

9  
juillet  
2018

## Règlement sur le financement résiduel des soins en cas de maladie (RFRS)

État au  
2 juillet 2025

*Le Conseil d'État de la République et Canton de Neuchâtel,*

vu la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), du 18 mars 1994<sup>1)</sup> ;

vu l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal), du 27 juin 1995<sup>2)</sup> ;

vu l'ordonnance du Département fédéral de l'intérieur (DFI) sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS), du 29 septembre 1995 ;

vu la loi de santé (LS), du 6 février 1995<sup>3)</sup> ;

vu la loi fédérale sur la statistique fédérale (LSF), du 9 octobre 1992<sup>4)</sup> ;

vu l'ordonnance concernant l'exécution des relevés statistiques fédéraux (Ordonnance sur les relevés statistiques), du 30 juin 1993 ;

vu la loi sur le financement des établissements médico-sociaux (LFinEMS), du 28 septembre 2010<sup>5)</sup> ;

vu le règlement sur le financement des établissements spécialisés (RFinES), du 20 octobre 2021<sup>6)</sup> ;

sur la proposition du conseiller d'État, chef du Département des finances et de la santé,

*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 LAMal.

**Champ d'application** **Art. 2<sup>7)</sup>** <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 peuvent être fournies par :

- a) les établissements médico-sociaux (EMS) ;
- b) les organisations de soins et d'aide à domicile (OSAD) ;

---

FO 2018 N° 28

<sup>1)</sup> RS 832.10

<sup>2)</sup> RS 832.102

<sup>3)</sup> RSN 800.1

<sup>4)</sup> RS 431.01 ; introduit par A du 2 juillet 2025 (FO 2025 N° 27) avec effet immédiat

<sup>5)</sup> RSN 832.30

<sup>6)</sup> Teneur selon R du 20 octobre 2021 (RSN 832.300 ; FO 2021 N° 42) avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022

<sup>7)</sup> Teneur selon A du 19 juin 2019 (FO 2019 N° 25) avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> janvier 2019

c) les infirmières et les infirmiers indépendants.

Autorités  
compétentes  
a) SCSP

**Art. 2a<sup>8)</sup>** <sup>1</sup>Le service de la santé publique (ci-après : SCSP) est chargé de veiller à la conformité de la mise en œuvre des présentes dispositions avec le droit fédéral, d'élaborer les directives, les tableaux et les formulaires à remplir par les fournisseurs de soins et de traiter tous les cas hors canton.

<sup>2</sup>Il est compétent pour prendre des décisions formelles concernant le remboursement de la part cantonale, notamment en cas de contestations de la part des fournisseurs de prestations au sens de l'article 2, alinéa 2.

<sup>3</sup>Il est chargé et donc autorisé à requérir, recevoir, traiter, contrôler, corriger, cas échéant, toutes les données nécessaires au calcul et au remboursement de la part cantonale, ainsi qu'à l'élaboration de statistiques utiles à la planification médico-sociale.

<sup>4</sup>Il procède au versement de la part cantonale aux EMS et aux foyers de jour.

b) SFIN

**Art. 2b<sup>9)</sup>** <sup>1</sup>Le service cantonal des finances (ci-après : SFIN) est chargé et donc autorisé à requérir, recevoir, traiter, contrôler et corriger, cas échéant, toutes les données nécessaires au calcul et au remboursement de la part cantonale aux infirmières et infirmiers indépendant-e-s, ainsi qu'aux OSAD pratiquant dans le canton.

<sup>2</sup>Il transmet les données au SCSP en vue de l'établissement des statistiques.

<sup>3</sup>Il procède au versement de la part cantonale aux infirmières et infirmiers indépendant-e-s, ainsi qu'aux OSAD pratiquant dans le canton.

<sup>4</sup>En cas de contestation de la part des infirmières et infirmiers indépendant-e-s ou des OSAD, il transmet le dossier au SCSP pour décision formelle.

Devoir de  
renseigner

**Art. 3<sup>10)</sup>** <sup>1</sup>Les fournisseurs de prestations (art. 2, al. 2) doivent fournir aux services compétents toutes les données comptables et statistiques nécessaires à l'application du présent règlement selon les tableaux et formulaires établis par le service cantonal de la santé publique (SCSP) et en fonction des missions accordées dans le cadre de l'autorisation d'exploiter au sens du RASI.

<sup>2</sup>Conformément aux articles 23 et 59a LAMal, les fournisseurs de prestations visés à l'article 2, alinéa 2, sont tenus de fournir à l'Office fédéral de la statistique, par l'intermédiaire du SCSP, toutes les données requises dans le cadre des relevés fédéraux, dans les délais prescrits.

<sup>3</sup>Le SCSP et le SFIN suspendent le versement des montants dus au titre du financement résiduel des soins, dès que le délai prescrit pour la remise au SCSP des relevés fédéraux est dépassé et ce tant et aussi longtemps que le fournisseur de prestations n'a pas transmis les données requises.

---

<sup>8)</sup> Introduit par A du 19 juin 2019 (FO 2019 N° 25) avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> janvier 2019

<sup>9)</sup> Introduit par A du 19 juin 2019 (FO 2019 N° 25) avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> janvier 2019

<sup>10)</sup> Teneur selon A du 19 juin 2019 (FO 2019 N° 25) avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> janvier 2019, R du 20 octobre 2021 (RSN 832.300 ; FO 2021 N° 42) avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 et A du 2 juillet 2025 (FO 2025 N° 27) avec effet immédiat

## Financement des soins de longue durée

### Section 1 : Établissements médico-sociaux (EMS)

Méthode  
d'évaluation de la  
charge en soins

**Art. 4**<sup>11)</sup> La méthode d'évaluation de la charge en soins est définie à l'article 35e, alinéa 2, du règlement sur l'autorisation d'exploitation et la surveillance des institutions (RASI), du 21 août 2002<sup>12)</sup>.

Part du résident

**Art. 5** <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'État et la part de ce coût qui est prise en charge par l'assurance obligatoire des soins, dans les limites fixées par le droit fédéral.

<sup>2</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>3</sup>Le résident est le débiteur de la part définie à l'alinéa 1.

Part cantonale  
a) conditions

**Art. 6** <sup>1</sup>La part du coût des soins qui n'est pas prise en charge par l'assurance obligatoire des soins ou par le résident incombe à l'État (part cantonale), selon l'article 7.

<sup>2</sup>La part cantonale n'est due que pour les résidents ayant leur domicile dans le Canton de Neuchâtel.

<sup>3</sup>La part cantonale 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.

b) fixation

**Art. 7**<sup>13)</sup> <sup>1</sup>Le Conseil d'État fixe, par voie d'arrêté, la part à charge du résident et la part cantonale au sens de l'article 8, alinéa 4 LFinEMS. Ces montants sont revus régulièrement.

<sup>2</sup>La participation cantonale est versée sur la base de seize niveaux de soins, la classe 12 OPAS étant divisée en cinq 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>3</sup>La part cantonale pour le niveau 16 est versée sur la base des minutes de soins requises effectives de chaque résident.

<sup>4</sup>L'application par les EMS des CCT Santé21 donne droit à une majoration de la part cantonale.

<sup>11)</sup> Teneur selon A du 2 juillet 2025 (FO 2025 N° 27) avec effet immédiat

<sup>12)</sup> RSN 800.100.01

<sup>13)</sup> Teneur selon A du 2 juillet 2025 (FO 2025 N° 27) avec effet immédiat

Accord transactionnel

**Art. 8**<sup>14)</sup>

Accueil de jour et de nuit

**Art. 9** <sup>1</sup>Le financement des prestations d'accueil de jour et de nuit est réglé selon les articles 6 et 7.

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

Contrôle

**Art. 10** Le SCSP effectue les contrôles et procède aux versements des montants dus aux EMS. Il peut déléguer le contrôle à une entité externe.

### *Section 2 : Organisations d'aide et de soins à domicile (OSAD)*<sup>15)</sup>

Répartition de coûts

**Art. 11**<sup>16)</sup> En cas de soins de longue durée prodigués par les OSAD reconnues au sens de l'article 51 OAMal, et qui sont admises à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, la part du coût des soins qui n'est pas prise en charge par l'assureur-maladie incombe à l'État (part cantonale), selon l'article 7.

Fixation de la part cantonale  
a) principe

**Art. 12**<sup>17)</sup> <sup>1</sup>Le Conseil d'État fixe, par voie d'arrêté, la part cantonale au sens de l'article 11. Ce montant est revu régulièrement.

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

<sup>3</sup>L'application par les OSAD des CCT Santé21 donne droit à une majoration de la part cantonale.

b) restrictions

**Art. 13**<sup>18)</sup> <sup>1</sup>La part cantonale 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'OSAD.

<sup>2</sup>La part cantonale n'est due que pour les clients ayant leur domicile dans le Canton de Neuchâtel.

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

### *Section 3 : Infirmières et infirmiers indépendants*

En général

**Art. 14** En cas de soins de longue durée prodigués par des infirmières ou des infirmiers indépendants autorisés à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins selon l'article 49 OAMal, la part du coût des soins qui n'est pas prise en charge par l'assurance-maladie incombe à l'État (part cantonale), selon l'article 7.

Part cantonale  
a) fixation

---

<sup>14)</sup> Abrogé par A du 2 juillet 2025 (FO 2025 N° 27) avec effet immédiat

<sup>15)</sup> Teneur selon A du 2 juillet 2025 (FO 2025 N° 27) avec effet immédiat

<sup>16)</sup> Teneur selon A du 2 juillet 2025 (FO 2025 N° 27) avec effet immédiat

<sup>17)</sup> Teneur selon A du 19 juin 2019 (FO 2019 N° 25) avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> janvier 2019 et A du 2 juillet 2025 (FO 2025 N° 27) avec effet immédiat

<sup>18)</sup> Teneur selon A du 19 juin 2019 (FO 2019 N° 25) avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> janvier 2019 A du 2 juillet 2025 (FO 2025 N° 27) avec effet immédiat

**Art. 15**<sup>19)</sup> <sup>1</sup>Le Conseil d'État fixe, par voie d'arrêté, la part cantonale au sens de l'article 14. Ce montant est revu régulièrement.

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

b) restrictions

**Art. 16** <sup>1</sup>La part cantonale n'est versée que si les prestations de soins sont admises par l'assureur-maladie conformément aux principes de l'assurance obligatoire des soins.

<sup>2</sup>La part cantonale n'est due que pour les clients ayant leur domicile dans le Canton de Neuchâtel.

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

#### Section 4 <sup>20)</sup>

#### Art. 17 à 19<sup>21)</sup>

### CHAPITRE 3

#### Financement des soins aigus et de transition

Définition

**Art. 20** <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 afin 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. 21** 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 11 ;
- b) les infirmières et les infirmiers indépendants au sens de l'article 14 ;

<sup>19)</sup> Teneur selon A du 19 juin 2019 (FO 2019 N° 25) avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> janvier 2019

<sup>20)</sup> Abrogé par A du 2 juillet 2025 (FO 2025 N° 27) avec effet immédiat

<sup>21)</sup> Abrogés par A du 2 juillet 2025 (FO 2025 N° 27) avec effet immédiat

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  
a) fixation

**Art. 22** Le Conseil d'État fixe chaque année, par voie d'arrêté, la participation de l'État à la prise en charge des soins aigus et de transition (part cantonale).

b) restrictions

**Art. 23** <sup>1</sup>La part cantonale 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>2</sup>La part cantonale n'est due que pour les clients ou les résidents ayant leur domicile dans le Canton de Neuchâtel.

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

## CHAPITRE 4

### Soins fournis hors canton

Tarifs

**Art. 24**<sup>22)</sup> <sup>1</sup>Pour la personne domiciliée dans le canton mais recevant des soins de longue durée ou des soins aigus ou de transition au sens du présent règlement en dehors du territoire neuchâtelois, la participation cantonale aux soins est versée conformément à la législation du canton dans lequel ces soins sont fournis, à condition que le SCSP ait donné son accord, conformément à l'article 24c.

<sup>2</sup>Lorsqu'aucune demande n'a été déposée ou que la demande a été rejetée, la participation cantonale aux soins dans un EMS hors canton est versée à concurrence du tarif spécifique applicable dans le canton.

<sup>3</sup>Abrogé.

Demande  
a) conditions

**Art. 24a**<sup>23)</sup> <sup>1</sup>Une demande ne peut être déposée que si la personne a bénéficié d'un entretien d'orientation au sens des articles 16 et suivants de la loi sur l'accompagnement et le soutien à domicile (LASDom), du premier novembre 2022<sup>24)</sup>.

<sup>2</sup>L'EMS doit démontrer qu'aucune place n'est disponible dans un EMS du canton qui soit à proximité du domicile habituel de la personne, ou que le placement réponde à une volonté de rapprochement familial ou d'autres raisons personnelles.

b) dépôt

**Art. 24b**<sup>25)</sup> <sup>1</sup>L'EMS hors canton concerné dépose une demande écrite auprès du SCSP, dans les trois semaines qui précèdent l'admission, pour que le financement résiduel soit octroyé conformément à l'article 24, alinéa 1.

---

<sup>22)</sup> Teneur selon A du 19 juin 2019 (FO 2019 N° 25) avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> janvier 2019

<sup>23)</sup> Introduit par A du 19 juin 2019 (FO 2019 N° 25) avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> janvier 2019 et modifié par A du 2 juillet 2025 (FO 2025 N° 27) avec effet immédiat

<sup>24)</sup> RSN 800.4

<sup>25)</sup> Introduit par A du 19 juin 2019 (FO 2019 N° 25) avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> janvier 2019

<sup>2</sup>Il joint à la demande une attestation médicale certifiant du besoin de prise en charge en EMS de la personne.

Décision **Art. 24c**<sup>26)</sup> <sup>1</sup>Le SCSP rend une décision formelle.

<sup>2</sup>Si, dans le délai des trois semaines qui précèdent l'admission, une place peut être proposée dans un EMS du canton qui soit à proximité du domicile habituel de la personne, le SCSP pourra rejeter la demande.

## CHAPITRE 5

### Dispositions transitoires et finales

#### Art. 25 et 26<sup>27)</sup>

Abrogation du droit en vigueur **Art. 27** Le présent règlement abroge et remplace le règlement d'introduction de la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins, du 19 décembre 2012<sup>28)</sup>.

Entrée en vigueur **Art. 28** Le présent règlement entre en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2018.

Publication **Art. 29** Le présent règlement sera publié dans la Feuille officielle et inséré au Recueil de la législation neuchâteloise.

<sup>26)</sup> Introduit par A du 19 juin 2019 (FO 2019 N° 25) avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> janvier 2019

<sup>27)</sup> Abrogés par A du 2 juillet 2025 (FO 2025 N° 27) avec effet immédiat

<sup>28)</sup> FO 2012 N° 51