

Règlement

du ...

sur les prestations médico-sociales (RPMS)

Le Conseil d'Etat du canton de Fribourg

Vu la loi du 12 mai 2016 sur les prestations médico-sociales (LPMS) ;

Sur la proposition de la Direction de la santé et des affaires sociales,

Arrête :

1. Définitions

Art. 1 Prestations de soins (art. 2 al. 1 LPMS)

Les prestations de soins sont les prestations définies par l'article 7 de l'ordonnance du Département fédéral de l'intérieur du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance des soins en cas de maladie (ci-après: OPAS).

Art. 2 Prestations d'accompagnement fournies en EMS (art. 2 al. 3 let. a LPMS)

¹ Les prestations d'accompagnement sont les prestations individuelles participant au maintien et au développement des capacités physiques, psychiques, spirituelles et sociales de la personne, convenues formellement entre l'EMS et la personne bénéficiaire ou son représentant ou sa représentante légal-e.

² La Direction de la santé et des affaires sociales (ci-après : la Direction) définit le catalogue des prestations financées au titre de prestations d'accompagnement.

Art. 3 Prestations socio-hôtelières fournies en EMS (art. 2 al. 3 let. b LPMS)

Les prestations socio-hôtelières sont les prestations fournies au sein d'un EMS et qui sont liées :

- a) à la restauration ;
- b) à l'intendance ;
- c) aux activités d'animation collectives ;
- d) à l'organisation ainsi qu'à la gestion administrative et financière de l'EMS.

Art. 4 Catalogue des prestations d'aide à domicile (art. 2 al. 3 let. c et 6 al. 2 LPMS)

L'aide à domicile comprend :

- a) les travaux d'économie familiale tels que la cuisine, les achats, l'entretien du linge et du logement ;
- b) l'évaluation des besoins en aide de la personne, l'information et les conseils y relatifs.

2. Libre choix des fournisseurs et fournisseuses de prestations

Art. 5 Principe (art. 3 LPMS)

La liberté de choix d'une personne nécessitant une prestation médico-sociale s'étend à tous les fournisseurs ou fournisseuses de prestations au bénéfice d'une autorisation d'exploitation ou de pratique à titre indépendant délivrée dans le canton.

Art. 6 Prestations hors canton (art. 3 LPMS)

¹ Lorsqu'un personne décide de bénéficier d'une prestation résidentielle d'un EMS situé hors du canton, les pouvoirs publics fribourgeois ne participent pas au financement des coûts y afférents. Demeurent réservées les dispositions de la législation cantonale et fédérale relatives au financement des soins et aux prestations complémentaires, ainsi que les conventions intercantionales.

² Lorsque la prestation est indisponible dans un EMS reconnu, la Direction peut garantir le financement des coûts d'un EMS situé hors du canton. La participation des pouvoirs publics ne peut toutefois excéder la contribution versée pour le séjour dans un EMS reconnu.

3. Evaluation des besoins et planification de l'offre

Art. 7 Evaluation des besoins (art. 4 et 12 LPMS)

¹ Toute personne souhaitant bénéficier des prestations d'un fournisseur ou d'une fournisseuse de prestations médico-sociales exploitée-e ou mandatée-e par une association de communes (ci-après : association) requiert l'évaluation de ses besoins en vue d'une proposition de prestations.

² L'évaluation des besoins peut être effectuée par les fournisseurs et fournisseuses de prestations médico-sociales exploités ou mandatés par une association ou par l'Etat, par les réseaux hospitaliers ainsi que par l'ensemble des institutions et professionnel-l-es de la santé travaillant en réseau avec l'outil déterminé à cet effet (art. 8).

³ La personne requérant l'évaluation fournit à cet effet les informations nécessaires et accepte que ces données soient transmises à l'association du district dans lequel la personne est domiciliée pour :

- a) collecte des données nécessaires à l'établissement du plan de couverture des besoins (let. a) ;
- b) coordination des prestations médico-sociales nécessaires à la personne en cas de maintien à domicile (let. b) ;
- c) validation d'une éventuelle demande individuelle d'admission pour un accueil long séjour en EMS (let. c).

⁴ Sous réserve du consentement de la personne, les données ne peuvent pas être utilisées à d'autres fins.

Art. 8 Outil d'évaluation des besoins (art. 4 LPMS)

¹ L'évaluation des besoins est effectuée au moyen d'un outil élaboré par la Direction en collaboration avec les milieux intéressés.

² L'outil indique les prestations médico-sociales correspondant aux besoins de la personne et, le cas échéant, les mesures nécessaires pour assurer la sécurité de la personne et favoriser son autonomie ainsi que son intégration sociale.

Art. 9 Planification de l'offre (art. 5 LPMS)

¹ La planification de l'offre définit les prestations médico-sociales à développer pour l'ensemble du canton ainsi que pour chaque district et détermine le volume de soins à fournir à domicile, conformément aux exigences de la législation sur la santé.

² Elle inclut et distingue les EMS admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins et les EMS reconnus, y compris ceux auxquels sont attribuées des missions spécifiques au sens de l'art. 10 al. 5 de la loi.

³ La planification de l'offre est établie pour une période de 5 ans.

4. Prestations médico-sociales fournies à domicile

Art. 10 Prestations offertes par plusieurs fournisseurs et fournisseuses (art. 7 al. 2 let. d LPMS)

Une association qui accorde des subventions à plusieurs fournisseurs et fournisseuses offrant des prestations partielles doit s'assurer que :

- a) toutes les prestations de soins et d'aide à domicile sont disponibles et coordonnées sur le territoire du district ;
- b) toutes les personnes domiciliées dans le district ont accès à ces prestations aux mêmes conditions.

Art. 11 Conditions cadres d'exploitation (art. 7 al. 2 let. f LPMS)

Les conditions cadres d'exploitation des fournisseurs et fournisseuses comprennent notamment :

- a) l'horaire d'intervention ;
- b) les normes de qualité ;
- c) les critères de fixation de la dotation du personnel ;
- d) le plan comptable et le contenu de la statistique.

5. Prestations fournies en établissement médico-social

Art. 12 Accès aux prestations (art. 8 al. 1 LPMS)

L'accès aux prestations d'un EMS est aussi garanti à toute personne n'ayant pas atteint l'âge légal de la retraite si ces prestations correspondent à ses besoins évalués au moyen de l'outil prévu à l'article 8.

Art. 13 Droit d'être informé (art. 8 al. 1 LPMS)

¹ Conformément à la législation sur la santé, la personne qui demande à être accueillie dans un EMS ainsi que son représentant ou sa représentante légal-e sont informés par écrit des droits et devoirs de la personne ainsi que des conditions de son séjour.

² L'information porte en particulier sur :

- a) les prestations de l'EMS, conformément aux articles 1 à 3 ;

-
- b) les droits et devoirs de la personne accueillie, notamment sur le droit ou l'interdiction de recourir à une organisation d'assistance au suicide au sein de l'EMS ;
 - c) les conditions financières (prestations à charge de la personne, modalités de facturation et de paiement, garanties) ;
 - d) la durée du contrat et les modalités de résiliation ;
 - e) l'instance à contacter ainsi que la procédure en cas de litige.

³ Ces informations font partie intégrante du contrat d'hébergement.

Art. 14 Catégories de prestations médico-sociales (art. 8 al. 2 LPMS)

¹ Les accueils en EMS pour des attentes de placement sont assimilés aux accueils résidentiels de longue durée.

² L'accueil de personnes avec des besoins spécifiques peut se faire au sein d'unités spécialisées.

Art. 15 Habitations communautaires (art. 8 al. 3 LPMS)

Les dispositions relatives au coût des soins dans les EMS ne sont pas applicables aux habitations collectives dans lesquelles les soins sont dispensés par un fournisseur ou une fournisseuse de prestations médico-sociales au sens de l'article 7 de la loi.

Art. 16 Conditions d'admission à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins (art. 9 LPMS)

¹ Pour être admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, l'EMS doit :

- a) être au bénéfice d'une autorisation d'exploitation, conformément à la législation sur la santé ;
- b) utiliser le plan comptable défini par l'association faitière des homes et institutions sociales et tenir une comptabilité permettant d'isoler les charges et les produits de chaque prestation médico-sociale ;
- c) fournir aux Services de l'administration cantonale tous les renseignements nécessaires au contrôle de l'activité de l'EMS ;
- d) fournir les données pour la tenue des statistiques fédérales et cantonales ;
- e) appliquer les prix fixés ou ratifiés par les autorités compétentes.

² La Direction définit des standards de qualité et les exigences relatives au personnel de soins.

Art. 17 Conditions de reconnaissance (art. 10 LPMS)

¹ Pour être reconnu, un EMS admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire doit garantir à la personne des prestations d'accompagnement individualisées en fonction de ses besoins et conformément à ses souhaits.

² L'objectif, le type et la fréquence de ces prestations sont convenus avec la personne et/ou avec son représentant ou sa représentante légal-e et les informations y relatives sont consignées dans le dossier de la personne bénéficiaire.

³ Les besoins en accompagnement de la personne sont régulièrement évalués, notamment pour tenir compte de l'évolution de ses compétences et de ses besoins ainsi que de son état de santé.

⁴ Dans chaque établissement, la présence d'une personne disposant d'une formation dans l'animation de niveau tertiaire est requise.

Art. 18 Procédure de reconnaissance (art. 10 LPMS)

La demande de reconnaissance doit être adressée par l'association au Service cantonal en charge du financement des EMS, munie :

- a) d'un document permettant de déterminer que le support juridique de l'EMS ne poursuit pas de but lucratif ;
- b) d'une attestation de l'association selon laquelle l'établissement, à défaut d'être exploité par l'association, est au bénéfice d'un mandat conforme aux exigences de l'article 19 de la loi.

Art. 19 EMS au bénéfice d'un mandat de l'Etat de Fribourg (art. 10 al. 5 LPMS)

¹ L'EMS offrant des prestations spécifiques à la population de l'ensemble du canton peut être mis au bénéfice d'un mandat de l'Etat.

² Le mandat précise les conditions relatives à la prise en charge des frais d'exploitation non couverts par la contribution de l'assurance obligatoire des soins, des bénéficiaires ou des pouvoirs publics, conformément à l'article 19 de la loi.

6. Associations de communes

Art. 20 Plan de couverture des besoins (art. 12 let. a LPMS)

¹ L'association établit périodiquement un plan de couverture des besoins en se fondant sur les données de la planification des soins de longue durée établie par l'Etat.

² Le plan de couverture détermine, en nombre de lits et de places, l'évolution des différentes prestations médico-sociales attribuées aux EMS du district, en tenant compte des spécificités des prestations mentionnées à l'article 14 et

en distinguant les EMS qui bénéficient d'une admission à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins de ceux qui bénéficient également d'une reconnaissance de l'Etat.

³ Il définit aussi le volume d'heures attribuées aux fournisseurs et fournisseuses de prestations d'aide et de soins à domicile.

⁴ Le plan de couverture est transmis aux Services cantonaux en charge de la planification des soins de longue durée.

Art. 21 Coordination et information (art. 12 let. b et c LPMS)

¹ Les associations veillent à organiser les prestations médico-sociales au sein de leur district de manière à répondre aux besoins spécifiques de leur population.

² L'association coordonne l'accès aux prestations médico-sociales du district et organise, à la demande ou de manière systématique, les prestations indiquées par l'évaluation des besoins de la personne.

³ L'association assure l'information relative aux prestations médico-sociales disponibles dans le district et renseigne sur l'existence d'autres prestations pouvant favoriser le maintien à domicile.

Art. 22 Critères d'admission en EMS (art. 12 let. d LPMS)

Les critères d'admission pour les accueils résidentiels de longue durée se fondent sur le besoin en soins des personnes et tiennent compte de l'offre de prestations favorisant le maintien à domicile disponibles dans le district.

Art. 23 Commission consultative (art. 13 al. 2 LPMS)

¹ La Commission consultative soutient l'association en particulier dans ses tâches en lien avec l'élaboration du plan de couverture des besoins et la coordination des prestations médico-sociales.

² L'association définit les autres tâches de la commission.

7. Coût des prestations

Art. 24 Aide et soins à domicile (art. 14 al. 1 et 3 LPMS)

¹ Les tarifs de l'aide à domicile prodiguée par des fournisseurs et fournisseuses de prestations exploités ou mandatés par une association sont fixés par ordonnance séparée.

² Le coût des prestations de soins fournies à domicile est déterminé par la législation d'application relative au nouveau régime de financement des soins.

Art. 25 Soins et accompagnement en EMS (art. 14 al. 2 let. a et b et 3 LPMS)

¹ Le coût des prestations de soins et des prestations d'accompagnement fournies en EMS correspond aux charges du personnel de soins et d'accompagnement liées à la dotation définie par le Conseil d'Etat, additionnées des autres charges de soins fixées par la Direction.

² Les prix des soins et de l'accompagnement sont fixés de manière forfaitaire sur la base des budgets des EMS.

³ La différence entre le prix facturé et le coût des soins et de l'accompagnement subventionné fait l'objet de correctifs annuels.

Art. 26 Frais socio-hôteliers (art. 14 al. 2 let. c et 3)

Les frais socio-hôteliers comprennent :

- a) les salaires, les charges sociales et autres charges du personnel qui ne fait pas partie de la catégorie du personnel de soins et d'accompagnement ;
- b) les charges liées aux prestations de tiers pour l'établissement ;
- c) toutes les charges liées aux activités définies à l'article 3, à l'exception des frais d'investissement.

Art. 27 Frais d'investissement (art. 12 let. e et 14 al. 2 let. d LPMS)

¹ Sont réputés frais d'investissement les intérêts et charges d'amortissement relatifs aux biens mobiliers et immobiliers activés au bilan de l'EMS.

² Les associations conviennent des investissements à considérer au bilan des EMS et des modalités de calcul des intérêts et de l'amortissement.

8. Principes de financement et subventions

Art. 28 Normes applicables (art. 15 LPMS)

¹ Conformément à la législation sur les subventions, les dépenses excédant les normes de référence de l'Etat ne sont pas subventionnées et sont à la charge des fournisseurs et fournisseuses de prestations, sous réserve des modalités définies par l'Association.

² La Direction précise les normes de référence.

Art. 29 Subventions de l'Etat aux services d'aide et de soins à domicile mandatés ou exploités par une association (art. 16 LPMS)

¹ Le personnel subventionné comprend la personne responsable du service, à l'exclusion du personnel administratif, et le personnel soignant et d'aide dont la dotation est fixée par la Direction en vertu de l'article 7 al. 2 let. f de la loi.

² La subvention est calculée sur la somme des salaires et des charges sociales, frais de déplacement inclus, déduction faite des recettes issues de la facturation à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

³ La demande de subvention, fondée sur les derniers comptes approuvés par l'association, doit être remise au Service cantonal en charge du financement des prestations médico-sociales fournies à domicile jusqu'au 31 mai de l'année suivant l'année comptable considérée.

⁴ L'Etat verse au service des acomptes trimestriels, jusqu'à concurrence de 80 % du montant inscrit au budget arrêté par le Conseil d'Etat. Le décompte définitif est établi sur la base de leurs comptes annuels approuvés par l'association.

Art. 30 Subventions pour les accueils de jour et de nuit (art. 17 al. 1 LPMS)

¹ Le forfait pour les accueils de jour et de nuit se compose :

- a) de la part du coût des soins non prise en charge par l'assurance obligatoire des soins ;
- b) d'un montant de 35 francs par journée d'accueil en foyer de jour ;
- c) d'un montant de 25 francs par nuitée ;
- d) d'un montant maximal de 60 francs pour un accueil de jour et de nuit organisé sur 24 heures.

² Les accueils de jour et de nuit organisés sur une période de plus de 14 jours sont subventionnés comme les accueils résidentiels de longue durée.

³ La Direction précise les modalités de financement des accueils de jour et de nuit et fixe la contribution des personnes accueillies.

Art. 31 Prise en charge des frais d'investissement des EMS (art. 18 LPMS)

¹ Est réputé domicile de la personne bénéficiaire d'une prestation fournie en EMS celui qui précède son entrée dans l'établissement.

² Les frais d'investissement d'un établissement ne peuvent être mis à la charge de la personne bénéficiaire domiciliée dans le canton.

³ Pour le calcul de la moyenne cantonale, la Direction tient compte de la somme des frais d'investissement des établissements exploités ou mandatés par une association, divisée par le nombre total des lits ou de places disponibles et par le nombre de journées ou d'accueils réalisés.

⁴ La moyenne cantonale est différenciée selon les prestations médico-sociales définies à l'article 8 de la loi.

⁵ Les EMS mandatés par l'Etat facturent les frais d'investissement réels jusqu'à concurrence de la moyenne cantonale.

Art. 32 Renonciation au délai de carence (art. 20 al. 5 LPMS)

Pour l'octroi d'une subvention aux frais d'accompagnement, il peut être renoncé au délai de carence de deux ans prévu en lien avec le domicile de la personne si celle-ci a été contribuable dans le canton de Fribourg durant plus de 20 ans.

Art. 33 Procédure en matière de subvention aux frais d'accompagnement (art. 20 al. 2 LPMS)

¹ Toute personne sollicitant une prestation médico-sociale d'un EMS reconnu doit déposer une demande de prestations complémentaires auprès de la Caisse cantonale de compensation (ci-après : la Caisse) en vue de l'examen de son droit à une subvention aux frais d'accompagnement ou au remboursement de certains frais non pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.

² Le droit à une subvention aux frais d'accompagnement est examiné d'office lors du dépôt de la demande de prestations complémentaires.

³ La Caisse communique sa décision sur le droit à la subvention à la personne bénéficiaire, avec indication de la date à partir de laquelle elle déploie ses effets et avec copie à l'établissement.

⁴ La Caisse transmet au Service cantonal en charge du financement des prestations en EMS les données nécessaires au paiement de la subvention.

⁵ L'établissement corrige les montants facturés à la personne dès que la décision est devenue définitive et exécutoire.

⁶ La personne bénéficiaire et l'établissement communiquent immédiatement à la Caisse tout fait pouvant influencer le calcul de la subvention.

⁷ L'établissement annonce à la Caisse pour chaque bénéficiaire les modifications relatives au niveau de soins ainsi que les entrées et les sorties.

Art. 34 Calcul du droit à la subvention aux frais d'accompagnement (art. 20 al. 2 LPMS)

¹ Le montant journalier de la subvention aux frais d'accompagnement correspond au coût journalier total imputable à la personne, déduction faite de ses ressources, y compris la part de fortune prise en compte conformément à l'art. 15 al. 4 de la loi.

² La part des revenus à la disposition des bénéficiaires de prestations pour leurs frais personnels, le montant maximal des frais socio-hôtelières pris en compte dans le calcul du droit à la subvention ainsi que le taux de prélèvement sur la fortune sont fixés dans la législation d'application de la loi sur les prestations complémentaires à l'AVS/AI.

³ La subvention n'est pas accordée lorsque le découvert journalier est inférieur à 2 francs.

Art. 35 Modalités de versement de la subvention aux frais d'accompagnement (art. 20 al. 2 LPMS)

¹ Le montant de la subvention aux frais d'accompagnement est versé aux établissements à la fin de chaque trimestre.

² Ce montant est porté en déduction du coût total imputable à la personne bénéficiaire de prestations.

Art. 36 Répartition des charges (art. 17 al. 2 et 20 al. 4 LPMS)

A la fin de chaque trimestre, la Direction facture aux communes la part des charges liées à la subvention aux frais d'accompagnement ainsi qu'à l'accueil résidentiel de jour et de nuit.

9. Coordination, surveillance et voies de droit

Art. 37 Commission cantonale (art. 21 LPMS)

¹ La Commission cantonale est composée de 11 membres, représentant les associations de districts, les réseaux hospitaliers ainsi que les Services de l'Etat.

² Elle est présidée par le ou la chef-fe du Service en charge de la santé publique ou par le ou la chef-fe de service en charge du financement des EMS.

Art. 38 Commission d'experts et expertes (art. 22 al. 2 et art. 24 al. 1 LPMS)

¹ La Commission d'experts et expertes est composée de 5 membres représentant les établissements, les assureurs maladie et les Services de l'Etat.

² Les personnes représentant les établissements et les assureurs-maladie sont nommées par le Conseil d'Etat, sur la proposition de ces organisations faitières, qui assurent l'indemnisation de leur représentant ou représentante.

³ La commission est présidée par le ou la chef-fe du Service en charge du contrôle de la qualité des soins dans les EMS ou par son représentant ou sa représentante.

Art. 39 Recours auprès de la Commission cantonale d'experts et expertes (art. 24 al. 1 LPMS)

¹ Le droit de recours est ouvert à la personne qui reçoit communication de la décision d'évaluation du niveau des soins et qui peut prouver un intérêt à ce que celle-ci soit modifiée, à condition qu'aucune autre procédure ne puisse être engagée, notamment devant un tribunal arbitral.

² Le recours est instruit par le Service en charge du contrôle de l'utilisation de l'outil d'évaluation du niveau des soins, qui établit son rapport à l'attention de la commission.

³ La commission statue en principe sur la base des pièces du dossier dans une procédure écrite. Si des faits le justifient, la commission peut demander un complément d'enquête.

⁴ La procédure est gratuite. En cas de recours téméraire, les frais peuvent être mis à la charge du recourant ou de la recourante.

⁵ Le code de procédure et de juridiction administrative s'applique pour le surplus.

Art. 40 Réclamation

¹ Les décisions relatives aux subventions pour les frais d'accompagnement sont sujettes à réclamation auprès de la Caisse de compensation, dans les trente jours dès leur communication.

² La réclamation est écrite ; elle est brièvement motivée et contient les conclusions du réclamant ou de la réclamante. La réclamation peut aussi être consignée dans un procès-verbal que le réclamant ou la réclamante doit signer lors d'un entretien personnel.

³ Les décisions sur réclamation peuvent faire l'objet d'un recours au Tribunal cantonal.

10. Dispositions transitoires et finales

Art. 41 Mandats de prestations (art. 10 et 19 LPMS)

¹ Les associations disposent d'un délai de 3 ans dès l'entrée en vigueur du présent règlement pour élaborer les critères et indicateurs financiers et qualitatifs nécessaires à finaliser, avec les fournisseurs et fournisseuses de prestations entrant dans le plan de couverture du district, les mandats de prestations exigés conformément à l'article 19 de la loi.

² Jusqu'à la fin de ce délai, tous les établissements reconnus conformément à la Loi du 23 mars 2000 sur les établissements médico-sociaux pour personnes âgées (LEMS) peuvent être mis au bénéfice d'une reconnaissance provisoire.

³ Chaque association convient avec les établissements reconnus sis dans leur district des modalités transitoires de prise en charge des frais au sens de l'article 19 de la loi.

Art. 42 Outil d'évaluation des besoins (art. 4 LPMS)

¹ La Direction dispose d'un délai de trois ans pour développer l'outil d'évaluation des besoins avec les milieux intéressés.

² Durant ce délai, l'orientation des personnes vers les prestations médico-sociales appropriées se fait sur la base des indicateurs et des procédures à disposition des différents fournisseurs et fournisseuses de prestations.

Art. 43 Abrogations

Sont abrogés :

- a) le règlement du 4 décembre 2001 sur les établissements médico-sociaux pour personnes âgées (RSF 834.2.11) ;
- b) le règlement du 10 janvier 2006 sur l'aide et les soins à domicile (RSF 823.11).

Art. 44 Modifications

¹ L'arrêté du 19 mars 1971 d'exécution de la loi du 16 novembre 1965 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, modifiée par celle du 11 novembre 1970, (RSF 841.3.11) est modifié comme suit :

Art. 5^{quater} Frais de séjour en établissement

¹ Les taxes journalières sont prises en considération jusqu'à concurrence des maxima suivants :

- a) Etablissements médico-sociaux reconnus (EMS reconnus) Fr. 160.-
- b) Institutions spécialisées reconnues Fr. 140.-
- b^{bis}) *abrogé*
- c) Etablissements médico-sociaux admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins (EMS admis AOS) Fr. 133.-
- d) Autres établissements Fr. 111.50

² Dans les limites maximales fixées à l'alinéa 1, les critères suivants sont également applicables :

- a) pour tous les EMS, la participation des pensionnaires au coût des soins est définie par l'article 2 alinéa 1 de la loi du 9 décembre 2010 d'application de la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins ;
- b) pour les EMS reconnus au sens de la loi du 12 mai 2016 sur les prestations médico-sociales (RSF ...), les frais socio-hôtelières sont admis jusqu'à concurrence d'une taxe journalière de référence s'élevant à 103 francs pour l'ensemble des niveaux de soins ; les frais d'accompagnement sont pris en considération jusqu'à concurrence du prix fixé conformément à l'article 25 alinéa 2 du Règlement du ... sur les prestations médico-sociales (RSF ...).
- c) pour les institutions spécialisées reconnues au sens de la loi du 20 mai 1986 d'aide aux institutions spécialisées pour personnes handicapées ou inadaptées (RSF 834.1.2), est prise en compte la taxe de référence fixée par la Direction de la santé et des affaires sociales ;
- d) pour les EMS admis AOS au sens de la loi du 12 mai 2016 sur les prestations médico-sociales (RSF ...), les frais socio-hôtelières sont admis jusqu'à concurrence de la taxe journalière maximale prévue à l'alinéa 1 let. d pour l'ensemble des niveaux de soins ;
- e) pour les autres établissements, au sens de l'alinéa 1 let. d, des frais de soins facturés pour les pensionnaires bénéficiant d'une allocation pour impotent de l'AVS, de l'AI ou de l'AA peuvent être pris en compte, en plus de la limite fixée, jusqu'à concurrence du montant de ladite allocation.

² L'ordonnance du 3 décembre 2013 sur les besoins en soins et en accompagnement (RSF 834.2.12) est modifiée comme suit :

Art. 2 Participation au coût des soins et de l'accompagnement

¹ Seules les personnes dont l'évaluation des besoins répond aux critères fixés à l'article 1 peuvent prétendre à la participation des assureurs et des pouvoirs publics au coût des soins.

² Les personnes résidant dans un EMS reconnu peuvent également requérir une subvention des pouvoirs publics aux frais d'accompagnement.

Art. 3 Dotation requise

² (*nouveau*) Est accordée une dotation complémentaire en personnel d'accompagnement :

- a) de 0.03 UPT par personne pour les accueils résidentiels de courte durée, pour tous les niveaux de soins ;

b) de 2.5 UPT par unité spécialisée en démence.

³ *(nouveau)* Pour les accueils en foyer de jour, la dotation en personnel d'accompagnement s'élève, pour les niveaux de soins RAI 1 et 2, à 0.05 UPT ; à partir du niveau de soins RAI 3, cette dotation s'élève à 0.15 UPT.

⁴ *(nouveau)* Pour les accueils de nuit, la dotation en personnel d'accompagnement s'élève, à partir du niveau de soins RAI 3, à 0.13 UPT.

⁵ *(nouveau)* La Direction fixe les exigences donnant droit à la dotation complémentaire prévue à l'alinéa 2.

Art. 45 Entrée en vigueur

Le présent règlement entre en vigueur le 1^{er} janvier 2018, à l'exception de l'article 25 alinéa 2 qui entre en vigueur au 1^{er} janvier 2019.