

9
juillet
2018

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

État au
1^{er} janvier 2019

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. 2⁵⁾ 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 de soins et d'aide à domicile (OSAD) ;
- c) les infirmières et les infirmiers indépendants.

**Autorités
compétentes**
a) SCSP

Art. 2a⁶⁾ ¹Le service de la santé publique (ci-après : SCSP) est chargé de veiller à la conformité de la mise en œuvre des présentes dispositions avec le droit fédéral, d'élaborer les directives, les tableaux et les formulaires à remplir par les fournisseurs de soins et de traiter tous les cas hors canton.

FO 2018 N° 28

¹⁾ RS 832.10

²⁾ RS 832.102

³⁾ RSN 800.1

⁴⁾ RSN 832.30

⁵⁾ Teneur selon A du 19 juin 2019 (FO 2019 N° 25) avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2019

⁶⁾ Introduit par A du 19 juin 2019 (FO 2019 N° 25) avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2019

²Il est compétent pour prendre des décisions formelles concernant le remboursement de la part cantonale, notamment en cas de contestations de la part des fournisseurs de prestations au sens de l'article 2, alinéa 2.

³Il est chargé et donc autorisé à requérir, recevoir, traiter, contrôler, corriger, cas échéant, toutes les données nécessaires au calcul et au remboursement de la part cantonale, ainsi qu'à l'élaboration de statistiques utiles à la planification médico-sociale.

⁴Il procède au versement de la part cantonale aux EMS et aux foyers de jour.

b) SFIN

Art. 2b⁷⁾ ¹Le service cantonal des finances (ci-après : SFIN) est chargé et donc autorisé à requérir, recevoir, traiter, contrôler et corriger, cas échéant, toutes les données nécessaires au calcul et au remboursement de la part cantonale aux infirmières et infirmiers indépendant-e-s, ainsi qu'aux OSAD pratiquant dans le canton.

²Il transmet les données au SCSP en vue de l'établissement des statistiques.

³Il procède au versement de la part cantonale aux infirmières et infirmiers indépendant-e-s, ainsi qu'aux OSAD pratiquant dans le canton.

⁴En cas de contestation de la part des infirmières et infirmiers indépendant-e-s ou des OSAD, il transmet le dossier au SCSP pour décision formelle.

Devoir de renseigner

Art. 3⁸⁾ Les fournisseurs de prestations au sens de l'article 2, alinéa 2 doivent fournir aux services compétents toutes les données comptables et statistiques nécessaires à l'application du présent règlement selon les tableaux et formulaires établis par le SCSP.

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 2002⁹⁾.

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

⁷⁾ Introduit par A du 19 juin 2019 (FO 2019 N° 25) avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2019

⁸⁾ Teneur selon A du 19 juin 2019 (FO 2019 N° 25) avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2019

⁹⁾ RSN 800.100.01

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. 7¹⁰⁾ ¹Le Conseil d'État fixe, par voie d'arrêté, la part à charge du résident et la part cantonale au sens de l'article 8, alinéa 4 LFinEMS. Ces montants sont revus régulièrement.

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 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.

¹⁰⁾ Teneur selon A du 19 juin 2019 (FO 2019 N° 25) avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2019

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**¹¹⁾ ¹Le Conseil d'État fixe, par voie d'arrêté, la part cantonale au sens de l'article 11. Ce montant est revu régulièrement.

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**¹²⁾ 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'OSAD.

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**¹³⁾ ¹Le Conseil d'État fixe, par voie d'arrêté, la part cantonale au sens de l'article 14. Ce montant est revu régulièrement.

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

b) restrictions

¹¹⁾ Teneur selon A du 19 juin 2019 (FO 2019 N° 25) avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2019

¹²⁾ Teneur selon A du 19 juin 2019 (FO 2019 N° 25) avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2019

¹³⁾ Teneur selon A du 19 juin 2019 (FO 2019 N° 25) avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2019

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. 19¹⁴⁾ 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.

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

¹⁴⁾ Teneur selon A du 19 juin 2019 (FO 2019 N° 25) avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2019

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

Tarifs

Art. 24¹⁵⁾ 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, la participation cantonale aux soins est versée conformément à la législation du canton dans lequel ces soins sont fournis, à condition que le SCSP ait donné son accord, conformément à l'article 24c.

²Lorsqu'aucune demande n'a été déposée ou que la demande a été rejetée, la participation cantonale aux soins dans un EMS hors canton est versée à concurrence du tarif spécifique applicable dans le canton.

³Abrogé.

¹⁵⁾ Teneur selon A du 19 juin 2019 (FO 2019 N° 25) avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2019

Demande a) conditions	<p>Art. 24a¹⁶⁾ ¹Une demande ne peut être déposée que si la personne a bénéficié d'un entretien d'orientation au sens de l'article 83c de la loi de santé (LS), du 6 février 1995.</p> <p>²L'EMS doit démontrer qu'aucune place n'est disponible dans un EMS du canton qui soit à proximité du domicile habituel de la personne, ou que le placement réponde à une volonté de rapprochement familial ou d'autres raisons personnelles.</p>
b) dépôt	<p>Art. 24b¹⁷⁾ ¹L'EMS hors canton concerné dépose une demande écrite auprès du SCSP, dans les trois semaines qui précèdent l'admission, pour que le financement résiduel soit octroyé conformément à l'article 24, alinéa 1.</p> <p>²Il joint à la demande une attestation médicale certifiant du besoin de prise en charge en EMS de la personne.</p>
Décision	<p>Art. 24c¹⁸⁾ ¹Le SCSP rend une décision formelle.</p> <p>²Si, dans le délai des trois semaines qui précèdent l'admission, une place peut être proposée dans un EMS du canton qui soit à proximité du domicile habituel de la personne, le SCSP pourra rejeter la demande.</p>

CHAPITRE 5

Dispositions transitoires et finales

Droit transitoire	<p>Art. 25¹⁹⁾ Les OSAD 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.</p>
Modification du droit antérieur	<p>Art. 26 Le règlement provisoire d'exécution de la loi sur le financement des établissements médico-sociaux, du 19 décembre 2012²⁰⁾, est modifié comme suit :</p> <p style="padding-left: 40px;"><i>Art. 15, al.1</i></p> <p>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.</p>
Abrogation du droit en vigueur	<p>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 2012²¹⁾.</p>
Entrée en vigueur	<p>Art. 28 Le présent règlement entre en vigueur le 1^{er} juillet 2018.</p>

Publication

¹⁶⁾ Introduit par A du 19 juin 2019 (FO 2019 N° 25) avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2019

¹⁷⁾ Introduit par A du 19 juin 2019 (FO 2019 N° 25) avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2019

¹⁸⁾ Introduit par A du 19 juin 2019 (FO 2019 N° 25) avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2019

¹⁹⁾ Teneur selon A du 19 juin 2019 (FO 2019 N° 25) avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2019

²⁰⁾ RSN 832.300

²¹⁾ FO 2012 N° 51

821.107

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