

18
janvier
2012

Règlement provisoire d'introduction de la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins

Le Conseil d'Etat 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 1995;

vu l'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), du 29 septembre 1995;

vu la loi de santé (LS), du 6 février 1995²⁾;

vu la loi non encore entrée en vigueur sur le financement des établissements médico-sociaux (LFinEMS), du 28 septembre 2010;

vu l'arrêté de promulgation de la loi sur le financement des établissements médico-sociaux (LFinEMS), du 21 février 2011,

sur la proposition de la conseillère d'Etat, cheffe du Département de la santé et des affaires sociales,

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 sont fournies par: a) les établissements médico-sociaux (EMS); b) les organisations d'aide et de soins à domicile; c) les infirmières et infirmiers indépendant-e-s.
Renseignements	Art. 3 Les fournisseurs de prestations au sens de l'article 2, alinéa 2 doivent fournir au service cantonal de la santé publique toutes les données comptables et statistiques nécessaires à l'application du présent règlement.

FO 2012 N° 3

¹⁾ RS 832.10

²⁾ RSN 800.1

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

En général

Art. 4 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'Etat et la part de ce coût qui est prise en charge par l'assurance obligatoire des soins, mais au plus à 20% de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral (part du résident).

²La part du coût des soins qui n'est pas prise en charge par les assurances sociales ou par le résident incombe à l'Etat (part cantonale).

³La 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.

⁴La part cantonale, qui constitue une indemnité au sens de l'article 3, alinéa 1, lettre a de la loi sur les subventions (ci-après: LSub), du 1^{er} février 1999³⁾, 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.

1. Part du résident **Art. 5** ¹Le Conseil d'Etat fixe pour l'année 2012, par voie d'arrêté, les montants exacts de la participation du résident au coût des soins par niveau de soins requis conformément à l'article 4, alinéa 1.

²Le résident est le débiteur de la part définie à l'article 4, alinéa 1.

2. Part cantonale **Art. 6** ¹Le Conseil d'Etat fixe pour l'année 2012, par voie d'arrêté, la part cantonale au sens de l'article 4, alinéa 2.

²Pour définir la part cantonale, le Conseil d'Etat:

- a) se fonde sur les coûts complets fixés pour l'année 2011;
- b) applique une revalorisation tarifaire de 1.6% sur les coûts complets; l'alinéa 6 est réservé;
- c) soustrait des coûts complets 2012 les participations à charge du résident et de l'assureur-maladie.

³La participation cantonale est versée sur la base de 16 niveaux de soins, la classe 12 OPAS étant divisée en 5 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

⁴La part cantonale pour le niveau 16 n'est pas versée de manière forfaitaire mais sur la base des minutes de soins requises effectives de chaque résident.

³⁾ RSN 601.8

⁵Si les tarifs fixés par le Conseil d'Etat mettent en péril la qualité des soins et la situation financière d'un EMS, le département peut, à la demande de l'EMS, fixer une part cantonale plus élevée pour une durée déterminée.

⁶Pour les EMS ayant obtenu une dérogation tarifaire en 2011, la revalorisation appliquée en 2012 est de 0.9%.

⁷Le département définit les modalités du versement de la part cantonale.

Accord transactionnel

Art. 7 ¹L'accord transactionnel réglant le financement des temps de communication au sujet du bénéficiaire (CSB) pour les années 2011 et 2012, conclu le 14 novembre 2011 entre les cantons de Genève, du Jura, de Neuchâtel et de Vaud, d'une part, et certains assureurs-maladie, d'autre part, est applicable.

²Les conséquences financières résultant pour les EMS de l'application de l'accord transactionnel sont compensées par l'Etat de Neuchâtel, sous réserve des EMS présentant des résultats financiers bénéficiaires sur les soins.

³Le département définit les modalités du versement des montants compensatoires.

Accueil de jour et de nuit

Art. 8 ¹Le financement des prestations d'accueil de jour et de nuit est réglé par le département conformément aux principes des articles 4 à 6.

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

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

En général

Art. 9 ¹Pour les soins prodigués par les organisations d'aide et de soins à domicile au sens de l'article 51 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal), du 27 juin 1995, et qui sont admises à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, aucune participation au coût des soins de longue durée n'est facturée au client.

²La part du coût des soins qui ne sont pas pris en charge par l'assureur-maladie incombe à l'Etat (part cantonale).

³La part cantonale, qui constitue une indemnité au sens de l'article 3, alinéa 1, lettre a de la LSub, 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.

Part cantonale

Art. 10 ¹Le Conseil d'Etat fixe pour l'année 2012, par voie d'arrêté, la part cantonale au sens de l'article 9, alinéa 2.

²Pour définir la part cantonale, le Conseil d'Etat:

- a) se base en principe sur les informations comptables et statistiques de l'année 2010 fournies par les organisations d'aide et de soins à domicile;
- b) détermine les coûts horaires des soins en tenant compte de l'indice suisse des prix à la consommation;
- c) soustrait du coût des soins la participation à charge de l'assureur-maladie.

³Les organisations de soins à domicile sont regroupées en catégories.

⁴La part cantonale est fixée pour chaque prestation selon article 7, alinéa 2 OPAS et pour chacune des catégories définies.

⁵Le département définit les modalités du versement de la part cantonale.

Section 3 : Infirmières et infirmiers indépendant-e-s

En général

Art. 11 ¹Pour les soins prodigués par des infirmières ou infirmiers indépendant-e-s au sens de l'article 49 OAMal et qui sont autorisé-e-s à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins, aucune participation au coût des soins de longue durée n'est facturée au client.

²La part du coût des soins qui ne sont pas pris en charge par l'assurance-maladie incombe à l'Etat (part cantonale).

³La part cantonale, qui constitue une indemnité au sens de l'article 3, alinéa 1, lettre a de la LSub, n'est versée que si les prestations de soins sont admises par l'assureur-maladie conformément aux principes de l'assurance obligatoire des soins.

Part cantonale

Art. 12 ¹Le Conseil d'Etat fixe pour l'année 2012, par voie d'arrêté, la part cantonale au sens de l'article 11, alinéa 2.

²Pour définir la part cantonale, le Conseil d'Etat:

- a) se fonde sur le total couvrant les frais effectifs déterminés pour l'année 2011;
- b) applique une revalorisation tarifaire de 1.6% sur le total couvrant les frais effectifs;
- c) tient compte des frais généraux effectifs de l'exercice comptable 2010;
- d) soustrait du total couvrant les frais effectifs 2012 la participation à charge l'assureur-maladie.

³La part cantonale est fixée pour chaque prestation selon l'article 7, alinéa 2 OPAS.

⁴Le département définit les modalités du versement de la part cantonale.

CHAPITRE 3

Financement des soins aigus et de transition

Définition

Art. 12 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 de sorte 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. 13 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 9;
- b) les infirmières et infirmiers indépendant-e-s au sens de l'article 11;
- 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

Art. 14 ¹Le Conseil d'Etat fixe par arrêté la participation de l'Etat à la prise en charge des soins aigus et de transition (part cantonale).

²La part cantonale, qui constitue une indemnité au sens de l'article 3, alinéa 1, lettre a de la LSub, 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.

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

CHAPITRE 4

Soins fournis hors canton

Principe

Art. 15 ¹Pour la personne domiciliée dans le canton mais recevant des soins de longue durée ou des soins aigus ou de transition 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 et de la part du résident fixée conformément à l'article 5.

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

CHAPITRE 5

Dispositions finales

Entrée en vigueur

Art. 16 ¹Le présent règlement, qui entre en vigueur le 1^{er} janvier 2012, est valable jusqu'au 31 décembre 2012.

²Il sera publié dans la Feuille officielle et inséré au Recueil de la législation neuchâteloise.