

Vu la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), du 18 mars 1994;  
vu la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins, du 13  
juin 2008;  
vu l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal), du 27 juin 1995;  
vu l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des  
soins en cas de maladie (ordonnance sur les prestations de l'assurance des  
soins, OPAS), des 24 juin et 4 décembre 2009;  
vu la loi de santé (LS), du 6 février 1995;  
sur la proposition de la conseillère d'Etat, cheffe du Département de la  
santé et des affaires sociales,  
arrête:

chapitre premier  
Généralités

**But** **Article premier** Le présent règlement a pour but de mettre en œuvre le  
financement des soins prévu par l'article 25a de la loi fédérale sur  
l'assurance-maladie (LAMal), du 18 mars 1994.

**Champ d'application** **Art. 2** <sup>1</sup>Le présent règlement s'applique aux:  
a) prestations de soins de longue durée, y compris l'accueil de jour et  
de nuit;  
b) soins aigus et de transition.  
<sup>2</sup>Ces prestations sont fournies par :  
a) les établissements médico-sociaux (EMS);  
b) les organisations d'aide et de soins à domicile;  
c) les infirmières et infirmiers indépendant-e-s.

**Renseignements** **Art. 3** Les fournisseurs de prestations au sens de l'article 2, alinéa 2  
doivent fournir au service cantonal de la santé publique toutes les données  
comptables et statistiques nécessaires à l'application du présent règlement.

chapitre 2  
Financement des soins de longue durée  
Section 1 : Etablissements médico-sociaux (EMS)

**En général** **Art. 4** <sup>1</sup>En cas de séjour dans un EMS admis à pratiquer à la  
charge de l'assurance obligatoire des soins, la part du coût des soins de  
longue durée incombant au résident correspond à la différence entre le coût  
du niveau de soins requis fixé par le Conseil d'Etat et la part de ce coût qui  
est prise en charge par l'assurance obligatoire des soins, mais au plus à  
20% de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral (part du  
résident).

<sup>2</sup>La part du coût des soins qui n'est pas prise en charge par les assurances  
sociales ou par le résident incombe à l'Etat (part cantonale).

<sup>3</sup>La part du résident n'est due que si les prestations de soins sont admises par l'assureur-maladie conformément aux principes de l'assurance obligatoire des soins.

<sup>4</sup>La part cantonale, qui constitue une indemnité au sens de l'article 3, alinéa 1, lettre a de la loi sur les subventions (ci-après: LSubv), du 1<sup>er</sup> février 1999, n'est versée que si les prestations de soins sont admises par l'assureur-maladie conformément aux principes de l'assurance obligatoire des soins et que si elles ont été dispensées dans les limites fixées par l'autorisation d'exploiter de l'EMS.

1. Part du résident **Art. 5** <sup>1</sup>Le Conseil d'Etat fixe pour l'année 2011, par voie d'arrêté, les montants exacts de la participation du résident au coût des soins par niveau de soins requis conformément à l'article 4, alinéa 1.

<sup>2</sup>Le résident est le débiteur de la part définie à l'article 4, alinéa 1.

2. Part cantonale **Art. 6** <sup>1</sup>Le Conseil d'Etat fixe pour l'année 2011, par voie d'arrêté, la part cantonale au sens de l'article 4, alinéa 2.

<sup>2</sup>Pour définir la part cantonale, le Conseil d'Etat:

a) se base sur les informations comptables et statistiques de l'année 2009 fournies par les EMS;

b) tient compte, dans le calcul du coût des soins, des frais de personnel soignant, à hauteur d'un taux de couverture des soins requis de 95%, les charges sociales ainsi que le petit matériel nécessaire à la fourniture de soins ne pouvant être imputé à un résident identifié;

c) détermine le coût d'une minute de soins, en tenant compte d'une majoration de 1,5% correspondant à l'indexation et à l'augmentation de la masse salariale;

d) calcule le coût journalier des soins par niveau de dépendance sur la base du poids moyen de chaque catégorie;

e) soustrait du coût des soins les participations à charge du résident et de l'assureur-maladie.

<sup>3</sup>La participation cantonale est versée sur la base de 16 niveaux de soins, la classe 12 OPAS étant divisée en 5 niveaux selon les modalités suivantes:

Niveau 12a (12)	de 221 minutes à 240 minutes de soins requis
Niveau 12b (13)	de 241 minutes à 260 minutes de soins requis
Niveau 12c (14)	de 261 minutes à 280 minutes de soins requis
Niveau 12d (15)	de 281 minutes à 300 minutes de soins requis
Niveau 12e (16)	plus de 300 minutes de soins requis

<sup>4</sup>La part cantonale pour le niveau 16 n'est pas versée de manière forfaitaire mais sur la base des minutes de soins requises effectives de chaque résident.

<sup>5</sup>L'application en 2011 par les EMS des CCT santé 21 donne droit à une majoration de la part cantonale. L'application en 2011 de conditions générales de travail (CGT) émises par une association professionnelle d'EMS, mais déjà en vigueur en 2009, donne également droit à une majoration de la part cantonale, cette dernière étant toutefois inférieure à celle due à l'application des CCT santé 21.

<sup>6</sup>Si les tarifs fixés par le Conseil d'Etat mettent en péril la qualité des soins et la situation financière d'un EMS, le département peut, à la demande de l'EMS, fixer une part cantonale plus élevée pour une durée déterminée.

<sup>7</sup>Le département définit les modalités du versement de la part cantonale.

Accueil de jour et de nuit **Art. 7** <sup>1</sup>Le financement des prestations d'accueil de jour et de nuit est réglé par le département conformément aux principes des articles 4 à 6.

<sup>2</sup>Aucune participation au coût des soins en accueil de jour et de nuit n'est facturée au client.

## Section 2 : Organisations d'aide et de soins à domicile

En général **Art. 8** <sup>1</sup>Pour les soins prodigués par les organisations d'aide et de soins à domicile au sens de l'article 51 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal), du 27 juin 1995, et qui sont admises à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, aucune participation au coût des soins de longue durée n'est facturée au client.

<sup>2</sup>La part du coût des soins qui ne sont pas pris en charge par l'assureur-maladie incombe à l'Etat (part cantonale).

<sup>3</sup>La part cantonale, qui constitue une indemnité au sens de l'article 3, alinéa 1, lettre a de la LSubv, n'est versée que si les prestations de soins sont admises par l'assureur-maladie conformément aux principes de l'assurance obligatoire des soins et que si elles ont été dispensées dans les limites fixées par l'autorisation d'exploiter de l'organisation d'aide et de soins à domicile.

Part cantonale **Art. 9** <sup>1</sup>Le Conseil d'Etat fixe pour l'année 2011, par voie d'arrêté, la part cantonale au sens de l'article 8, alinéa 2.

<sup>2</sup>Pour définir la part cantonale, le Conseil d'Etat:

- a) se base en principe sur les informations comptables et statistiques de l'année 2009 fournies par les organisations d'aide et de soins à domicile;
- b) détermine les coûts horaires des soins en tenant compte de l'indice suisse des prix à la consommation;
- c) soustrait du coût des soins la participation à charge de l'assureur-maladie.

<sup>3</sup>Les organisations de soins à domicile sont regroupées en catégories.

<sup>4</sup>La part cantonale est fixée pour chaque prestation selon article 7, alinéa 2 OPAS et pour chacune des catégories définies.

<sup>5</sup>Le département définit les modalités du versement de la part cantonale.

## Section 3 : Infirmières et infirmiers indépendant-e-s

En général **Art. 10** <sup>1</sup>Pour les soins prodigués par des infirmières ou infirmiers indépendant-e-s au sens de l'article 49 OAMal et qui sont autorisé-e-s à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins, aucune participation au coût des soins de longue durée n'est facturée au client.

<sup>2</sup>La part du coût des soins qui ne sont pas pris en charge par l'assurance-maladie incombe à l'Etat (part cantonale).

<sup>3</sup>La part cantonale, qui constitue une indemnité au sens de l'article 3, alinéa 1, lettre a de la LSubv, n'est versée que si les prestations de soins sont admises par l'assureur-maladie conformément aux principes de l'assurance obligatoire des soins.

Part cantonale **Art. 11** <sup>1</sup>Le Conseil d'Etat fixe pour l'année 2011, par voie d'arrêté, la part cantonale au sens de l'article 10, alinéa 2.

<sup>2</sup>Pour définir la part cantonale, le Conseil d'Etat:

- a) se base en principe sur les informations comptables et statistiques de l'année 2009 fournies par les infirmiers-ères indépendant-e-s ;
- b) tient compte, dans le calcul du coût des soins, d'un revenu théorique d'une personne active à 100%, incluant un salaire de base correspondant au type d'heure effectué, les charges sociales, les frais de déplacement

ainsi que les autres frais indispensables à la fourniture des prestations et à la facturation des prestations ;

c) du nombre d'heures annuelles facturables pour un-e infirmier-ère indépendant-e au taux d'activité correspondant ;

d) soustrait du coût des soins la participation à charge de l'assureur-maladie.

<sup>3</sup>La part cantonale est fixée pour chaque prestation selon l'article 7, alinéa 2 OPAS.

<sup>4</sup>Le département définit les modalités du versement de la part cantonale.

### chapitre 3

#### Financement des soins aigus et de transition

##### Définition

**Art. 12** <sup>1</sup>Les soins aigus et de transition au sens de l'article 25a, alinéa 2 LAMal peuvent être prescrits par des médecins d'hôpitaux si les conditions suivantes sont remplies de manière cumulative:

a) Les problèmes de santé aigus sont connus et stabilisés, de sorte que des prestations diagnostiques et thérapeutiques dans un hôpital de soins aigus ne sont plus nécessaires;

b) La patiente ou le patient a besoin d'un encadrement professionnel qualifié, en particulier par du personnel soignant;

c) Un séjour dans une clinique de réadaptation n'est pas indiqué;

d) Un séjour dans une unité de gériatrie d'un hôpital n'est pas indiqué;

e) Les soins aigus et de transition ont pour objectif l'augmentation de la compétence de prendre soin de soi-même de sorte que la patiente ou le patient puisse de nouveau exploiter dans son environnement habituel les aptitudes et possibilités disponibles avant le séjour hospitalier;

f) Un plan de soins avec les mesures en vue d'atteindre les objectifs conformes à la lettre e est établi.

<sup>2</sup>L'encadrement ainsi que les traitements médicaux, thérapeutiques ou psychosociaux ne font pas partie des soins aigus et de transition.

##### En général

**Art. 13** Les soins aigus et de transition peuvent être prodigués par les fournisseurs de prestations suivants :

a) NOMAD et les autres organisations d'aide et de soins à domicile au sens de l'article 8;

b) les infirmières et infirmiers indépendant-e-s au sens de l'article 10;

c) les EMS d'accueil temporaire ainsi que les autres EMS pour leur unité d'accueil temporaire;

d) les EMS admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins, pour leurs résidents qui réintègrent l'établissement après un séjour hospitalier.

##### Part cantonale

**Art. 14** <sup>1</sup>Le Conseil d'Etat fixe par arrêté la participation de l'Etat à la prise en charge des soins aigus et de transition (part cantonale).

<sup>2</sup>La part cantonale, qui constitue une indemnité au sens de l'article 3, alinéa 1, lettre a de la LSubv, n'est versée que si les prestations de soins sont admises par l'assureur-maladie conformément aux principes de l'assurance obligatoire des soins et que si elles ont été dispensées dans les limites fixées par l'autorisation d'exploiter ou de pratiquer.

<sup>3</sup>Le département définit les modalités du versement de la part cantonale.

### chapitre 4

#### Soins fournis hors canton

Principe

**Art. 15** <sup>1</sup>Pour la personne domiciliée dans le canton mais recevant des soins de longue durée ou des soins aigus ou de transition en dehors du territoire neuchâtelois, le coût total des soins se calcule conformément à la législation du canton dans lequel ces soins sont fournis.

<sup>2</sup>La part cantonale correspond au coût total des soins défini à l'alinéa 1, déduction faite de la participation de l'assureur-maladie et de la part du résident fixée conformément à l'article 5.

<sup>3</sup>Le département définit les modalités du versement de la part cantonale.

chapitre 5

Dispositions finales

Entrée  
vigueur

en **Art. 16** <sup>1</sup>Le présent règlement, qui entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2011, est valable jusqu'au 31 décembre 2011.

<sup>2</sup>Il sera publié dans la Feuille officielle et inséré au Recueil de la législation neuchâteloise.

Neuchâtel, le

Au nom du Conseil d'Etat:

*Le président,*  
C. NICATI

*La chancelière,*  
S. DESPLAND

Distribution:

- ANEMPA.....	1
- ANIPPA.....	1
- ANEDEP.....	1
- DSAS.....	2
- SCSP.....	2
- CCNC.....	1
- SJEN.....	2
- Chancellerie .....	1
- FO .....	1
- RSN .....	1