

# **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 24 juin 2009**

---

*Le Département fédéral de l'intérieur*

*arrête:*

I

L'ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins<sup>1</sup> est modifiée comme suit:

*Art. 4, phrase introductive et let. e*

L'assurance prend en charge les analyses, les médicaments, les moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques, les examens par imagerie ainsi que les prestations de physiothérapie, prescrits par les chiropraticiens, qui suivent:

- e. prestations de physiothérapie selon l'art. 5.

*Art. 5, al. 1, phrase introductive*

<sup>1</sup> Les prestations suivantes des physiothérapeutes, au sens des art. 46 et 47 OAMal ou des organisations, au sens de l'art. 52a OAMal, sont prises en charge lorsqu'elles sont fournies sur prescription médicale et dans le cadre du traitement de maladies musculosquelettiques ou neuromusculaires ou des systèmes des organes internes et des vaisseaux, pour autant que la physiothérapie permette de les traiter:

*Titre précédant l'art. 7*

## **Section 3**

### **Soins ambulatoires ou dispensés dans un établissement médico-social**

*Art. 7, al. 1, 2<sup>er</sup> et 3*

<sup>1</sup> Les prestations au sens de l'art. 33, let. b, OAMal comprennent les examens, les traitements et les soins effectués selon l'évaluation des soins requis selon l'al. 2, let. a, et selon l'art. 8 sur prescription médicale ou sur mandat médical par des:

- a. infirmiers et infirmières (art. 49 OAMal);
- b. organisations de soins et d'aide à domicile (art. 51 OAMal);

<sup>1</sup> RS 832.112.31

- c. établissements médico-sociaux (art. 39, al. 3, de la LF du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, LAMal<sup>2</sup>).

<sup>2</sup>ter Les prestations peuvent être fournies de manière ambulatoire ou dans un établissement médico-social. Elles peuvent également être fournies exclusivement pendant le jour ou la nuit.

<sup>3</sup> Sont réputées prestations de soins aigus et de transition au sens de l'art. 25a, al. 2, LAMal, les prestations mentionnées à l'al. 2, fournies par des personnes ou institutions au sens de l'al. 1, let. a à c, selon l'évaluation des soins requis prévue à l'al. 2, let. a, et à l'art. 8, après un séjour hospitalier et sur prescription d'un médecin de l'hôpital.

#### *Art. 7a* Montants

<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: 79 fr. 80;
- b. pour les prestations définies à l'art. 7, al. 2, let. b: 65 fr. 40;
- c. pour les prestations définies à l'art. 7, al. 2, let. c: 54 fr. 60.

<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 francs;
- b. de 21 à 40 minutes de soins requis: 18 francs;
- c. de 41 à 60 minutes de soins requis: 27 francs;
- d. de 61 à 80 minutes de soins requis: 36 francs;
- e. de 81 à 100 minutes de soins requis: 45 francs;
- f. de 101 à 120 minutes de soins requis: 54 francs;
- g. de 121 à 140 minutes de soins requis: 63 francs;
- h. de 141 à 160 minutes de soins requis: 72 francs;
- i. de 161 à 180 minutes de soins requis: 81 francs;
- j. de 181 à 200 minutes de soins requis: 90 francs;
- k. de 201 à 220 minutes de soins requis: 99 francs;
- l. plus de 220 minutes de soins requis: 108 francs.

<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. 7b*           Prise en charge des soins aigus et de transition

<sup>1</sup> Le canton de résidence et les assureurs prennent en charge les coûts des prestations de soins aigus et de transition, selon leur part respective. Le canton de résidence fixe pour chaque année civile, au plus tard neuf mois avant le début de l'année civile, la part cantonale pour les habitants du canton. Celle-ci se monte à 55 % au moins.

<sup>2</sup> Le canton de résidence verse sa part de la rémunération directement au fournisseur de prestations. Les modalités sont convenues entre le fournisseur de prestations et le canton de résidence. L'assureur et le canton de résidence peuvent convenir que le canton paie sa part à l'assureur et que ce dernier verse les deux parts au fournisseur de prestations. La facturation entre le fournisseur de prestations et l'assureur est réglée à l'art. 42 LAMal<sup>3</sup>.

*Art. 8, al. 3<sup>bis</sup>, 4, 6 et 7*

<sup>3bis</sup> L'évaluation des soins aigus et de transition requis se fonde sur des critères uniformes. Les résultats sont inscrits sur un formulaire unique.

<sup>4</sup> L'évaluation des soins requis dans les établissements médico-sociaux se fonde sur des besoins en soins requis (art. 9, al. 2). Le besoin en soins requis déterminé par le médecin tient lieu d'ordonnance ou de mandat médical.

<sup>6</sup> La durée de la prescription ou du mandat médical ne peut dépasser:

- a. trois mois lorsque le patient est atteint d'une maladie aiguë;
- b. six mois lorsque le patient est atteint d'une maladie de longue durée;
- c. deux semaines lorsque le patient nécessite des soins aigus et de transition.

<sup>7</sup> La prescription ou le mandat médical, selon l'al. 6, let. a et b, peuvent être renouvelés.

*Art. 8a*           Procédure de contrôle et de conciliation

<sup>1</sup> Les fournisseurs de prestations au sens de l'art. 7, al. 1, let. a et b, et les assureurs conviennent d'une procédure de contrôle et de conciliation commune pour les soins ambulatoires prodigués.

<sup>2</sup> A défaut de convention, le gouvernement cantonal fixe, après avoir entendu les parties, la procédure de contrôle et de conciliation prévue à l'al. 1.

<sup>3</sup> La procédure sert à vérifier le bien-fondé de l'évaluation des soins requis et à contrôler l'adéquation et le caractère économique des prestations. Les prescriptions ou les mandats médicaux peuvent être examinés par le médecin-conseil (art. 57 LAMal<sup>4</sup>) lorsqu'ils prévoient plus de 60 heures de soins par trimestre. Lorsqu'ils prévoient moins de 60 heures de soins par trimestre, ils sont examinés par sondages.

*Art. 9* Facturation

<sup>1</sup> Les prestations définies à l'art. 7, al. 2, qui sont fournies par des infirmiers ou des infirmières ou par des organisations d'aide et de soins à domicile doivent être facturées selon leur nature.

<sup>2</sup> Les prestations définies à l'art. 7, al. 2, qui sont fournies dans des établissements médico-sociaux doivent être facturées selon le besoin en soins requis.

*Art. 9a*

*Abrogé*

II

<sup>1</sup> La présente modification entre en vigueur, sous réserve de l'al. 2, le 1<sup>er</sup> juillet 2010.

<sup>2</sup> L'art. 5, al. 1, entre en vigueur le 1<sup>er</sup> août 2009.

24 juin 2009

Département fédéral de l'intérieur:  
Pascal Couchepin