

Règlement

du 23 janvier 2018

| |
|-------------------------------------------------------------------|
| Entrée en vigueur : 01.01.2018 (art. 25 al. 2 = 01.01.2019) |
|-------------------------------------------------------------------|

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 :

CHAPITRE PREMIER

Définitions

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

Les prestations de soins sont les prestations définies dans l'ordonnance du Département fédéral de l'intérieur du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance des soins en cas de maladie.

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

¹ Les prestations d'accompagnement sont les prestations participant au maintien et au développement des capacités physiques, psychiques, spirituelles et sociales de la personne, convenues entre l'établissement médico-social (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) détermine les prestations financées au titre de prestations d'accompagnement et définit les exigences y relatives.

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

Les prestations socio-hôtelières sont toutes les prestations fournies en EMS en dehors des prestations de soins et d'accompagnement et qui sont notamment liées :

- a) à la restauration ;
- b) à l'intendance ;
- c) 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 art. 6 al. 2 LPMS)

L'aide à domicile comprend :

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

CHAPITRE 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 toutes les 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'une 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 des législations 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 séjour dans 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.

CHAPITRE 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 exploité-e ou mandaté-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-le-s de la santé travaillant en réseau avec l'outil déterminé à cet effet (art. 8 du présent règlement).

³ La personne requérant l'évaluation fournit à cet effet les informations prévues par ordonnance séparée et accepte que ses données soient transmises à l'association du district dans lequel elle est domiciliée en vue de :

- a) la collecte des données nécessaires à l'établissement du plan de couverture des besoins (art. 12 let. a LPMS) ;
- b) la coordination des prestations médico-sociales nécessaires à la personne en cas de maintien à domicile (art. 12 let. b LPMS) ;
- c) la validation d'une éventuelle demande individuelle d'admission pour un accueil long séjour en EMS (art. 12 let. c LPMS).

⁴ Sous réserve du consentement express, écrit et spécifique 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'article 10 al. 5 LPMS.

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

⁴ Elle est portée à la connaissance des instances concernées au minimum une année avant le terme de la période en cours.

CHAPITRE 4

Prestations médico-sociales

1. Prestations à domicile

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

Une association qui, au lieu de mandater un seul fournisseur ou une seule fournisseuse, en mandate plusieurs 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 en personnel ;
- d) le plan comptable et le contenu de la statistique.

2. Prestations 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 du présent règlement.

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 légale 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 du présent règlement;
- b) les droits et devoirs de la personne accueillie;
- c) les conditions financières (prestations à la 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.

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 ayant 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 LPMS.

Art. 16 Conditions d'admission à pratiquer à la 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 la Direction 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 son activité;

- 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 la charge de l'assurance obligatoire des soins doit garantir à la personne des prestations d'accompagnement personnalisées 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 qu'il soit tenu compte de l'évolution de ses compétences et de ses besoins ainsi que de son état de santé.

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

La demande de reconnaissance doit être adressée par l'association au Service de la prévoyance sociale, 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 LPMS.

Art. 19 EMS au bénéfice d'un mandat de l'Etat (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 LPMS.

CHAPITRE 5

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 du présent règlement et en distinguant les EMS qui bénéficient d'une admission à pratiquer à la 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 au Service de la prévoyance sociale ainsi qu'au Service de la santé publique.

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

¹ L'association veille à organiser les prestations médico-sociales au sein de son district de manière à répondre aux besoins spécifiques de sa population.

² Elle 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 Elle 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, au sens de l'article 13 al. 2 LPMS, 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.

CHAPITRE 6

Financement des prestations

1. 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 al. 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 d'un correctif annuel.

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

¹ Les frais socio-hôteliers comprennent :

- a) les salaires, les charges sociales et les 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 du présent règlement, à l'exception des frais d'investissement.

² La Direction détermine les prestations pouvant être facturées en sus aux résidents et résidentes.

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

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

2. *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.

² La Direction précise les normes de référence pour les situations dans lesquelles les normes de l'Etat ne sont pas applicables.

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 LPMS.

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 de la santé publique jusqu'au 31 mai de l'année suivant l'année comptable considérée.

⁴ L'Etat verse aux services d'aide et de soins à domicile 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 en EMS (art. 17 al. 1 LPMS)

¹ Le forfait pour les accueils de jour et de nuit en EMS 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 vingt-quatre heures.

² Les accueils de jour et de nuit organisés sur une période de plus de quatorze 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 de 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 LPMS.

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 vingt 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 à la personne bénéficiaire sa décision sur le droit à la subvention, 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 de la prévoyance sociale 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'article 15 al. 4 LPMS.

² La part des revenus à la disposition des bénéficiaires de prestations pour leurs frais personnels, le montant maximal des frais socio-hôteliers 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 art. 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.

CHAPITRE 7

Coordination, surveillance et voies de droit

Art. 37 Commission cantonale (art. 21 LPMS)

¹ La Commission cantonale est composée de onze membres représentant les associations de district, les réseaux hospitaliers ainsi que les services de l'Etat.

² Elle est présidée par le ou la chef-fe du Service de la santé publique ou par le ou la chef-fe du Service de la prévoyance sociale.

³ En fonction des thèmes à l'ordre du jour, la Commission invite à ses séances les personnes représentant les associations faîtières des fournisseurs et fournisseuses de prestations ainsi que celles qui représentent les bénéficiaires de prestations.

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

¹ La Commission d'experts et expertes (ci-après : la Commission) est composée de cinq 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 faîtières qui assurent l'indemnisation de leur représentant ou représentante.

³ La Commission est présidée par le ou la chef-fe du Service du médecin cantonal ou par son représentant ou sa représentante.

Art. 39 Recours auprès de la Commission (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 de la prévoyance sociale, 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, 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.

CHAPITRE 8

Dispositions finales

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

¹ Les associations disposent d'un délai de trois 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 LPMS.

² Jusqu'à la fin de ce délai, tous les établissements reconnus conformément à la loi sur les établissements médico-sociaux pour personnes âgées peuvent être mis au bénéfice d'une reconnaissance provisoire.

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

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

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

² Durant ce délai, l'orientation des personnes vers les prestations médico-sociales appropriées se fait sur la base des indicateurs et des procédures dont disposent les 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

- a) Prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité

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 il suit :

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

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

Fr.

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| a) Etablissements médico-sociaux reconnus (EMS reconnus) | 160.– |
| b) Institutions spécialisées reconnues | 140.– |
| c) Etablissements médico-sociaux admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins (EMS admis AOS) | 133.10 |
| d) Autres établissements | 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 al. 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 sur les prestations médico-sociales, 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 al. 2 du règlement du 23 janvier 2018 sur les prestations médico-sociales ;
- c) pour les institutions spécialisées reconnues au sens de la loi d'aide aux institutions spécialisées pour personnes handicapées ou inadaptées, 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 sur les prestations médico-sociales, 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.

Art. 13 (nouveau) Paramètres de calcul

Pour le calcul de la participation aux frais d'accompagnement des bénéficiaires de rentes de vieillesse séjournant dans un home ou un établissement hospitalier, les paramètres fixes applicables pour toute l'année 2018, qui ne sont pas en lien avec l'état de santé ou de dépendance de la personne, sont déterminés conformément à la loi sur les établissements médicaux sociaux pour personnes âgées en vigueur jusqu'au 31 décembre 2017.

ANNEXE

Abrogée

Art. 45 b) Besoins en soins et en accompagnement

L'ordonnance du 3 décembre 2013 sur les besoins en soins et en accompagnement (RSF 834.2.12) est modifiée comme il 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 al. 2 à 5 (nouveaux)

² 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 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 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 La Direction fixe les exigences donnant droit à la dotation complémentaire prévue à l'alinéa 2.

Art. 46 Entrée en vigueur

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

Le Président :

G. GODEL

La Chancelière :

D. GAGNAUX-MOREL