

20 décembre 1989

Ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (OPCC)

Le Conseil-exécutif du canton de Berne,
vu les articles 2 et 7 de la loi du 16 novembre 1989 sur les prestations complémentaires à l'assurance-
vieillesse, survivants et invalidité (LPCC) [RSB 841.31],
sur proposition de la Direction de l'économie publique,
arrête:

I. Bases de calcul cantonales

Art. 1 [Teneur du 27. 10. 2004]

Besoins vitaux [Teneur du 29. 10. 1997]

Le montant annuel usuellement destiné à la couverture des besoins vitaux est le suivant:

		CHF
a	pour les personnes seules	17 640.–
b	pour les couples	26 460.–
c	pour les orphelins et les enfants donnant droit à une rente pour enfant de l'AVS ou de l'AI	9 225.–

Art. 2

... [Abrogé le 29. 10. 1997]

Art. 3 [Teneur du 25. 10. 2000]

Frais de logement [Teneur du 29. 10. 1997]

Le loyer annuel d'un appartement et les frais accessoires y relatifs admissibles se montent au maximum

		fr.
a	pour les personnes seules à	13 200.–
b	pour les couples et les personnes qui ont des enfants ayant ou donnant droit à une rente à	15 000.–

Art. 4 [Teneur du 26. 10. 1994]

Fortune prise en compte comme revenu

Pour les bénéficiaires de rentes de vieillesse dans des homes et des établissements hospitaliers, le montant de fortune pris en compte comme revenu s'élève à un cinquième.

Art. 5 [Teneur du 23. 10. 2002]

Degrés de soins déterminants et coûts [Teneur du 23. 10. 2002]

¹ Des degrés sont attribués aux personnes qui séjournent durablement dans un home ou un établissement hospitalier en fonction des soins et de l'encadrement requis, selon un système d'évaluation reconnu dans le canton de Berne.

² Le résultat de l'examen des soins et de l'encadrement requis permet, par le biais du tableau de l'annexe I, de fixer le degré de soins déterminant pour le calcul des prestations complémentaires (système central).

³ Les informations nécessaires au calcul des prestations complémentaires doivent être transcrites sur l'attestation de tarif reconnue par la Caisse de compensation du canton de Berne (CCB) et confirmées par un ou une membre du corps médical ainsi que par la direction du home.

Art. 5a [Teneur du 23. 10. 2002]

Frais de soins maximaux

Les différents degrés de soins du système central prennent en compte les montants journaliers maximaux suivants:

		jusqu'à CHF
a	degré de soins 0	103.–
b	degré de soins 1	131.–
c	degré de soins 2	159.–
d	degré de soins 3	187.–
e	degré de soins 4	215.–
f	degré de soins 5	243.–
g	degré de soins 6	271.–
h	degré de soins 7	299.–
i	degré de soins 8	327.–
k	degré de soins 9	355.–
l	degré de soins 10	383.–

Art. 5b [Teneur du 27. 10. 2004]

Dépenses personnelles

Pour les personnes qui séjournent durablement dans un home ou un établissement hospitalier, les montants suivants sont pris en compte chaque mois pour les dépenses personnelles:

		CHF
a	degré de soins 0	408.–
b	degrés de soins 1 à 4	346.–
c	degrés de soins 5 à 7	275.–
d	degrés de soins 8 à 10	214.–

II. Organisation et procédure

Art. 6 [Teneur du 25. 10. 2000]

Requête

¹ Toute personne requérante doit faire valoir son droit aux prestations complémentaires, verbalement ou par écrit, auprès de l'agence AVS de son lieu de domicile.

² La personne requérante est en droit de se faire représenter si elle ne peut faire valoir elle-même ses intérêts.

³ L'agence AVS attire l'attention de la personne requérante sur les conséquences d'une violation de l'obligation de renseigner et de communiquer tout changement survenu dans les conditions ayant donné droit aux prestations.

Art. 7 [Teneur du 25. 10. 2000]

Obligation de renseigner, vérification des données [Teneur du 25. 10. 2000]

¹ La personne requérante est tenue de renseigner sur sa situation personnelle et financière ainsi que de produire tous les documents nécessaires à la détermination de son droit.

² L'agence AVS vérifie si les données sont complètes et exactes, procède en règle générale à une première estimation du droit et transmet le dossier accompagné de sa proposition à la CCB.

Art. 8 [Teneur du 25. 10. 2000]

Décision et paiement

¹ La CCB examine la proposition de l'agence AVS et notifie sa décision par écrit à la personne requérante.

² Elle vire en principe les prestations complémentaires sur un compte bancaire ou postal. Dans certains cas, elle peut charger la poste ou l'agence AVS de les verser en espèces et assortir le versement de charges.

³ Si les circonstances le justifient, les prestations complémentaires peuvent être versées en espèces à la demande de la personne bénéficiaire.

Art. 8a [Introduit le 25. 10. 2000]

Imputation

Le remboursement de réductions de primes versées sur la base de l'ordonnance cantonale du 25 octobre 2000 sur l'assurance-maladie (OCAMal) [RSB 842.111.1] peut être imputé sur des prestations complémentaires échues.

III. Dispositions finales

Art. 9

Abrogation d'un texte législatif

L'ordonnance du 3 mai 1966 portant exécution de la loi sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité est abrogée.

Art. 10

Entrée en vigueur

La présente ordonnance entrera en vigueur le 1^{er} juillet 1990.

Berne, 20 décembre 1989

Au nom du Conseil-exécutif,
le président: *Augsburger*
le chancelier: *Nuspliger*

Approuvée par le Département fédéral de l'intérieur le 13 février 1990

Annexe I [Teneur du 29. 10. 2003]

à l'article 5

Degrés de soins du système central (art. 5)	Points BESA (forfaits partiels et complets)	Points ROES (forfaits partiels et complets)	Groupes RAI/RUG (forfaits partiels)	Groupes RAI/RUG (forfaits complets)
0	0–05	1–3	PA0	PA0
1	6–15	4–6	PA1	PA1
2	16–26	7–9	PA2, BA1	PA2
3	27–36	10–12	IA1, BA2, PB1, RUA, PB2	BA1, IA1, BA2, PB1
4	37–47	13–16	BB1, IB1, BB2, CA1, PC1, RMA, RVA, RUB, RLA, RHA	PB2, BB1, IB1, BB2, CA1, PC1
5	48–58	17–20	PC2, RMB, CA2, CB1, PD1, PD2, IA2, RVB, IB2, RHB, CB2, PE1	RMA, RLA, PC2, CA2, CB1, PD1, PD2, IA2, IB2
6	59–68	21–24	CC1, SSA, PE2, RLB, CC2, SSB, SE1, RVC	RUA, RVA, RHA, RMB, CB2, PE1, CC1, SSA, PE2, SSB

7	69–79	25–28	RUC, SSC, RMC, RHC	RUB, RVB, RHB, RLB, CC2, SE1, SSC
8	80–90	29–32	SE2	RVC, RMC, RHC
9	91–101	33–36	SE3	SE2
10	plus de 101	37–40	–	RUC, SE3

La version 2.0 des systèmes BESA et RAI/RUG est autorisée. Un changement de version doit être approuvé par la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale (SAP).

Appendice

20.12.1989 O

BL 1989/485; en vigueur dès le 1. 7. 1990

Modifications

14.11.1990 O

BL 1990/487; en vigueur dès le 1. 1. 1991

30.10.1991 O

BL 1991/255; en vigueur dès le 1. 1. 1992

11.11.1992 O

BL 1992/445; en vigueur dès le 1. 1. 1993

26.10.1994 O

ROB 94–130; en vigueur dès le 1. 1. 1995

23.10.1996 O

ROB 96–108 (II); O sur la mise en uvre du régime de l'assurance obligatoire et la réduction des primes dans l'assurance-maladie obligatoire; en vigueur dès le 1. 1. 1997

Disposition transitoire

La prime d'assurance obligatoire des soins des adultes ayant droit à une réduction au 31 décembre 1996 est majorée de 30 francs par mois pour la durée de la prétention en 1996, pour autant qu'elle n'ait pas été entièrement couverte. 23. 10. 1996 O ROB 96-109; en vigueur dès le 1. 1. 1997

23.10.1996 O

ROB 96–109; en vigueur dès le 1. 1. 1997

29.10.1997 O

ROB 97-91; en vigueur dès le 1. 1. 1998

Dispositions transitoires

1. Sont reconnus comme frais de logement jusqu'au 31 décembre 1998:

- a le loyer net;
- b les frais accessoires, d'un montant forfaitaire annuel de 600 francs pour les personnes seules et de 800 francs pour les autres catégories d'ayants droit.

2. Le loyer net et le montant forfaitaire pour les frais accessoires ne seront cependant reconnus à titre de frais de logement que pour autant qu'ils ne dépassent pas le montant prévu à l'article 3.

21.10.1998 O

ROB 98–76 (II.); O sur la mise en uvre du régime de l'assurance obligatoire et la réduction des primes dans l'assurance-maladie obligatoire; en vigueur dès le 1. 1. 1999

28.10.1998 O

ROB 98–78; en vigueur dès le 1. 1. 1999

25.10.2000 O

ROB 00–109; en vigueur dès le 1. 1. 2001

23.10.2002 O

ROB 02–81; en vigueur dès le 1. 1. 2003

Dispositions transitoires

1. Lors du passage au système central au 1^{er} janvier 2003, les degrés de soins PC sont convertis comme suit, sans nouvel examen des soins requis:

Degrés de soins PC actuels	Nouveaux degrés de soins PC (art. 5 et 5a)
Grande nécessité de soins	6
Nécessité de soins moyenne	3
Faible nécessité de soins	1
Nécessité de soins minime	0

2. Dès que le degré de soins aura été déterminé pour chaque personne en fonction du nouveau système d'évaluation, les prestations complémentaires seront adaptées en conséquence.

29.10.2003 O

ROB 03-104; en vigueur dès le 1. 1.2004

Disposition transitoire

La présente modification ne s'applique aux prestations complémentaires courantes que lorsqu'il est nécessaire de procéder à une nouvelle fixation en raison d'un changement considérable des conditions qui les régissent.

27.10.2004 O

ROB 04-94; en vigueur dès le 1. 1. 2005