouvelle structure tarifaire. Il incombe aux partenaires tarifaires, en collaboration avec les cantons, d'élaborer les structures tarifaires des soins qui s'appliqueront à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2032. À l'heure actuelle, il reste à savoir si les soins dispensés au sein des établissements médico-sociaux seront toujours tarifés en fonction des besoins prospectivement déterminés ou si les prestations effectivement fournies seront facturées ou intégrées dans le tarif. De même, il reste à savoir si les soins seront toujours rémunérés selon la durée des soins imputée aux degrés de soins et sans différenciation des prestations. La structure tarifaire des soins ambulatoires non plus n'a pas encore été définie.

La modification de l'OPAS vise à garantir que des instruments uniformes permettant de déterminer les besoins en fonction de la structure tarifaire seront utilisés dans toute la Suisse à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2032, de sorte que les résultats de cette évaluation puissent être utilisés pour l'examen de l'économicité dans le cadre du contrôle des factures. Il est donc probable qu'il faille apporter des adaptations à chacun des instruments actuellement disponibles en vue de leur réutilisation sous EFAS.

Il y a fort à parier que les établissements médico-sociaux continueront à utiliser différents instruments d'évaluation des soins requis jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2032. Les partenaires tarifaires et les cantons doivent convenir de la manière dont les données disponibles seront utilisées pour élaborer la structure tarifaire et servir de base à la tarification, et déterminer également la manière dont les données issues des différents instruments (BESA, RAI et Plaisir) seront traitées. À cet égard, il convient également de s'assurer que cela n'entraîne aucune charge administrative supplémentaire importante pour le personnel soignant.

Nous vous remercions de prendre en compte nos requêtes et restons à votre disposition pour répondre à toute question.

Nous vous prions d'agréer, Madame la Conseillère fédérale, Madame, Monsieur, l'expression de notre très haute considération.



Lukas Engelberger, conseiller d'État  
Président CDS



Kathrin Huber  
Secrétaire générale

#### Annexe

- Tableau comportant les remarques détaillées

8-3-2-2

21 mai 2026

## Consultation relative à la modification de l'ordonnance sur l'assurance-maladie et à la révision totale de l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (financement uniforme des prestations)

### Prise de position de la CDS : remarques détaillées

#### 1. Modifications de l'OAMal

La CDS est d'accord avec différentes propositions concernant la modification de l'OAMal, mais certaines autres nécessitent des modifications (importantes). Dans l'ensemble, le projet suscite plutôt l'approbation.

Les dispositions non commentées sont approuvées.

Article	Alinéa	Lettre	Évaluation	Demande	Justification
19a			Approbation avec modification	<b>Complément (nouvel alinéa)</b> « <u>Les cantons et les assureurs sont représentés de manière paritaire au sein du comité autonome spécialisé avec chacun un nombre égal de sièges. Un expert externe préside le comité autonome spécialisé.</u> »	Il convient de définir au niveau de l'ordonnance une représentation paritaire des cantons et des assureurs comportant pour chacun un nombre égal de sièges au sein du comité autonome spécialisé, lequel sera en outre présidé par un expert externe indépendant.
19a			Approbation avec modification	<b>Complément (nouvel alinéa)</b> « <u>Le comité autonome spécialisé peut inviter une représentation de l'institution commune à ses séances</u>	Pour garantir un flux d'informations suffisant entre le comité autonome spécialisé et l'IC LAMal, l'ordonnance prévoira que le comité autonome spécialisé peut inviter une représentation de l'IC LAMal à ses séances.

Article	Alinéa	Lettre	Évaluation	Demande	Justification
				<i>afin d'assurer un flux d'informations suffisant. »</i>	
19a			Approbation avec modification	<p><b>Complément (nouvel alinéa)</b></p> <p><i>« L'institution commune assure le fonctionnement du comité autonome spécialisé, en particulier un secrétariat, à ses frais et prend en charge les frais de l'expert externe. »</i></p>	Il convient de préciser au niveau de l'ordonnance que le financement du comité autonome (en particulier le secrétariat) et les frais de l'expert externe sont à la charge de l'IC LAMal.
19a			Approbation avec modification		Il convient également de clarifier au niveau de l'ordonnance quel régime de responsabilité s'applique au comité autonome.
28d	1	a	Approbation avec modification	<p><b>Modification</b></p> <p><i>« au minimum <u>trimestriellement mensuellement</u>, les données agrégées par fournisseur de prestations et issues des décomptes de prestations, telles que : »</i></p> <p><b>Complément (nouvel alinéa)</b></p> <p>Il convient d'ajouter un complément en ce qui concerne la livraison des données individuelles nécessaires à l'accomplissement de certaines tâches cantonales prévues par la LAMal.</p> <p><i>« L'OFSP garantit aux cantons un accès électronique direct aux données qu'il collecte en vertu de l'art. 28, al. 1, let. c. pour les personnes assurées domiciliées dans le canton concerné ainsi que pour les personnes assurées soignées sur le territoire du canton concerné, y compris au code de liaison, à l'âge, au sexe et au lieu</i></p>	<p>La livraison des données doit avoir lieu une fois par mois au moins.</p> <p>Le volume de données prévu ne suffit pas pour une planification adéquate et un contrôle rapide et fiable de l'évolution des coûts :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dans le domaine des soins (EMS, services d'aide et de soins à domicile, infirmières et infirmiers indépendants), le financement résiduel permet aux cantons de disposer aujourd'hui de données individuelles de factures relatives aux soins ambulatoires et aux EMS. Avec EFAS, il n'est pas acceptable qu'ils reçoivent moins de données qu'aujourd'hui. De plus, dans certains cantons, les communes seront également à l'avenir responsables du financement des soins et les cantons devront pouvoir identifier les communes concernées sur la base des données et leur refacturer la contribution cantonale. Les communes devront quant à elles pouvoir contrôler les montants de factures et leur compétence en matière de financement.</li> <li>- Des données individuelles supplémentaires sont nécessaires pour pouvoir retracer les parcours de soins des patients au fil des diffé-</li> </ul>

Article	Alinéa	Lettre	Évaluation	Demande	Justification
				<u>de résidence de la personne assurée. »</u>	<p>rents fournisseurs de prestations et au-delà des frontières cantonales. Pour ce faire, des données sociodémographiques (p. ex. âge, sexe, lieu de résidence, canton de domicile, numéro AVS) et des données figurant sur les décomptes de prestations (p. ex. numéro de décompte sous forme pseudonymisée, type de coûts facturés, nombre de consultations) sont essentielles.</p> <p>Si les cantons se voient accorder à l'échelon de l'ordonnance un accès direct aux données que l'OFSP reçoit de la part des assureurs en vertu de l'art. 28, al. 1, let. c, OAMal, alors il est possible de renoncer au fait que les assureurs transmettent les données individuelles aux cantons conformément à l'art. 21 nLAMal. Ceci correspondrait au principe « Once-Only ». De même, l'art. 21, al. 4, LAMal prévoit explicitement que l'OFSP met les données collectées à disposition des cantons.</p>
28d	1	a		<p><b>Modification</b> « 2. les indications relatives au fournisseur de prestations, comme le numéro d'identification (Global Location Number, GLN) <del>ou</del> <u>et</u> le numéro du code-créanciers, »</p>	<p>La transmission du numéro d'identification ou bien du numéro du code-créanciers ne suffit pas ; ces deux données doivent obligatoirement être transmises.</p>
28d	1	b	Approbation avec modification	<p><b>Complément</b> « au minimum mensuellement, les données complètes du registre du code-créanciers <u>sous un format lisible par machine.</u> »</p>	<p>Eu égard au registre du code-créancier, l'al. 1, let. b, pourrait être interprété dans le sens où les cantons ont accès à la version intégrale du RCC. Cela n'est pas suffisant pour un traitement approprié des données.</p>
28d	2		Approbation avec modification	<p><b>Modification et complément</b> « Les assureurs transmettent aux cantons les données relatives aux <del>seuls</del> fournisseurs de prestations exerçant sur leur territoire, <u>indépendamment du lieu de domicile des personnes assurées concernés. En outre, ils transmettent aux cantons des données sur les prestations rela-</u></p>	<p>En leur qualité d'agents-payeurs des prestations de leur population résidente, les cantons s'intéressent au recours de ces prestations, indépendamment du lieu de traitement ou du lieu d'implantation du fournisseur de prestations. Les données sur les prestations des personnes assurées domiciliées dans le canton qui sont prises en charge en dehors de leur canton de domicile sont donc également nécessaires. Ces informations sont également importantes pour une planification et une gestion efficaces des soins de santé.</p>

Article	Alinéa	Lettre	Évaluation	Demande	Justification
				<p><u>tives à des personnes assurées domiciliées dans le canton et recevant des soins en dehors du canton. »</u></p>	<p>Pour que les cantons puissent piloter l'admission dans le domaine ambulatoire, il est nécessaire de savoir clairement comment et où les prestations de l'AOS sont fournies.</p> <p>Les données agrégées à l'échelle des fournisseurs de prestations, comme le prévoit l'art. 28d, al. 1, let. a, P-OAMal, n'est pas suffisante pour l'exécution des tâches des cantons. Les trois exemples suivants en illustrent les raisons :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pour fixer les nombres maximaux, les cantons doivent impérativement savoir au niveau des cabinets de groupe combien de prestations ont été fournies dans quel domaine de spécialité. Les cabinets de groupe peuvent également se composer de professionnels de la santé issus de différentes spécialisations. Si les cantons reçoivent les données à l'échelle des fournisseurs de prestations, ils ne peuvent pas imputer les activités (nombre de consultations, traitements individuels, prescriptions de médicaments, etc.) aux différents médecins. Or, ces informations sont nécessaires pour qu'ils puissent exercer leurs tâches dans le domaine de la planification, de la surveillance et du pilotage ; autrement dit, les nouvelles admissions et la fixation des nombres maximaux dépendent du comportement concret des spécialistes déjà admis dans une spécialisation ; l'échelle cabinet de groupes (fournisseurs de prestations) n'est pas assez précis à cet égard ;</li> <li>- l'art. 28d P-OAMal prévoit que les données agrégées contiennent des indications sur le type de traitement et le type de coûts. Sur la base de la spécification EFIND 3, nous supposons que le type de traitement se réfère au domaine hospitalier ou ambulatoire et que le type de coûts se réfère au système tarifaire (SwissDRG, tarifs de laboratoire, etc.). Cette granularité des données ne permet pas la différenciation nécessaire au niveau des cabinets de groupe. Des données individuelles anonymisées permettraient aux cantons de procéder eux-mêmes à l'agrégation par domaine de spécialité sur la base des positions tarifaires facturées. Si la transmission de données agrégées</li> </ul>

Article	Alinéa	Lettre	Évaluation	Demande	Justification
					<p>était maintenue, le type de prestation dans le domaine des médecins exerçant en cabinet devrait alors impérativement être considéré comme un domaine de spécialité ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- en matière de planification des soins, la LAMal oblige les cantons à planifier les soins fournis par les hôpitaux, les EMS et les maisons de naissance afin de couvrir les besoins. Une planification couvrant les besoins nécessite également la prise en compte de manière adéquate des prestations ambulatoires, afin de pouvoir évaluer les potentiels de transferts. Cela vaut pour les prestations médicales ambulatoires et les soins de longue durée ambulatoires en particulier, ainsi que pour la planification de nouveaux modèles de soins (transversaux) en général. Dans son rapport du 28 janvier 2026 intitulé « Investissements des hôpitaux suisses et planification hospitalière cantonale », le Conseil fédéral a recommandé aux cantons de « vérifier l'opportunité de mieux prendre en compte l'évolution du secteur ambulatoire hospitalier dans le cadre de la détermination du besoin stationnaire pour la planification hospitalière, et d'examiner comment y parvenir. » La CDS salue cette recommandation dans son principe et demande un accès aux données ambulatoires afin de pouvoir mieux tenir compte de l'évolution dans le domaine ambulatoire hospitalier.</li> </ul>
28d	3		Approbation avec modification	<b>Modification et complément</b> « Ils fournissent aux cantons les données par voie électronique, <u>sous un format lisible par machine</u> , [...] »	Un traitement efficient des données est conditionné à un tel format.
28d	4		Rejet	<b>Suppression</b> <del>« Les cantons veillent à ce que la communication des données requises occasionne aussi peu de travail que possible aux assureurs. »</del>	La responsabilité de la transmission des données incombe aux assureurs. Les cantons n'ont que peu ou pas de marge de manœuvre pour influencer la charge que représente la mise à disposition des données.

Article	Alinéa	Lettre	Évaluation	Demande	Justification
28d	7		Approbation avec modification	<b>Complément</b> « L'OFSP peut émettre, après avoir consulté les assureurs <u>et les cantons</u> , des directives sur les mesures à prendre en vertu des al. 1 à 3. »	Cantons et assureurs sont à traiter sur un pied d'égalité. L'OFSP doit en conséquence également consulter les cantons afin que les directives émises par l'OFSP soient également adéquates et efficaces du point de vue cantonal.
30b			Approbation avec modification	<b>Modification dans l'art. 31a, let c, OAMal</b> « détruire les données au plus tard <u>cinq dix ans</u> après leur réception, à moins qu'elles doivent être archivées. »	Dans le cadre de l'art. 30b, P-OAMal, il conviendrait également de modifier la durée d'exploitation des données prévue à l'art. 31a, let. c, OAMal. Une période d'exploitation de cinq ans est bien trop courte aussi bien pour les planifications cantonales que pour les tâches relevant du domaine de l'évaluation des tarifs. Il conviendrait de prévoir dix ans au moins.
38	2		Approbation avec modification	<b>Complément dans le rapport explicatif</b>	Par souci de clarté, il conviendrait de mentionner explicitement dans le rapport explicatif que les dentistes sont les seuls fournisseurs de prestations ambulatoires à ne pas pouvoir être soumis à des limitations d'admission au sens de la LAMal, raison pour laquelle il n'est pas nécessaire de modifier l'art. 42, OAMal.
59a <sup>quater</sup>			Approbation avec modification	<b>Complément (nouvel article)</b> « <u>Accès des cantons aux données des factures dans le domaine des soins</u>  <u>Les assureurs transmettent chaque mois aux cantons les données relatives aux factures des prestations de soins.</u> »	Les cantons dans lesquels les communes assument une responsabilité intracantonale du financement des prestations de soins (soins ambulatoires et EMS) ont besoin des données de facture relatives aux prestations de soins pour les refacturer aux communes de façon spécifique à chacune d'elles. Le fait d'empêcher les cantons de procéder à une imputation des factures spécifique à chaque commune constitue une ingérence intolérable dans le partage intracantonale des tâches et, par conséquent, dans l'autonomie des cantons. Dans le domaine des soins de longue durée, le financement résiduel permet aux cantons de disposer aujourd'hui de données individuelles de factures relatives aux soins ambulatoires et aux EMS. Avec EFAS, il n'est pas acceptable qu'ils reçoivent moins de données qu'aujourd'hui. Si cette exigence n'est pas satisfaite, les assureurs doivent transmettre aux cantons au moins les coûts des soins par mois et par commune, repartis en fonction des soins ambulatoires et des soins en EMS. Pour le rattachement à une commune, c'est le lieu de domicile de la personne

Article	Alinéa	Lettre	Évaluation	Demande	Justification
					assurée qui est déterminant (et non le lieu d'implantation du fournisseur de prestations).
59a <sup>quater</sup>	4		Rejet	<p><b>Suppression</b></p> <p><i>« Le canton établit, pour le traitement des données, un règlement de traitement qui fixe l'organisation interne, décrit notamment la procédure de traitement et de contrôle des données et contient tous les documents relatifs à la planification, à la réalisation et à l'exploitation des systèmes de traitement des données et des moyens informatiques. Il publie le règlement et le met régulièrement à jour. »</i></p>	L'accès des cantons aux données des factures dans le domaine hospitalier ne constitue pas une nouveauté. Les cantons reçoivent déjà de telles informations en vertu de la législation en vigueur. Il existe déjà une obligation de rendre compte du traitement des données dans le cadre d'un règlement de sécurité de l'information et de protection des données. Les règlements de protection des données des cantons sont soumis au principe de la transparence.
59a <sup>quinquies</sup>			Approbation avec modification	<p><b>Complément (nouvel alinéa)</b></p> <p><i>« En cas de prise en charge induite des coûts, le canton bénéficie d'un droit de demander la restitution à l'assureur, ce, indépendamment du fait qu'une contestation selon l'al. 1 ait eu lieu ou non. Le droit de demander la restitution à l'assureur s'éteint trois ans après le moment où le canton a eu connaissance de la prise en charge induite des coûts, mais au plus tard cinq ans après le moment où il a reçu la facture. »</i></p>	<p>Un premier contrôle (de routine) peut être effectué dans un délai de 30 jours. En parallèle, il est impératif de prévoir une réglementation supplémentaire pour des situations ne pouvant être examinées dans un délai de 30 jours pour des raisons techniques ou procédurales.</p> <p>D'une part, la période de 30 jours est insuffisante pour les contrôles en aval sur la base de données statistiques : les cantons ne peuvent examiner certaines situations (p. ex. respect des mandats de prestations, des listes cantonales ambulatoire avant stationnaire ou des limitations de volume) qu'avec un certain décalage temporel. Un délai de 30 jours combiné à l'absence de données MCD (cf. rapport explicatif, p. 33) signifie que les cantons ne peuvent absolument pas vérifier le non-respect des mandats de prestations par les hôpitaux sur la base des données de facturation. En effet, à l'heure actuelle, plusieurs cantons contrôlent déjà une fois par an les infractions aux mandats de prestations sur la base des données de la statistique médicale des hôpitaux de l'OFS et exigent le cas échéant une annulation rétroactive de la facture. Selon la réglementation prévue par l'OFSP, il ne serait toutefois pas possible d'annuler la facture si le délai de contestation de 30 jours n'était pas respecté.</p>

Article	Alinéa	Lettre	Évaluation	Demande	Justification
					<p>D'autre part, certains motifs de contestation ne sont visibles qu'après la réception des factures de suivi. Les fournisseurs de prestations peuvent facturer leurs prestations dans un délai de cinq ans. Ces factures peuvent avoir un impact sur d'autres prestations non contestées dans le délai imparti et déjà payées par les cantons, par exemple lors du calcul des abattements pour transfert. La possibilité d'une contestation ultérieure est impérative et elle est prévue dans le processus entre les assureurs et les cantons, que la CDS a élaboré en collaboration avec prio.swiss.</p> <p>Il convient par conséquent de préciser explicitement dans l'ordonnance qu'un canton est en droit de demander auprès de l'assureur le remboursement de prises en charge des coûts déjà versées si celles-ci devaient s'avérer indues par la suite, ce, indépendamment du fait qu'une contestation selon l'al. 1 ait eu lieu ou non. Le canton doit exercer son droit de demander la restitution dans un délai de trois ans à compter du moment où il a eu connaissance de la prise en charge induite des coûts, mais au plus tard dans un délai de cinq ans à compter du moment où il a reçu la facture (de façon analogue à la réglementation prévue à l'art. 25, al. 2, LPGA).</p> <p>Si cette situation n'était pas expressément réglée dans l'OAMal, il faudrait alors au moins prévoir dans l'OAMal une disposition générale selon laquelle les cantons et les assureurs doivent convenir entre eux de clarifier ultérieurement certaines situations.</p>
59a <sup>quin-</sup> quies	2		Approbation avec modification		<p>Par souci de clarté, le rapport explicatif devrait mentionner de façon explicite qu'une facture est réputée perçue par le canton quand l'assureur a transmis les données au canton ou lui en a accordé l'accès par voie électronique, sous un format lisible par machine (p. 34, al. 2, rapport explicatif).</p>
78			Approbation avec modification	<p><b>Article supplémentaire</b></p> <p>« <u>Sur demande des associations représentant les assureurs et les cantons, le DFI fixe des prescriptions techniques et organisationnelles</u></p>	<p>D'après le rapport explicatif, les cantons et les assureurs conviennent entre eux des détails relatifs aux modalités de versement de la contribution cantonale (y compris du flux de données correspondant), ce qui est à saluer.</p> <p>Une fois les détails réglés et consignés dans un concept d'exploitation / un manuel ou tout autre document similaire, le DFI, à la demande</p>

Article	Alinéa	Lettre	Évaluation	Demande	Justification
				<u>s'appliquant aux flux financiers et flux de données pour le versement de la contribution cantonale prévue à l'art. 60 LAMal. »</u>	des associations représentant les assureurs et les cantons, est amené à fixer ces détails dans une ordonnance ou à rendre le concept d'exploitation / le manuel contraignant pour l'ensemble des cantons et des assureurs.
78	1		Approbation avec modification		<p>Les cantons saluent le principe selon lequel la contribution cantonale doit être versée une fois par semaine.</p> <p>Il convient d'ancrer dans l'art. 78 P-OAMal un délai de paiement d'au moins 10 jours ouvrables pour la contribution cantonale. Pour des raisons techniques, procédurales et organisationnelles, un délai de paiement plus court n'est pas possible pour les cantons. Pour des raisons techniques (p. ex. panne, mise à jour ou introduction d'un nouveau logiciel), personnelles (p. ex. maladie), organisationnelles (p. ex. périodes de blocage pendant les jours fériés ou le passage à la nouvelle année) ou autres (p. ex. attaque informatique, cas de force majeure), il est toujours possible qu'un canton ne soit pas en mesure de respecter un délai de paiement très court. Par ailleurs, en raison de l'organisation intracantonale, plusieurs unités administratives de différents départements sont impliquées dans le processus de traitement de la contribution cantonale.</p>
78	2		Rejet	<p><b>Suppression</b>  <del>« Les cantons qui ne s'acquittent pas à temps des montants dus versent à l'institution commune un intérêt moratoire de 5 % par an. »</del></p>	<p>À l'instar de la réglementation de l'art. 79 P-OAMal applicable à la Confédération, il convient de renoncer à prélever auprès des cantons un intérêt moratoire selon l'art. 78, al. 2, P-OAMal en rapport avec un éventuel retard de versement de la contribution cantonale, d'autant que la loi ne prévoit pas de réglementation claire sur laquelle un tel intérêt moratoire à la charge des cantons pourrait se fonder. Une réglementation correspondante n'est prévue ni pour les assureurs (en matière de remboursement) ni pour la Confédération (en matière de contribution fédérale). Si les cantons étaient obligés de verser des intérêts moratoires, alors il faudrait également obliger les assureurs et la Confédération à en verser de façon analogue.</p> <p>Le cas échéant, il conviendrait de prévoir que les intérêts moratoires soient soumis aux mêmes dispositions que dans la LPGA ou, à tout le</p>

Article	Alinéa	Lettre	Évaluation	Demande	Justification
					<p>moins, que lesdits intérêts ne soient dus qu'à compter de 30 jours après l'établissement de la facture. En outre, il conviendrait de définir des délais de rappel dans ce cas.</p> <p>Ce qui va à l'encontre de l'obligation pour les cantons de verser des intérêts moratoires, c'est qu'un paiement dans les délais n'est pas possible, si les données ne sont pas livrées à temps ou si la contribution cantonale n'est pas calculée à temps en raison de la qualité insuffisante des données fournies par les assureurs à l'institution commune.</p> <p>Enfin, un intérêt moratoire de 5 % est très élevé. Les raisons justifiant un taux d'intérêt de 5 % sont insuffisantes. Le maintien d'un intérêt moratoire obligerait à examiner la possibilité de se baser sur le taux d'intérêt de référence de la BNS.</p>
II			Approbation		<p>Le délai jusqu'à l'entrée en vigueur d'EFAS est extrêmement court, notamment en raison des adaptations profondes du système imposées par EFAS dans le domaine des flux financiers et flux de données pour le versement de la contribution cantonale.</p>

## 2. Révision totale de l'OCP

D'une manière générale, la CDS approuve la proposition de révision totale de l'OCP, même si certaines adaptations s'imposent encore. Dans l'ensemble, le projet suscite plutôt l'approbation.

Les dispositions non commentées sont approuvées.

Article	Alinéa	Lettre	Évaluation	Demande	Justification
1	1		Approbation avec modification	<p><b>Complément</b></p> <p>« La présente ordonnance règle le calcul uniforme des coûts et le classement uniforme des prestations dans les hôpitaux ainsi que des prestations de soins fournies en ambulatoire ou</p>	<p>Il convient de préciser clairement que l'OCP s'applique également aux structures de jour et de nuit.</p>

Article	Alinéa	Lettre	Évaluation	Demande	Justification
				dans un établissement médico-social, <u>aussi comme structure de jour ou de nuit.</u>	
2	1		Approbation avec modification	<p><b>Complément</b></p> <p>Cet article doit être précisé : les fournisseurs de prestations exerçant dans plusieurs cantons doivent effectuer le calcul uniforme des coûts et le classement uniforme des prestations pour chaque canton séparément. L'organe de révision confirme que les sommes des coûts et des revenus présentés par canton ne dépassent pas celles de la comptabilité analytique effectivement consolidée.</p>	Il convient de préciser clairement que les organisations de soins et d'aide à domicile et les infirmières et infirmiers exerçant dans plusieurs cantons doivent établir leurs factures par canton et que ces factures par canton doivent correspondre à la comptabilité analytique effectivement consolidée.
2	1	a	Approbation avec modification	Les prestations de soins des établissements médico-sociaux doivent également être mentionnées ici.	Conformément à l'art. 25, al. 2, let. a, nLAMal, les prestations de soins sont dispensées sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social. L'OCP doit refléter les mêmes catégories.
2	1	d	Approbation avec modification	<p>Les différents domaines de prestations des soins de longue durée doivent clairement être distingués les uns des autres. Par exemple, comme suit :</p> <p>d1. de déterminer les prestations de soins et leurs coûts ainsi que les autres prestations fournies dans les établissements médico-sociaux qui sont prises en charge par l'assurance obligatoire des soins et leurs coûts ;</p> <p>d2. de déterminer les prestations de soins et leurs coûts ainsi que les autres prestations fournies par les or-</p>	Il convient d'indiquer clairement que les prestations de soins et leurs coûts doivent être déterminés individuellement pour chaque domaine de prestations.

Article	Alinéa	Lettre	Évaluation	Demande	Justification
				<p>ganisations de soins et d'aide à domicile et les infirmiers qui sont prises en charge par l'assurance obligatoire des soins et leurs coûts ;</p> <p>d3. de déterminer les prestations de soins et leurs coûts ainsi que les autres prestations fournies lors de traitements de longue durée à l'hôpital qui sont prises en charge par l'assurance obligatoire des soins et leurs coûts ;</p>	
2	1	e	Rejet	<p><b>Suppression</b></p> <p><i>« e. de déterminer les prestations de soins et leurs coûts pour chaque niveau de soins requis dans les établissements médico-sociaux et lors de traitements de longue durée à l'hôpital ; »</i></p>	<p>Les établissements médico-sociaux et les traitements de longue durée à l'hôpital tombent déjà sous le coup de la lettre d.</p> <p>Comme pour l'instant il n'est pas encore clair si la structure tarifaire pour les prestations de soins prévoira des niveaux de soins pour les établissements médico-sociaux, la teneur de la lettre d convient mieux. La lettre e peut être supprimée.</p>
3			Approbation avec modification	<p><b>Complément (nouvel article)</b></p> <p><b><u>« Établissements médico-sociaux</u></b></p> <p><i><u>Sont réputés établissements médico-sociaux, les institutions figurant sur la liste cantonale des établissements médico-sociaux au sens de l'art. 39 LAMal. »</u></i></p>	<p>L'OCP doit également définir quelles institutions sont considérées comme des établissements médico-sociaux.</p> <p>Il est par ailleurs important de mentionner les établissements médico-sociaux à l'art. 3 aussi compte tenu du fait que l'art. 4 définit comme traitements ambulatoires tous les traitements qui ne sont pas des traitements hospitaliers au sens de l'art. 3. Cela permet de préciser que les prestations de soins fournies dans les établissements médico-sociaux ne sont pas réputées traitements ambulatoires. Ainsi, l'OCP est cohérente avec l'art. 25, al. 2, let. a, nLAMal ([...] prestations de soins dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social [...]).</p>
4			Approbation avec modification	<p><b>Complément</b></p> <p><i><u>« Tous les traitements qui ne remplissent pas les exigences mentionnées à</u></i></p>	<p>Nous sommes d'accord sur le fond ; pour plus de clarté, nous suggérons toutefois qu'une phrase du rapport explicatif avec la définition fondamentale soit reprise dans l'ordonnance.</p>

Article	Alinéa	Lettre	Évaluation	Demande	Justification
				<p><u>l'art. 3 sont en principe considérés comme ambulatoires.</u></p> <p>Sont réputés traitements ambulatoires au sens de l'art. 49, al. 6, LAMal, les traitements à l'hôpital ou en maison de naissance qui ne sont pas réputés hospitaliers. Les séjours répétés dans des cliniques de jour ou de nuit sont également réputés traitement ambulatoire. Sont considérées comme des cliniques de nuit les institutions dans lesquelles l'examen, le traitement ou les soins nécessitent l'occupation d'un lit durant une ou plusieurs nuits, mais pas la présence du patient durant la journée. »</p>	
7	1		Approbation avec modification	<p><b>Modification</b></p> <p>« Sont réputés investissements au sens des art. 49, al. 7, et 50, al. 2, LAMal, les biens meubles et immeubles ainsi que les autres immobilisations nécessaires pour remplir le mandat de prestations au sens de l'art. 39, al. 1, let. e, LAMal, ou pour dispenser les prestations de soins <u>dans les établissements médico-sociaux ou</u> à domicile. »</p>	Les établissements médico-sociaux ne figurent pas dans le projet. Il convient de les mentionner également.
8			Approbation avec modification	<p><b>Complément ou précision</b></p> <p>Une valeur seuil doit être définie pour le nombre d'heures facturées par année à partir de laquelle il existe une obligation de présenter une comptabilité analytique.</p>	Une obligation généralisée de tenir une comptabilité analytique pour les infirmières et infirmiers indépendants ainsi que pour les toute petites organisations de soins et d'aide à domicile également n'est pas réaliste. Certains fournisseurs de prestations ne totalisent qu'un très petit volume horaire de prestations OPAS et la fluctuation est par ailleurs considérable (entrées et sorties du marché).

Article	Alinéa	Lettre	Évaluation	Demande	Justification
				Les exigences envers la comptabilité analytique pour les infirmières et infirmiers doivent par ailleurs être définies séparément.	<p>C'est pourquoi il convient de définir une valeur seuil à partir de laquelle seulement l'obligation de tenir une comptabilité analytique s'applique.</p> <p>Conformément à l'art. 59f, al. 1<sup>bis</sup>, P-OAMal, les infirmières et infirmiers ne doivent pas « ventiler » les coûts. Il convient d'en tenir compte dans l'OCP également.</p>
8	4		Rejet	<p><b>Modification</b></p> <p>En ce qui concerne l'al. 4, nous demandons soit que l'alinéa attribue la compétence décisionnelle à l'organisation chargée des structures tarifaires, soit que l'OFSP/le DFI rende les solutions de branche contraignantes et édicte des dispositions concernant les coûts imputables/économiques.</p>	<p>Les solutions de branche évoquées dans le rapport explicatif pour les établissements médico-sociaux (manuel de comptabilité analytique et de statistique des prestations de CURAVIVA Suisse), pour les organisations de soins et d'aide à domicile (manuel Finances de l'association Aide et soins à domicile Suisse) et pour les infirmières et infirmiers indépendants (manuel Finances simplifié ; cf. canton d'AG) devraient être contraignantes à l'échelle nationale. En ce qui concerne l'al. 4, nous ne comprenons donc pas pourquoi le DFI devrait édicter des dispositions supplémentaires alors que les données de coûts et de prestations détaillées devant être soumises par les fournisseurs de prestations sont en réalité définies par l'organisation chargée des structures tarifaires pour les prestations de soins (risque de dilution des responsabilités).</p> <p>Outre les solutions de branche évoquées, il convient que soit l'OFSP (dans l'ordonnance) soit l'organisation chargée des structures tarifaires définisse quelles charges d'exploitation liées à la fourniture des prestations sont considérées comme économiques et imputables (p. ex. rémunérations des membres de la direction, dépenses en matière de marketing ; concrétisation de l'art. 46, al. 4, LAMal en rel. avec l'art. 59c, al. 1, lit. a et b, OAMal). De telles prescriptions sont indispensables, sous peine de poursuites judiciaires concernant l'imputabilité de coûts pour les nouveaux tarifs des soins. Il convient par ailleurs de définir les immobilisations réputées nécessaires à l'exploitation selon l'art. 11, al. 3.</p>

Article	Alinéa	Lettre	Évaluation	Demande	Justification
9			Approbation avec modification	<p><b>Complément ou précision</b></p> <p>Pour les infirmières et infirmiers, une valeur seuil doit être définie pour le nombre d'heures facturées par année à partir de laquelle il existe une obligation de présenter une comptabilité financière.</p> <p>À titre subsidiaire, les infirmières et infirmiers doivent être libérés de l'obligation de tenir une comptabilité financière.</p>	<p>Une obligation généralisée de tenir une comptabilité financière pour les infirmières et infirmiers indépendants n'est pas réaliste. Certains fournisseurs de prestations ne totalisent qu'un très petit volume horaire de prestations OPAS et la fluctuation est par ailleurs considérable (entrées et sorties du marché).</p> <p>C'est pourquoi il convient de définir une valeur seuil à partir de laquelle seulement l'obligation de tenir une comptabilité financière s'applique.</p>
11	3		Rejet	<p><b>Modification</b></p> <p>Le renvoi au mandat de prestations n'est pas adéquat pour les organisations de soins et d'aide à domicile, et il convient de trouver une autre définition pour les « immobilisations nécessaires à l'exploitation ».</p>	<p>Dans de nombreux cas, les mandats de prestations applicables aux organisations de soins et d'aide à domicile (art. 36a, al. 3, LAMal) ne précisent que les prestations de formation requises.</p>
11	5		Approbation avec modification	<p><b>Modification</b></p> <p>« Les intérêts calculatoires des immobilisations nécessaires pour la fourniture des prestations selon la LAMal sont calculés selon la méthode de la valeur moyenne. Le taux d'intérêt est de 2,9 %. <u>Il est réexaminé périodiquement.</u> »</p>	<p>Il est important que le taux des intérêts calculatoires soit régulièrement réexaminé et, le cas échéant, adapté. La dernière phrase de l'actuel art. 10a, al. 4, OCP ne doit ainsi pas être supprimée.</p>
12	5		Approbation avec modification	<p><b>Modification</b></p> <p>« La statistique des prestations des établissements médico-sociaux doit comprendre notamment la description des prestations, les journées de sé-</p>	<p>Du point de vue des agents payeurs et de la surveillance, nous saluerions vivement si les établissements médico-sociaux saisissaient les prestations qui ont été effectivement fournies. Ceci ne doit toutefois être exigé que si un instrument correspondant est trouvé qui permette</p>

Article	Alinéa	Lettre	Évaluation	Demande	Justification
				<p>jour, <u>et</u> les journées de soins par niveau de soins requis et la durée des soins différenciés selon les prestations des soins de base, des examens et des traitements ainsi que de l'évaluation, des conseils et de la coordination. <u>L'organisation chargée des structures tarifaires peut par ailleurs prévoir de différencier également la durée des soins selon les prestations des soins de base, des examens et des traitements ainsi que de l'évaluation, des conseils et de la coordination.</u></p>	<p>une telle saisie moyennant une faible charge administrative supplémentaire. Une éventuelle saisie doit par ailleurs être effectuée de manière pragmatique et avec discernement.</p> <p>Dans un contexte de pénurie croissante du personnel au niveau des soins de longue durée, nous ne pouvons pas nous permettre d'imposer au personnel soignant d'importantes tâches administratives additionnelles.</p>
12	6		Approbation avec modification	<p><b>Modification</b></p> <p>« La statistique des prestations des organisations de soins et d'aide à domicile ainsi que des infirmiers doit comprendre notamment la description des prestations, le temps de soins requis et la durée des soins différenciés selon les prestations des soins de base, des examens et des traitements ainsi que de l'évaluation, des conseils et de la coordination <u>et les positions tarifaires.</u></p>	<p>Les positions tarifaires doivent aussi être saisies dans la statistique des prestations, afin d'inclure les prestations spéciales définies par le Forum Datenaustausch (p. ex. proches aidants).</p> <p>À titre subsidiaire, l'OFSP doit apporter, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2028 déjà, d'autres précisions sur la base de l'al. 7.</p>

### 3. Modifications de l'OPAS

En ce qui concerne les propositions de modifications de l'OPAS, la CDS estime que différents passages doivent être adaptés. Dans l'ensemble, la CDS se prononce donc plutôt en faveur d'un rejet du présent projet.

Les dispositions non commentées sont approuvées.

Article	Alinéa	Lettre	Évaluation	Demande	Justification
Avant 7			Approbation avec modification	<b>Adaptation titre Section 3</b> « Section 3 <i>Soins ambulatoires ou dispensés dans un établissement médico-social Prestations de soins fournies de manière ambulatoire ou dans un établissement médico-social</i>	Cohérence terminologique.
8b	1		Approbation avec modification	<b>Modification</b> Cet alinéa doit être adapté de telle sorte que des versions spécifiques à l'environnement qui appartiennent à la même famille d'instruments (p. ex. la version « mental health ») puissent également être utilisées. La décision correspondante doit pouvoir être prise par l'organisation chargée des structures tarifaires.	
8b	3		Approbation avec modification	<b>Modification et complément</b> « Chaque instrument remplit les conditions suivantes : a. il délimite les prestations visées à l'art. 7, al. 2, des autres prestations ; <del>b. il distingue au moins entre les différents besoins en prestations au sens de l'art. 7, al. 2, let. a, b et c ;</del>	Actuellement, le niveau de soins visé à l'art. 7a, al. 3, OPAS, et donc le montant du financement, résulte de l'évaluation des soins requis dans les établissements médico-sociaux. Une évaluation des soins requis devrait être effectuée même si l'organisation chargée des structures tarifaires décidait qu'à l'avenir, ce sont les prestations effectivement fournies qui déterminent le financement ; l'OFSP l'a souligné lors de l'échange du 6 mai 2025. Afin que le résultat de l'évaluation des soins requis puisse servir de base à l'examen des critères EAE, son résultat doit être cohérent avec la facturation et la

Article	Alinéa	Lettre	Évaluation	Demande	Justification
				<p><i>c. il indique le temps nécessaire prévu pour couvrir le besoin en soins;</i></p> <p><i>b. il fournit les informations requises pour répondre aux exigences définies dans la structure tarifaire.</i></p> <p><i>d. c. il permet de saisir les données relatives aux indicateurs de qualité médicaux visés à l'art. 59a, al. 1, let. f, LAMal, grâce à des données de routine collectées lors de l'évaluation.</i></p> <p><i>d. il tient compte de manière adéquate des prestations de soins spécialisées, des prestations de soins pour les personnes qui souffrent de maladies complexes ainsi que des prestations de soins dispensées dans différents contextes de prise en charge, notamment dans le domaine des soins palliatifs, des soins gériatriques, des soins aux personnes atteintes de démence, des soins psychiatriques et des soins aux enfants.</i></p>	<p>structure tarifaire. Étant donné que la structure tarifaire n'a pas encore été définie, il convient de remplacer les lettres <i>b</i> et <i>c</i> par une nouvelle lettre <i>b</i>.</p> <p>Nous précisons par ailleurs que, du point de vue des agents payeurs et dans l'optique d'une meilleure surveillance de police sanitaire, nous serions favorables à ce que l'instrument doive indiquer les prestations de soins requises visées à l'art. 7, al. 2, let. <i>a</i>, <i>b</i> et <i>c</i>. Néanmoins, nous aimerions souligner que l'instrument RAI LTCF n'est à ce jour pas en mesure d'assurer cette différenciation. Une adaptation correspondante irait à notre sens à l'encontre de la logique actuelle de RAI, car le catalogue des prestations devrait être enregistré en arrière-plan de l'instrument et le classement ne serait plus effectué exclusivement en fonction des RUG, mais aussi sur la base du catalogue des prestations. Une telle modification devrait faire l'objet d'un examen critique, sachant que l'évaluation positive de RAI Nursing Home effectuée par les cantons reposait notamment sur le fait qu'ils considéraient la classification par RAI comme peu manipulable.</p> <p>Il faut en outre que l'instrument tienne compte de manière adéquate des soins spécialisés (p. ex. soins des plaies), des soins dispensés aux personnes qui souffrent de maladies complexes (art. 33, al. 2<sup>bis</sup>, nLAMal) et des soins dans des environnements spéciaux. Cela n'est pas le cas aujourd'hui pour RAI-RUG et BESA, du moins au niveau des soins palliatifs en fin de vie, comme l'a indiqué une analyse de 2018 effectuée sur mandat de la CDS et de Curaviva. Il est essentiel que les soins spécialisés soient reflétés de manière adéquate, étant donné que ces prestations sont jusqu'ici très largement financées par l'intermédiaire du financement résiduel.</p> <p>Une représentation adéquate est également importante en vue de l'entrée en vigueur de l'art. 33, al. 2<sup>bis</sup>, nLAMal.</p>

Article	Alinéa	Lettre	Évaluation	Demande	Justification
				<u>e. il tient compte des diagnostics infirmiers. »</u>	En saisissant et établissant de manière structurée le besoin individuel en soins, les diagnostics infirmiers constituent le fondement technique pour une planification des soins systématique, transparente et fondée sur des données probantes. Ils sont en même temps essentiels pour une tarification liée aux prestations et pour garantir et évaluer la qualité des soins, étant donné qu'ils permettent de comprendre, mesurer et comparer les prestations de soins. C'est pourquoi l'instrument doit aussi tenir compte des diagnostics infirmiers.
8b	3		Approbation avec modification	<b>Complément (nouvel alinéa)</b> <u>« L'organisation chargée des structures tarifaires pour les prestations de soins au sens de l'art. 47a désigne les instruments visés à l'al. 1 et d'autres modalités. »</u>	D'une manière générale, l'OFSP attribue également d'autres droits et tâches essentiels à l'organisation chargée des structures tarifaires (p. ex. définition des données de coûts et de prestations pour l'élaboration et le développement de la structure tarifaire). En ce qui concerne l'instrument d'évaluation des soins requis, l'OFSP déduit que « les règles liées à la collecte des données pour l'élaboration, la maintenance [...] désignées par l'organisation tarifaire peuvent donc, de fait, également valoir pour l'instrument unique utilisé pour l'évaluation des soins requis, même si ce dernier n'est en principe pas défini par l'organisation tarifaire. » (rapport explicatif, p. 27). Bien que cette argumentation soit compréhensible, elle laisse une certaine marge d'interprétation. Cette dernière permettrait de remettre en question la légitimité d'une décision prise par l'organisation chargée des structures tarifaires en faveur ou défaveur d'un instrument d'évaluation des soins requis, ce qui pourrait engendrer des retards. Une réglementation claire quant à la marge de manœuvre de l'organisation serait donc souhaitable, tout comme une définition précise de ce qui doit être soumis pour approbation au Conseil fédéral en sa qualité d'autorité d'approbation.
Dispositions transitoires			Approbation avec modification	<b>Modification et complément</b> <u>« L'organisation chargée des structures tarifaires pour les prestations de soins désigne les instruments d'évaluation des soins requis visés à</u>	Il convient de fixer dans les dispositions transitoires la date limite jusqu'à laquelle l'organisation chargée des structures tarifaires doit désigner les instruments uniques, tout comme leur désignation subsidiaire par le Conseil fédéral.

Article	Alinéa	Lettre	Évaluation	Demande	Justification
				<p><u>l'art. 8b d'ici au 1<sup>er</sup> avril 2028, à défaut de quoi le Conseil fédéral les désigne d'ici au 1<sup>er</sup> juin 2028.</u></p> <p><u>Les versions actualisées des instruments d'évaluation des soins requis visés à l'art. 8b doivent être disponibles à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2030.</u></p> <p>Les fournisseurs de prestations doivent utiliser les instruments d'évaluation des soins requis visés à l'art. 8b le 1<sup>er</sup> janvier 2032 au plus tard. »</p>	<p>La CDS part du principe qu'au moins l'instrument pour les établissements médico-sociaux doit être adapté, afin que, sous EFAS, le besoin puisse être reflété en adéquation avec la structure tarifaire.</p> <p>Dans l'ordonnance, il convient de préciser jusqu'à quand les adaptations doivent être effectuées : les versions adaptées des instruments doivent être prêtes d'ici le 1<sup>er</sup> janvier 2030, afin de disposer de suffisamment de temps pour les introduire.</p>