



INFORMATION EXTERNE

Directives et modalités de versement du financement résiduel des soins dès 2020	
Objectif :	OASD-RFRLAMAL-2020 – V1 Cette information externe annule et remplace la directive du 19 juillet 2019 relative au versement, par l'Etat, du financement résiduel des soins aux organisations d'aide et de soins à domicile (OASD).
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, K 103)• Loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile, du 26 juin 2008 (LSDom, K 106)• Règlement d'application de la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile, du 16 décembre 2009 (RSDom, K 106.01)• Règlement fixant les montants destinés à déterminer le financement résiduel selon l'art.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) :	Service du réseau de soins
Approbateur(s) :	Laurent Mauler, directeur
Date d'approbation :	2 mars 2020
Date d'entrée en vigueur :	1 ^{er} janvier 2020

SOMMAIRE

Art. 1 But.....	3
Art. 2 Bénéficiaires.....	3
Art. 3 Clientèle	3
Art. 4 Types de prestations	3
Art. 5 Montant du financement résiduel.....	3
Art. 6 Versement du financement résiduel	4
Art. 7 Contrôle et limites au versement du financement de l'Etat	4
Art. 8 Données statistiques et devoir d'information.....	5
Art. 9 Entrée en vigueur	5

Art. 1 But

La présente information externe a pour but de fixer les directives et modalités de versement de la part résiduelle des soins à charge du canton selon l'article 25a LAMal, pour les prestations de soins ambulatoires délivrées par les organisations d'aide et de soins à domicile (OASD) reconnues 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), et pour lui la direction générale de la santé (DGS), octroie le financement résiduel des soins 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'art. 18a 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 prescriptions médicales au sens de l'art. 25a LAMal auprès de clients résidant dans le canton de Genève assurés 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 information externe.

Art. 4 Types de prestations

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

- l'évaluation, les conseils et la coordination (prestations a);
- les examens et les traitements (prestations b);
- les soins de base (prestations c).

Art. 5 Montant du financement résiduel

Le financement résiduel à la charge du canton correspond à la différence entre le coût horaire effectif des soins et la contribution des assurances-maladie selon les prestations définies à l'art. 4 de la présente information externe, après déduction de la contribution des patients aux coûts des soins.

1. Le règlement (RFRLAMal ; J 3 05.23), du 19 mai 2019, fixe le coût horaire des soins pris en compte pour le calcul du financement résiduel.
2. La contribution des assureurs-maladie est fixée par l'art. 7a, al. 2 OPAS.
3. L'arrêté du Conseil d'Etat du 19 décembre 2018 fixe la contribution obligatoire du patient à 8 francs par jour, au sens de l'article 25a LAMal.
4. Lorsqu'un autre prestataire intervient la même journée auprès d'un même patient, les prestataires 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 facturera la contribution du patient, l'autre prestataire étant couvert par le financement résiduel.

En conséquence, ladite contribution ne donne pas lieu à une rétrocession entre prestataires de soins.

Exemple 1 :

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

Il facture 8 Frs au client. Il facture à l'assureur 63 Frs*1.5 H, soit 94.50 Frs et reçoit une part résiduelle de (90 Frs-63 Frs)*1.5 H moins 8 Frs, soit 32.50 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 63 Frs*0.5 H, soit 31.50 Frs et reçoit une part résiduelle de (90 Frs-63 Frs)*0.5 H moins 8 Frs, soit 5.50 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 76.90 Frs*0.5 H, soit 38.45 Frs et reçoit une part résiduelle de (115 Frs-76.90 Frs)*0.5 H moins 8 Frs, soit 11.05 Frs. Au total, il recevra 57.50 Frs pour sa prestation OPAS a) d'une demi-heure.

Le prestataire P2 ne facture pas la contribution du patient au client. Il facture à l'assureur 52.60 Frs*1 H, soit 52.60 Frs et reçoit un financement résiduel de (66 Frs-52.60 Frs)*1 H, soit 13.40 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 (AOS), selon le formulaire fourni par la DGS¹. 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 :
 - 10 avril 2020 pour le décompte du premier trimestre
 - 10 juillet 2020 pour le décompte du deuxième trimestre
 - 10 octobre 2020 pour le décompte du troisième trimestre
 - 10 janvier 2021 pour le décompte du quatrième trimestre

Par sa signature, le responsable de l'OASD atteste répondre aux exigences de l'article 2;

- pour le premier versement, l'OASD renseigne la fiche-fournisseur du département et la tient continuellement à jour. Au besoin, elle la renvoie à la DGS après chaque modification;
- après contrôles et/ou ajustements des décomptes trimestriels reçus des OASD, le département verse le financement résiduel.

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.

¹<https://www.ge.ch/soins-domicile-financement-residuel>

2. L'OASD délivre notamment ses états financiers certifiés par un organe de révision agréé et indépendant, dans le respect du Code des Obligations (CO). Elle fournit également une comptabilité analytique d'exploitation (CAE) qui présente avec clarté tous les éléments de charges et de produits en lien avec les prestations de soins financées, en distinguant toutes charges qui ne seraient pas constitutives 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-versé en cas de violation des dispositions de la présente information externe.
5. Tout retard dans la transmission des documents listés à l'art. 6 doit être 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 aux arts. 23 LAMal et 31 LS, les prestataires de soins sont soumis à l'obligation de renseigner les statistiques, notamment celle 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. Les OASD remettent à la DGS, au plus tard le 10 janvier 2021, un décompte des heures prestées et facturées pour l'année 2020, selon le modèle établi par le département.
3. Les OASD renseignent la statistique du personnel selon le modèle établi par le département et le transmettent au plus tard pour le 30 avril 2021.
4. Les OASD participent 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 Service du réseau de soins (SRS).

Art. 9 Entrée en vigueur

La présente information externe entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020.