



Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration
Office de la santé

Rathausgasse 1
Case postale
3000 Berne 8
+41 31 633 79 65
info.ga@be.ch
www.be.ch/dssi

DSSI-ODS, Rathausgasse 1, case postale, 3000 Berne 8

Aux établissements médico-sociaux
du canton de Berne

Berne, le 6 janvier 2022

Financement des soins et coûts plafonds 2022

Mesdames, Messieurs,

La présente circulaire a pour but de vous informer des changements prévus en 2022 dans le cadre du financement des soins. Par ailleurs, nous attirons votre attention sur le fait que l'ordonnance du 24 novembre 2021 sur les programmes d'action sociale (OPASoc)¹ est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

1. Composition des frais

Un plafond uniforme des coûts, applicable à l'ensemble des résidentes et des résidents et déterminant pour le calcul des prestations complémentaires (PC), est fixé pour l'infrastructure, l'hôtellerie et la prise en charge. Il s'élève à 163,80 francs en 2022, conformément à l'ordonnance du 16 septembre 2009 portant introduction de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (Oi LPC)² (annexe 1).

1.1 Hôtellerie et prise en charge

Un montant unique de 118,90 francs a été fixé pour l'hôtellerie et de 15,40 francs pour la prise en charge, indépendamment du degré de soins. Il comprend notamment les repas, le nettoyage des chambres ainsi que l'entretien du linge des résidentes et des résidents.

1.2 Infrastructure

La participation aux frais d'infrastructure s'élève à 29,50 francs par jour et par personne.

¹ RSB 860.21

² RSB 841.311

1.2.1 Forfaits d'infrastructure

Les subventions d'infrastructure facturées par l'institution sont à comptabiliser comme une recette sur un compte séparé (6019), dans le groupe de comptes 60 (plan comptable 2021 selon CURAVIVA). Les excédents éventuels (recettes des subventions d'infrastructure moins dépenses d'investissement) servent à former des réserves liées sans intérêts destinées à l'infrastructure. Celles-ci sont à porter au bilan dans le groupe de comptes 20 (Capitaux de tiers) sur le compte 2080 Provisions compte des investissements ou doivent y figurer comme fonds affecté.

Il y est clairement précisé que les institutions sont tenues de communiquer leur pratique comptable en matière de forfaits d'infrastructure. Etant donné que l'annexe fait partie des comptes annuels au même titre que le bilan et le compte de résultat, cet élément sera automatiquement vérifié par l'organe de révision.

1.3 Soins

Le coût des soins dépend des besoins et augmente de manière linéaire avec chaque degré de soins (cf. annexe 2). La participation de la personne résidente est inférieure à 23 francs jusqu'au degré 2. A partir du degré 3, elle est fixée de manière uniforme à 23 francs. A l'exception des degrés inférieurs, le plafond est donc le même pour tous les pensionnaires. Le coût des soins qui n'est couvert ni par les caisses-maladie ni par les résidentes et les résidents ou les PC est pris en charge par le canton au moyen de subventions d'exploitation.

1.3.1 Remboursement du matériel de soins figurant sur la liste des moyens et appareils

A compter du 1^{er} janvier 2022, le matériel de soins doit en principe être facturé aux caisses-maladie. Dans des cas exceptionnels, il faut prendre contact à l'avance avec l'Office de la santé (ODS) du canton de Berne.

2. Modalités de paiement

Comme annoncé dans notre circulaire du 16 novembre 2020, le décompte du financement résiduel des soins a lieu mensuellement et par voie électronique. Le montant doit être saisi au plus tard le **15 du mois suivant**. Les attributions à un degré de soins qui ne sont pas terminées peuvent être intégrées dans le décompte le mois suivant ou dès qu'elles sont achevées.

Les extournes entraînant un remboursement ou une facturation sont établies dans les délais suivants :

- 1^{er} trimestre 2022, jusqu'au 30 avril 2022
- 2^e trimestre 2022, jusqu'au 31 juillet 2022
- 3^e trimestre 2022, jusqu'au 31 octobre 2022
- 4^e trimestre 2022, jusqu'au 15 janvier 2023.

Il convient d'observer les points suivants :

- Aucune contribution aux soins n'est versée pour les séjours à l'hôpital ou pendant les vacances.
- Le financement résiduel ne concerne que les prestations relevant de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)³. Si les frais de séjour sont pris en charge par une autre assurance sociale (accident ou invalidité), le canton ne verse pas de contribution aux soins et il convient de facturer le tout à l'assurance.

3. Garantie de l'égalité salariale

Conformément à l'article 7a de la loi du 16 septembre 1992 sur les subventions cantonales (LCSu)⁴, les services qui reçoivent des subventions cantonales doivent garantir l'égalité salariale entre femmes et hommes. Ceux qui emploient 50 personnes ou davantage et touchent des subventions cantonales uniques ou périodiques de 250 000 francs ou plus sont tenus d'attester explicitement qu'ils appliquent cette disposition. A cet effet, l'ODS leur demande de remplir une déclaration spontanée qu'il transmet au Bureau cantonal de l'égalité entre la femme et l'homme (BEFH). Il l'a fait pour la première fois dans le cadre de la procédure de décompte 2018 (documents à remettre le 30 juin 2019). Valable pendant trois ans, le formulaire de déclaration spontanée est disponible sur le site internet de la Chancellerie d'Etat (Déclaration spontanée de l'égalité salariale). Le BEFH se tient à votre disposition pour tout complément d'information (031 633 75 77 ; egalite@be.ch).

4. Résidentes et résidents d'autres cantons

Il convient de régler complètement le financement du séjour des personnes résidant hors du canton de Berne, directement avec elles ou avec leur canton de domicile légal.

Dans ce contexte, il s'agit de tenir compte de la modification de l'article 25a, alinéa 5 LAMal, applicable depuis le 1^{er} janvier 2019 :

[...] Le canton de domicile de la personne assurée est compétent pour fixer et verser le financement résiduel. Dans le domaine des soins ambulatoires, le financement résiduel est régi par les règles du canton où se situe le fournisseur de prestations. Le séjour dans un établissement médico-social ne fonde aucune nouvelle compétence. Si, au moment de l'admission, aucune place ne peut être mise à disposition de la personne assurée dans un établissement médico-social de son canton de domicile qui soit situé à proximité, le canton de domicile prend en charge le financement résiduel selon les règles du canton où se situe le fournisseur de prestations. Ce financement résiduel et le droit de la personne assurée à séjourner dans l'établissement médico-social en question sont garantis pour une durée indéterminée.

Nous vous prions de bien vouloir observer ces règles pour les résidentes et résidents en provenance d'un autre canton. Selon la manière dont celui-ci applique la réglementation, des déficits de financement peuvent en résulter.

³ RS 832.10

⁴ RSB 641.1

5. Facturation aux résidentes et résidents

Par souci de transparence, les établissements médico-sociaux fournissent un relevé des frais à leurs résidentes et résidents (sur la facture ou en annexe). Celui-ci comporte :

- le total des coûts
- la part de l'assurance
- celle du canton et
- celle de la personne résidente (subdivisée entre hôtellerie et soins).

Pour toute question liée aux décomptes électroniques, veuillez vous adresser au service d'assistance suivant :

Français : +41 31 636 99 94

Allemand : +41 31 636 99 95

ou envoyez un courriel via la plateforme de traitement électronique des factures.

En vous remerciant de votre dévouement et de votre travail en faveur des personnes âgées du canton de Berne, nous vous présentons, Mesdames, Messieurs, nos salutations distinguées.

Office de la santé



Fritz Nyffenegger
Chef d'office

Annexe 1

Degré de soins	Maximum PC 2022 = dépenses maximales imputables par jour selon l'article 3, alinéa 1 Oi LPC (en CHF)
0	163,80
1	165,25
2	177,75
3	186,80
4	186,80
5	186,80
6	186,80
7	186,80
8	186,80
9	186,80
10	186,80
11	186,80
12	186,80

Annexe 2

Degré de soins	Coûts normatifs des soins par jour (en CHF)	Contribution de l'assurance-maladie (en CHF)	Participation des résident·e·s ou financement par les PC (en CHF) (art. 3 Oi LPC)	Financement résiduel des soins par le canton (en CHF) (art. 15 OPASoc)
0	0,00	0,00	0,00	0,00
1	11,05	9,60	01,45	0,00
2	33,15	19,20	13,95	0,00
3	55,25	28,80	23,00	3,45
4	77,35	38,40	23,00	15,95
5	99,45	48,00	23,00	28,45
6	121,55	57,60	23,00	40,95
7	143,65	67,20	23,00	53,45
8	165,75	76,80	23,00	65,95
9	187,85	86,40	23,00	78,45
10	209,95	96,00	23,00	90,95
11	232,05	105,60	23,00	103,45
12	254,15	115,20	23,00	115,95

Annexe 3

Degrés de soins du système central	Minutes BESA	Groupes RAI/RUG
0	0	-
1	1 - 20	PA0
2	21 - 40	PA1
3	41 - 60	PA2, BA1
4	61 - 80	PB1, BA2, IA1
5	81 - 100	CA1, BB1, PB2
6	101 - 120	PC2, BB2, PC1, IB1
7	121 - 140	CA2, IB2, IA2
8	141 - 160	RMA, RLA, CB1, PD2, PD1
9	161 - 180	CC1, RMB, SSA, CB2
10	181 - 200	SE1, SSB, CC2, RLB, PE2, PE1
11	201 - 220	SSC
12	> 221	SE2, SE3, RMC

Depuis le 1^{er} janvier 2015, le classement est à effectuer selon la version 4.0 ou plus du catalogue de prestations 2010 pour BESA et selon la version RAI 2.0 (2014), indice suisse, Berne 2015, pour RAI/RUG.