



Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration
Office de la santé

Rathausplatz 1
Case postale
3000 Berne 8
+41 31 633 79 65
info.ga@be.ch
www.be.ch/dssi

DSSI-ODS, Rathausplatz 1, case postale, 3000 Berne 8

Aux établissements médico-sociaux (EMS)
du canton de Berne

Berne, le 15 décembre 2025

Financement des soins et coûts plafonds en 2026

Mesdames, Messieurs,

Par la présente, l'Office de la santé du canton de Berne (ODS) vous informe des changements prévus en 2026 dans le cadre du financement des soins.

1. Composition des frais 2026

Un plafond uniforme des coûts, applicable à l'ensemble des pensionnaires et déterminant pour le calcul des prestations complémentaires (PC), est fixé pour l'hôtellerie, la prise en charge et l'infrastructure. Il s'élève à 180.55 francs en 2026, conformément à l'ordonnance du 16 septembre 2009 portant introduction de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (OJ LPC ; RSB 841.311) (voir annexe 1).

1.1 Hôtellerie et prise en charge

Un montant unique de 113.95 francs a été fixé pour l'hôtellerie et de 32.60 francs pour la prise en charge, indépendamment du degré de soins. Il comprend les repas, le nettoyage des chambres ainsi que l'entretien du linge des pensionnaires.

1.2 Infrastructure

La participation aux frais d'infrastructure s'élève à 34.00 francs par jour et par personne.

1.2.1 Forfaits d'infrastructure

Les EMS doivent pouvoir attester les recettes cumulées liées aux forfaits d'infrastructure, leur utilisation et le solde en toute transparence au 31 décembre 2026. Pour cela, il convient de tenir compte des règles

de présentation des comptes en vigueur selon Swiss GAAP RPC. Les établissements soumis à la norme RPC 21 doivent constituer un fonds affecté ; ceux qui ne le sont pas doivent inscrire un engagement conditionnel dans l'annexe aux comptes annuels en cas de solde positif. Pour toute question, veuillez vous adresser à l'organe de révision compétent pour votre établissement.

1.3 Soins

Le coût des soins dépend des besoins et augmente de manière linéaire avec chaque degré (voir annexe 2). La participation de la personne résidente est inférieure à 23 francs jusqu'au degré 2. À partir du degré 3, elle est fixée de manière uniforme à 23 francs. À l'exception des degrés inférieurs, le plafond est donc le même pour l'ensemble des pensionnaires. Le coût des soins qui n'est couvert ni par les caisses-maladie ni par les résidentes et les résidents ou les PC est pris en charge par le canton au moyen de subventions d'exploitation.

2. Modalités de paiement

Le décompte du financement résiduel des soins se fait mensuellement, par voie électronique, via la plateforme de traitement électronique des factures. Le montant doit être saisi au plus tard le **15 du mois suivant**. Lorsqu'un degré de soins n'est pas encore défini, il peut être intégré dans le décompte le mois suivant ou dès qu'il a été attribué.

Les extournes saisies sur la plateforme qui entraînent un remboursement ou une facturation sont établies d'ici la fin du mois et envoyées avant le milieu du mois suivant.

Il convient d'observer les points suivants :

- Les pensionnaires des degrés de soins 0 à 2 (inclus) doivent également être saisis dans le décompte destiné au canton, même si ces prestations n'entraînent pas de financement résiduel des soins par ce dernier.
- Aucune contribution aux soins n'est versée pour les séjours à l'hôpital ou pendant les vacances.
- Le financement résiduel ne concerne que les prestations relevant de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10). Si les frais de séjour sont pris en charge par une autre assurance sociale (accident ou invalidité), le canton ne verse pas de contribution aux soins et il convient de facturer le tout à l'assurance.

3. Pensionnaires d'autres cantons

Il convient de régler complètement le financement du séjour des personnes résidant hors du canton de Berne, directement avec elles ou avec leur canton de domicile légal.

Nous vous prions de bien vouloir observer ces règles pour les personnes en provenance d'un autre canton. Selon la manière dont celui-ci applique la réglementation, des déficits de financement peuvent en résulter.

4. Facturation aux résidentes et résidents

Par souci de transparence, les EMS fournissent un relevé des frais à leurs pensionnaires (sur la facture ou en annexe). Celui-ci comporte

- le total des coûts,
- la part de l'assurance-maladie, de l'assurance-accidents ou de l'assurance-invalidité,
- la part du canton,
- la part de la personne résidente (subdivisée entre hôtellerie et soins).

En vous remerciant de votre engagement, nous vous présentons, Mesdames, Messieurs, nos salutations distinguées.

Office de la santé



Philipp Banz
Chef d'office

Annexe 1

Degré de soins	Maximum PC 2026 = dépenses maximales imputables par jour selon l'article 3, alinéa 1 Oi LPC
0	180.55
1	182.80
2	196.90
3	203.55
4	203.55
5	203.55
6	203.55
7	203.55
8	203.55
9	203.55
10	203.55
11	203.55
12	203.55

Annexe 2

Degré de soins	Coûts normatifs des soins	Contribution de l'assurance-maladie	Participation des pensionnaires ou financement par les PC (art. 3 Oi LPC)	Financement résiduel des soins par le canton (art. 15 OPASoc ¹)
0	0.00	0.00	0.00	0.00
1	11.85	9.60	2.25	0.00
2	35.55	19.20	16.35	0.00
3	59.25	28.80	23.00	7.45
4	82.95	38.40	23.00	21.55
5	106.65	48.00	23.00	35.65
6	130.35	57.60	23.00	49.75
7	154.05	67.20	23.00	63.85
8	177.75	76.80	23.00	77.95
9	201.45	86.40	23.00	92.05
10	225.15	96.00	23.00	106.15
11	248.85	105.60	23.00	120.25
12	272.55	115.20	23.00	134.35

¹ Ordonnance sur les programmes d'action sociale (RSB 860.21)