

Règlement 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 1994;
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 1995;
vu la loi sur le financement des établissements médico-sociaux (LFinEMS), du 28 septembre 2010;
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 peuvent être 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.

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, du 21 août 2002.

En général

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 résidant 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 résidant).

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

³La part du résidant 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: LSubv), du 1^{er} février 1999, 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.

⁵La part cantonale n'est due que pour les résidents ayant leur domicile dans le canton de Neuchâtel.

Part du résidant

Art. 6 ¹Le Conseil d'Etat fixe, annuellement par voie d'arrêté, les montants exacts de la participation du résidant au coût des soins par niveau de soins requis conformément à l'article 8, alinéa 3 LFinEMS.

²Le résidant est le débiteur de la part définie à l'article 5, alinéa 1.

Part cantonale

Art. 7 ¹Le Conseil d'Etat fixe chaque année, par voie d'arrêté, la part cantonale au sens de l'article 8, alinéa 4 LFinEMS.

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

- a) se base sur les informations comptables et statistiques les plus récentes fournies par les EMS;
- b) tient compte, dans le calcul du coût des soins, des frais de personnel soignant, à hauteur d'un taux de couverture des soins requis de 95%, les charges sociales ainsi que le petit matériel nécessaire à la fourniture de soins ne pouvant être imputé à un résidant identifié;
- c) détermine le coût d'une minute de soins, en tenant compte de l'indice suisse des prix à la consommation (référence : valeur mai);
- d) calcule le coût journalier des soins par niveau de dépendance sur la base du poids moyen de chaque catégorie;
- e) soustrait du coût des soins les participations à charge du résidant 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 résidant.

⁵L'application par les EMS des CCT santé 21 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 donne également droit à une majoration de la part cantonale, cette dernière étant toutefois inférieure à celle due à l'application des CCT santé 21.

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'Etat de Neuchâtel, sous réserve des EMS présentant des résultats financiers bénéficiaires sur les soins.

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

Accueil de jour et de nuit

Art. 9 ¹Le financement des prestations d'accueil de jour et de nuit est réglé par le département conformément aux principes des articles 5 à 6.

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

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

En général

Art. 11 ¹Pour les soins de longue durée prodigués par les organisations d'aide et de soins à domicile reconnues 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 LSubv, 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.

⁴La part cantonale n'est due que pour les résidents ayant leur domicile dans le canton de Neuchâtel.

Part cantonale

Art. 12 ¹Le Conseil d'Etat fixe, annuellement 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 base en principe sur les informations comptables et statistiques 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 peuvent être regroupées en catégories.

⁴La part cantonale est fixée pour chaque prestation selon article 7, alinéa 2 OPAS et pour chacune des catégories définies selon l'alinéa 3.

⁵L'application par les organisations d'aide et de soins à domicile des CCT santé 21 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 donne également droit à une majoration de la part cantonale, cette dernière étant toutefois inférieure à celle due à l'application des CCT santé 21.

⁶Le département définit les modalités du versement de la part cantonale.

Section 3 : Infirmières et infirmiers indépendant-e-s

En général

Art. 13 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 LSubv, n'est versée que si les prestations de soins sont admises par l'assureur-maladie conformément aux principes de l'assurance obligatoire des soins.

⁴La part cantonale n'est due que pour les résidents ayant leur domicile dans le canton de Neuchâtel.

Part cantonale

Art. 14 ¹Le Conseil d'Etat fixe, annuellement par voie d'arrêté, la part cantonale au sens de l'article 13, alinéa 2.

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

- a) se base en principe sur les informations comptables et statistiques fournies par les infirmiers-ères indépendant-e-s ;
- b) tient compte, dans le calcul du coût des soins, d'un revenu théorique d'une personne active à 100%, incluant un salaire de base correspondant au type d'heure effectué, les charges sociales, les frais de déplacement ainsi que les autres frais indispensables à la fourniture des prestations et à la facturation des prestations ;
- c) tient compte de l'évolution de l'indice suisse des prix à la consommation;
- d) tient compte du nombre d'heures annuelles facturables pour un-e infirmier-ère indépendant-e au taux d'activité correspondant ;
- e) soustrait du coût des soins la participation à charge de 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. 15 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. 16** 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 infirmiers indépendant-e-s au sens de l'article 13;
- 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 résidants qui réintègrent l'établissement après un séjour hospitalier.

Part cantonale **Art. 17** ¹Le Conseil d'Etat fixe, annuellement par voie d'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 LSubv, 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.

³La part cantonale n'est due que pour les résidants ayant leur domicile dans le canton de Neuchâtel.

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

CHAPITRE 4

Soins fournis hors canton

Principe **Art. 18** 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 et de la part du résidant fixée conformément à l'article 6, mais à concurrence maximale de la part cantonale fixée conformément à l'article 7 pour les soins fournis dans le canton.

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

CHAPITRE 5

Dispositions transitoires et finales

Art. 19 ¹Si les tarifs fixés selon l'article 7 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 pour l'année 2013 une part cantonale plus élevée.

Entrée en vigueur **Art. 20** ¹Le présent règlement entre en vigueur le 1^{er} janvier 2013.

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

³Le règlement provisoire du 18 janvier 2012 est abrogé

Neuchâtel, le 19 décembre 2012

Au nom du Conseil d'Etat:

Le président,
P. GNAEGI

La chancelière,
S. DESPLAND