



**Directive relative au financement résiduel de l'Etat
pour les soins effectués par les organisations d'aide
et de soins à domicile (OASD)**

Versement du financement résiduel 2019	
Objectif :	<p>Décrire la procédure et les documents à remettre au Département pour bénéficier de la part résiduelle des soins (financement résiduel), en vertu des montants de référence fixés par le règlement.</p> <p>Le présent document s'applique à l'année 2019 et sera mis à jour annuellement.</p>
Destinataires :	<ul style="list-style-type: none">• Organisations d'aide et de soins à domicile
Loi(s) et règlement(s) liés :	<ul style="list-style-type: none">• Loi sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994, (LAMal, RS 832.10), art. 25a;• Ordonnance du Département fédéral de l'intérieur sur les prestations dans l'assurance-maladie obligatoire des soins en cas de maladie, du 29 septembre 1995 (OPAS, RS 832.112.31), art. 7;• Loi sur la santé, du 7 avril 2006, (LS, K103)• Loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile, du 26 juin 2008 (LSDom, K106);• Règlement d'application de la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile, du 16 décembre 2009 (RSDom, K106.01);• Règlement fixant les montants destinés à déterminer le financement résiduel selon l'article 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 2019 (RFRLAMal, J 3 05.23)• Arrêté du 19 décembre 2018 déterminant la contribution personnelle des assurés aux coûts des soins non pris en charge par les assurances sociales et fournis aux assurés suivis en ambulatoire ou en établissements médico-sociaux
Emetteur(s) :	Direction administrative et financière
Approbateur(s) :	Estelle Guéry, directrice administrative et financière
Date d'approbation :	19.07.2019
Date d'entrée en vigueur :	Rétroactivement au 1 ^{er} janvier 2019

Art. 1 But

La présente directive a pour but de fixer les modalités de versement de la part résiduelle des soins à charge de l'Etat de Genève pour les prestations de soins ambulatoires délivrées par les organisations d'aide et de soins à domicile (OASD) à des clients résidant dans le canton de Genève.

Art. 2 Bénéficiaires

Le Département de la sécurité, de l'emploi et de la santé (ci-après : le Département), pour lui la direction générale de la santé (ci-après : DGS), octroie le financement résiduel aux OASD au bénéfice d'une autorisation d'exploiter et du droit de pratiquer dans le canton de Genève, qui répondent aux critères fixés à l'article 18A du RSDom, en particulier :

- Être au bénéfice d'un numéro RCC (registre des codes-créanciers) ;
- Être signataire de la charte de collaboration des partenaires du réseau de soins ;
- Poursuivre une politique salariale conforme aux conventions collectives ou répondre aux normes cantonales appliquées aux professionnels concernés ;
- Fournir les informations comptables nécessaires afin de contrôler l'évolution des coûts ;
- Se conformer aux modalités et processus de facturation prévus par le Département pour le financement résiduel du coût des soins.

Art. 3 Clientèle

Les prestations sont réalisées sur prescription médicale au sens de l'article 25a LAMal auprès des clients résidant dans le canton de Genève assurés à la LAMal. Les clients non LAMal au bénéfice d'une assurance privée et ceux qui sont couverts par une autre assurance sociale (LAA-LAI-Assurance Militaire) ne sont pas concernés par la présente directive.

Art. 4 Types de prestations

Les prestations concernées par la présente directive sont celles décrites à l'article 7 al. 2 OPAS, soit :

- Évaluation et conseils ;
- Examens et traitements ;
- Soins de base.

Art. 5 Montant du financement résiduel

Le financement résiduel à la charge de l'Etat correspond à la couverture du coût horaire des soins, après déduction des parts assureurs et patients.

1. Le règlement (RFRLAMal – J 3 05.23) fixe le coût horaire des soins pris en compte pour le calcul du financement résiduel.
2. L'arrêté du 19 décembre 2018 fixe la contribution obligatoire du patient à 8 francs par jour et par patient, au sens de l'article 25a LAMal. Elle s'applique à tous les prestataires de soins.
3. En cas de prestations déléguées, les prestataires de soins intervenant la même journée auprès d'un même patient sont tenus de veiller à ce que la contribution du patient n'excède pas 8 francs par jour. Pour cela, il convient de s'accorder sur le prestataire qui facture les 8 francs au patient, l'autre prestataire étant couvert par la part résiduelle. En conséquence, la contribution du patient ne doit pas donner lieu à une rétrocession entre prestataires.

Exemple 1 :

Un prestataire réalise 1.5 heure (H) de soins OPAS b) auprès d'un client.

Il facture 8 Frs au client. Il facture à l'assureur $65.40 \text{ Frs} \times 1.5 \text{ H}$, soit 98.10 Frs et reçoit une part résiduelle de $(90 \text{ Frs} - 65.40 \text{ Frs}) \times 1.5 \text{ H}$ moins 8 Frs, soit 28.90 Frs. Au total, il recevra 135 Frs pour sa prestation de 1.5 heure auprès du client.

Exemple 2 :

Un prestataire réalise 30 minutes de soins OPAS b) auprès d'un client.

Il facture 8 Frs au client. Il facture à l'assureur $65.40 \text{ Frs} \times 0.5 \text{ H}$, soit 32.70 Frs et reçoit une part résiduelle de $(90 \text{ Frs} - 65.40 \text{ Frs}) \times 0.5 \text{ H}$ moins 8 Frs, soit 4.30 Frs. Au total, il recevra 45 Frs pour sa prestation d'une demi-heure.

Exemple 3 :

Un prestataire P1 réalise 30 minutes de soins OPAS a) auprès d'un client et délègue une heure de soins OPAS c) la même journée à un deuxième prestataire P2 pour ce même client.

Le prestataire P1 facture 8 Frs au client. Il facture à l'assureur $79.80 \text{ Frs} \times 0.5 \text{ H}$, soit 39.90 Frs et reçoit une part résiduelle de $(115 \text{ Frs} - 79.80 \text{ Frs}) \times 0.5 \text{ H}$ moins 8 Frs, soit 9.60 Frs. Au total, il recevra 57.50 Frs pour sa prestation OPAS a) d'une demi-heure.

Le prestataire P2 ne facture pas au client. Il facture à l'assureur $54.60 \text{ Frs} \times 1 \text{ H}$, soit 54.60 Frs et reçoit un financement résiduel de $(66 \text{ Frs} - 54.60 \text{ Frs}) \times 1 \text{ H}$, soit 11.40 Frs. Au total, il recevra 66 Frs pour sa prestation OPAS c) d'une heure.

Art. 6 Versement du financement résiduel

Les OASD respectent le processus suivant :

- Elles transmettent à la DGS un décompte trimestriel signé des heures remboursées par l'assurance obligatoire des soins, selon le formulaire fourni par la DGS. Les heures ayant fait l'objet d'un remboursement partiel ne sont pas prises en compte. Les décomptes doivent parvenir à la DGS aux dates suivantes :
 - 30.09.2019 pour le décompte des deux premiers trimestres,
 - 10.10.2019 pour le décompte du troisième trimestre,
 - 10.01.2020 pour le décompte du quatrième trimestre.Par sa signature, le responsable de l'OASD atteste que l'OASD répond aux exigences listées à l'article 2.
- En vue du premier versement, l'OASD renseigne une fiche fournisseur indiquant ses coordonnées bancaires, la met à jour et la renvoie à la DGS à chaque modification.
- La DGS verse trimestriellement le financement résiduel, sur la base des décomptes transmis par l'OASD.

Art. 7 Contrôle et limites au versement du financement de l'Etat

1. La DGS s'assure que les prestations effectuées par les OASD sont efficaces, appropriées et économiques (LAMal, art. 32). A cette fin, l'OASD transmet à la DGS tout document utile à la surveillance financière.
2. L'OASD délivre notamment ses états financiers certifiés par un organe agréé et indépendant, dans le respect du Code des Obligations. Elle fournit également une comptabilité analytique d'exploitation (CAE) qui présente avec clarté tous les éléments de charges et de produits en lien avec la prestation de soins financée, distinguant séparément toute charge qui ne serait pas constitutive du coût des soins. Les états financiers et la CAE sont remis à la DGS au plus tard le 30 avril de l'année suivant le financement.

3. La copie des factures ainsi que les justificatifs de remboursement par l'assurance et par le patient peuvent être demandés en tout temps par le Département. La DGS procède exhaustivement ou par sondage au contrôle des décomptes trimestriels.
4. Le Département peut suspendre les versements et demander la restitution du trop-perçu en cas de violation des dispositions de la présente directive.
5. Tout retard dans la transmission des documents listés à l'article 4 doit être dûment annoncé à l'avance à la DGS. L'absence de transmission des documents vaut renoncement à la prétention de la part résiduelle.

Art. 8 Données statistiques et devoir d'information

1. Conformément à l'art. 23 LAMal et art. 31 LS, les prestataires de soins sont soumis à l'obligation de renseigner les statistiques, notamment la statistique de l'aide et des soins à domicile élaborée par l'Office fédéral de la statistique avec l'aide de l'Office cantonal de la statistique du canton de Genève.
2. A ce titre, elles remettent à la DGS, au plus tard le 10 janvier 2020, un décompte des heures prestées et facturées de l'année 2019, selon le modèle établi par l'Etat.
3. Par ailleurs, les OASD renseignent la statistique du personnel selon le modèle établi par le Département et le transmettent à celui-ci au plus tard le 30 avril 2020.
4. Les OASD participent également à l'enquête annuelle de la DGS concernant la relève des professionnels de la santé.
5. La DGS peut demander des statistiques complémentaires pour les besoins du suivi de l'activité du réseau de soins.

Art. 9 Entrée en vigueur

La présente directive entre en vigueur rétroactivement le 1^{er} janvier 2019.