

9
juillet
2018

Règlement sur le financement résiduel des soins en cas de maladie (RFRS)

État au
1^{er} juillet 2018

Le Conseil d'État de la République et Canton de Neuchâtel,

vu la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), du 18 mars 1994¹⁾ ;

vu l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal), du 27 juin 1995²⁾ ;

vu l'ordonnance du Département fédéral de l'intérieur (DFI) sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS), du 29 septembre 1995 ;

vu la loi de santé (LS), du 6 février 1995³⁾ ;

vu la loi sur le financement des établissements médico-sociaux (LFinEMS), du 28 septembre 2010⁴⁾ ;

sur la proposition du conseiller d'État, chef du Département des finances et de la santé,

arrête :

CHAPITRE PREMIER

Généralités

- But** **Article premier** Le présent règlement a pour but de mettre en œuvre le financement des soins prévu par l'article 25a LAMal.
- Champ d'application** **Art. 2** ¹Le présent règlement s'applique aux :
- a) prestations de soins de longue durée, y compris l'accueil de jour et de nuit ;
 - b) soins aigus et de transition.
- ²Ces prestations peuvent être fournies par :
- a) les établissements médico-sociaux (EMS) ;
 - b) les organisations d'aide et de soins à domicile ;
 - c) les infirmières et les infirmiers indépendants.
- Renseignements** **Art. 3** Les fournisseurs de prestations au sens de l'article 2, alinéa 2, doivent fournir au service de la santé publique (SCSP) toutes les données comptables et statistiques nécessaires à l'application du présent règlement.

FO 2018 N° 28

¹⁾ RS 832.10

²⁾ RS 832.102

³⁾ RSN 800.1

⁴⁾ RSN 832.30

CHAPITRE 2**Financement des soins de longue durée***Section 1 : Établissements médico-sociaux (EMS)*

Méthode
d'évaluation de la
charge en soins

Art. 4 La méthode d'évaluation de la charge en soins est définie à l'article 34 du règlement sur l'autorisation d'exploitation et la surveillance des institutions (RASI), du 21 août 2002⁵⁾.

Part du
résident

Art. 5 ¹En cas de séjour dans un EMS admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, la part du coût des soins de longue durée incombant au résident correspond à la différence entre le coût du niveau de soins requis fixé par le Conseil d'État et la part de ce coût qui est prise en charge par l'assurance obligatoire des soins, dans les limites fixées par le droit fédéral.

²La part du résident n'est due que si les prestations de soins sont admises par l'assureur-maladie conformément aux principes de l'assurance obligatoire des soins.

³Le résident est le débiteur de la part définie à l'alinéa 1.

Part cantonale
a) conditions

Art. 6 ¹La part du coût des soins qui n'est pas prise en charge par l'assurance obligatoire des soins ou par le résident incombe à l'État (part cantonale), selon l'article 7.

²La part cantonale n'est due que pour les résidents ayant leur domicile dans le Canton de Neuchâtel.

³La part cantonale n'est versée que si les prestations de soins sont admises par l'assureur-maladie conformément aux principes de l'assurance obligatoire des soins et que si elles ont été dispensées dans les limites fixées par l'autorisation d'exploiter de l'EMS.

b) fixation

Art. 7 ¹Le Conseil d'État fixe chaque année, par voie d'arrêté, la part à charge du résident et la part cantonale au sens de l'article 8, alinéa 4 LFinEMS.

²La participation cantonale est versée sur la base de seize niveaux de soins, la classe 12 OPAS étant divisée en cinq niveaux selon les modalités suivantes :

Niveau 12a (12)	de 221 minutes à 240 minutes de soins requis
Niveau 12b (13)	de 241 minutes à 260 minutes de soins requis
Niveau 12c (14)	de 261 minutes à 280 minutes de soins requis
Niveau 12d (15)	de 281 minutes à 300 minutes de soins requis
Niveau 12e (16)	plus de 300 minutes de soins requis

³La part cantonale pour le niveau 16 est versée sur la base des minutes de soins requises effectives de chaque résident.

⁴L'application par les EMS des CCT Santé21 donne droit à une majoration de la part cantonale. L'application de conditions générales de travail (CGT) émises par une association professionnelle et reconnues par le Département des finances et de la santé (DFS) donne également droit à une majoration de

⁵⁾ RSN 800.100.01

la part cantonale, cette dernière étant toutefois inférieure à celle due à l'application des CCT Santé21.

Accord transactionnel

Art. 8 ¹Les conséquences financières résultant pour les EMS de l'application obligatoire des accords transactionnels réglant le financement des temps de communication au sujet du bénéficiaire (CSB) sont compensées par l'État de Neuchâtel, sous réserve des EMS présentant des résultats financiers bénéficiaires sur les soins.

²Le DFS définit les modalités du versement des montants compensatoires.

³Les dispositions contenues dans les accords transactionnels n'engagent pas l'État de Neuchâtel en dehors de leur champ d'application.

Accueil de jour et de nuit

Art. 9 ¹Le financement des prestations d'accueil de jour et de nuit est réglé selon les articles 6 et 7.

²Aucune participation au coût des soins en accueil de jour et de nuit n'est facturée au bénéficiaire.

Contrôle

Art. 10 Le SCSP effectue les contrôles et procède aux versements des montants dus aux EMS. Il peut déléguer le contrôle à une entité externe.

Section 2 : Organisations d'aide et de soins à domicile

Répartition de coûts

Art. 11 En cas de soins de longue durée prodigués par les organisations d'aide et de soins à domicile reconnues au sens de l'article 51 OAMal, et qui sont admises à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, la part du coût des soins qui n'est pas prise en charge par l'assureur-maladie incombe à l'État (part cantonale), selon l'article 7.

Fixation de la part cantonale
a) principe

Art. 12 ¹Le Conseil d'État fixe, annuellement par voie d'arrêté, la part cantonale au sens de l'article 11.

²La part cantonale est fixée pour chaque prestation selon l'article 7, alinéa 2 OPAS.

³L'application par les organisations d'aide et de soins à domicile des CCT Santé21 donne droit à une majoration de la part cantonale. L'application de conditions générales de travail (CGT) émises par une association professionnelle et reconnues par le DFS donne également droit à une majoration de la part cantonale, cette dernière étant toutefois inférieure à celle due à l'application des CCT Santé21.

b) restrictions

Art. 13 ¹La part cantonale n'est versée que si les prestations de soins sont admises par l'assureur-maladie conformément aux principes de l'assurance obligatoire des soins et que si elles ont été dispensées dans les limites fixées par l'autorisation d'exploiter de l'organisation d'aide et de soins à domicile.

²La part cantonale n'est due que pour les clients ayant leur domicile dans le Canton de Neuchâtel.

³Le DFS définit les modalités du versement de la part cantonale.

Section 3 : Infirmières et infirmiers indépendants

- En général **Art. 14** En cas de soins de longue durée prodigués par des infirmières ou des infirmiers indépendants autorisés à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins selon l'article 49 OAMal, la part du coût des soins qui n'est pas prise en charge par l'assurance-maladie incombe à l'État (part cantonale), selon l'article 7.
- Part cantonale
a) fixation **Art. 15** ¹Le Conseil d'État fixe, annuellement par voie d'arrêté, la part cantonale au sens de l'article 14.
²La part cantonale est fixée pour chaque prestation selon l'article 7, alinéa 2 OPAS.
- b) restrictions **Art. 16** ¹La part cantonale n'est versée que si les prestations de soins sont admises par l'assureur-maladie conformément aux principes de l'assurance obligatoire des soins.
²La part cantonale n'est due que pour les clients ayant leur domicile dans le Canton de Neuchâtel.
³Le DFS définit les modalités du versement de la part cantonale.

Section 4 : Prise en charge coordonnée des soins

- Principe **Art. 17** ¹Chaque prestataire fournit en principe la totalité des prestations délivrées sur la base d'un mandat médical.
²En cas de prise en charge partagée ou de délégation de prestations, les différents prestataires veillent à se coordonner afin d'assurer la continuité des soins et en règlent les modalités par convention écrite.
- Conventions **Art. 18** Les conventions contiennent a minima :
- la désignation du prestataire responsable du mandat médical et de la coordination des prestations ;
- la description du processus de délégation ;
- les modalités de coordination en cas de prise en charge partagée ;
- les modalités d'information aux clients concernant les prises en charge partagées ou la délégation de prestations.
- Obligations **Art. 19** ¹Les conventions signées sont transmises au SCSP à leur signature puis à chaque modification.
²Les prestataires qui ne sont pas concernés par des prises en charge partagées ou par des délégations de prestations en informent le SCSP en confirmant leur prise en charge globale des mandats médicaux.

CHAPITRE 3

Financement des soins aigus et de transition

Définition

Art. 20 ¹Les soins aigus et de transition au sens de l'article 25a, alinéa 2 LAMal peuvent être prescrits par des médecins d'hôpitaux si les conditions suivantes sont remplies de manière cumulative :

- a) les problèmes de santé aigus sont connus et stabilisés, de sorte que des prestations diagnostiques et thérapeutiques dans un hôpital de soins aigus ne sont plus nécessaires ;
- b) la patiente ou le patient a besoin d'un encadrement professionnel qualifié, en particulier par du personnel soignant ;
- c) un séjour dans une clinique de réadaptation n'est pas indiqué ;
- d) un séjour dans une unité de gériatrie d'un hôpital n'est pas indiqué ;
- e) les soins aigus et de transition ont pour objectif l'augmentation de la compétence de prendre soin de soi-même afin que la patiente ou le patient puisse de nouveau exploiter, dans son environnement habituel, les aptitudes et possibilités disponibles avant le séjour hospitalier ;
- f) un plan de soins avec les mesures en vue d'atteindre les objectifs conformes à la lettre e est établi.

²L'encadrement ainsi que les traitements médicaux, thérapeutiques ou psychosociaux ne font pas partie des soins aigus et de transition.

En général

Art. 21 Les soins aigus et de transition peuvent être prodigués par les fournisseurs de prestations suivants :

- a) NOMAD et les autres organisations d'aide et de soins à domicile au sens de l'article 11 ;
- b) les infirmières et les infirmiers indépendants au sens de l'article 14 ;
- c) les EMS d'accueil temporaire ainsi que les autres EMS pour leur unité d'accueil temporaire ;
- d) les EMS admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins, pour leurs résidents qui réintègrent l'établissement après un séjour hospitalier.

Part cantonale
a) fixation

Art. 22 Le Conseil d'État fixe chaque année, par voie d'arrêté, la participation de l'État à la prise en charge des soins aigus et de transition (part cantonale).

b) restrictions

Art. 23 ¹La part cantonale n'est versée que si les prestations de soins sont admises par l'assureur-maladie conformément aux principes de l'assurance obligatoire des soins et que si elles ont été dispensées dans les limites fixées par l'autorisation d'exploiter ou de pratiquer.

²La part cantonale n'est due que pour les clients ou les résidents ayant leur domicile dans le Canton de Neuchâtel.

³Le DFS définit les modalités du versement de la part cantonale.

CHAPITRE 4

Soins fournis hors canton

Principe

Art. 24 ¹Pour la personne domiciliée dans le canton mais recevant des soins de longue durée ou des soins aigus ou de transition au sens du présent règlement en dehors du territoire neuchâtelois, le coût total des soins se calcule conformément à la législation du canton dans lequel ces soins sont fournis.

²La part cantonale correspond au coût total des soins défini à l'alinéa 1, déduction faite de la participation de l'assureur-maladie, mais à concurrence maximale de la part cantonale fixée conformément aux articles 6, 12 et 15 pour les soins fournis dans le canton.

³Le DFS définit les modalités du versement de la part cantonale.

CHAPITRE 5

Dispositions transitoires et finales

Droit transitoire

Art. 25 Les organisations de soins à domicile et les infirmières et infirmiers indépendants disposent d'un délai de quatre mois dès l'entrée en vigueur du présent règlement pour transmettre les conventions de coordination selon les articles 18 et 19.

Modification du droit antérieur

Art. 26 Le règlement provisoire d'exécution de la loi sur le financement des établissements médico-sociaux, du 19 décembre 2012⁶⁾, est modifié comme suit :

Art. 15, al.1

¹Les prestations journalières LAMal sont rémunérées dans les EMS bénéficiant d'une reconnaissance LAMal au sens de l'article 8, alinéa 1 LFinEMS et selon les dispositions prévues dans le règlement sur le financement résiduel des soins en cas de maladie (RFRS), du 9 juillet 2018.

Abrogation du droit en vigueur

Art. 27 Le présent règlement abroge et remplace le règlement d'introduction de la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins, du 19 décembre 2012⁷⁾.

Entrée en vigueur

Art. 28 Le présent règlement entre en vigueur le 1^{er} juillet 2018.

Publication

Art. 29 Le présent règlement sera publié dans la Feuille officielle et inséré au Recueil de la législation neuchâteloise.

⁶⁾ RSN 832.300

⁷⁾ FO 2012 N° 51