



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

info.faktura.ga@be.ch

Version 5.0, valable à partir du 1^{er} janvier 2025

Notice pour le décompte de la subvention cantonale

Facturation de la part cantonale de la rémunération

1. Contexte

Depuis le 1^{er} janvier 2020, l'Office de la santé (ODS) de la Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration (DSSI) verse la part cantonale de la rémunération des prestations hospitalières pour les sorties effectuées à partir de cette date exclusivement sur la base des factures individuelles (standard XML). Qu'ils soient bernois ou situés dans un autre canton, les hôpitaux répertoriés transmettent leurs factures, annulations et corrections de factures à l'ODS par voie électronique via les intermédiaires MediData ou H-Net (GLN Office de la santé du canton de Berne **7601001407619**).

2. Formulaires de facturation et d'extourne

Les hôpitaux sont tenus d'utiliser les formulaires uniformes approuvés par le forum pour l'échange de données (Forum Datenaustausch), qui se trouvent sur le site Internet <http://www.forum-datenaustausch.ch/fr>.

3. Champs obligatoires

Afin que le logiciel puisse effectuer les différentes étapes de la vérification sans accroc, il est essentiel non seulement de respecter le standard XML 4.5, mais aussi de fournir correctement et intégralement les indications obligatoires.

Les données minimales suivantes sont requises :

- N° GLN et N° RCC du fournisseur de prestations ou de l'auteur de la facture
- N° de la patiente ou du patient et code d'identification du cas
- Données relatives à la patiente ou au patient : nom, prénom, adresse, canton, date de naissance, sexe
- N° AVS : numéro de sécurité sociale à 13 chiffres
- N° Cada : numéro d'identification de la carte d'assuré à 20 chiffres, avec date d'échéance
- Personne assurée : si la patiente ou le patient ne correspond pas à la personne assurée (nouveau-né en bonne santé, don d'organe), il convient de livrer en sus les données de la personne assurée (n° AVS et n° Cada).
- Loi

Le canton est uniquement tenu de prendre en charge les prestations définies dans les lois fédérales sur l'assurance-maladie (LAMal) et sur l'assurance-invalidité (LAI). Dans les cas mixtes, il convient d'indiquer la loi déterminante pour le canton.

- Type et motif du traitement
- Type d'entrée, d'admission et de sortie
- Traitement (du/à) : indication précise de l'heure au format hh:mm:ss
Les heures d'admission et de sortie constituent des éléments essentiels pour la vérification des factures. Plus l'heure est précise, moins l'ODS aura besoin de renseignements complémentaires.
- Hospitalisation : date d'admission effective
- Date, numéro et montant de la facture

- SwissDRG/PCG/RCG et cost-weight déterminants pour le décompte ainsi que positions supplémentaires à facturer
- Prix de base
- Montant de la facture au canton (part cantonale : 55 % ou 20 %)
- Détails du cas (la déclaration des absences est obligatoire, même celles de moins de 24 heures.)
- Fichier de données médicales

4. Documents ou informations complémentaires à livrer à l'ODS

- Rémunérations supplémentaires non évaluées : justification du calcul des montants présentés, à transmettre en annexe à la facture, au format XML, sous forme de fichier PDF (`body/documents/document`).
- Frontalières et frontaliers sans statut de résident·e à la semaine assurés selon la LAMal : indication de l'employeur (`invoice:employer`) à joindre à la facture.

5. Tarifs applicables

Le décompte est en principe effectué sur la base des tarifs provisoires ou des tarifs approuvés (ou fixés) arrêtés par le canton pour le 1^{er} janvier.

Désormais, pour les fournisseurs de prestations bernois, l'ODS définit une date d'entrée en vigueur pour les tarifs approuvés dans le cadre d'arrêtés collectifs. Il s'agit d'une date de référence (et pas d'une date de sortie ni de facturation) avant laquelle seul le tarif provisoire est déterminant. Après cette date, c'est le tarif approuvé qui s'applique sans exception. Cette nouvelle procédure vise à réduire le travail de coordination en lien avec les changements de tarifs entre les fournisseurs de prestations et avec l'ODS.

Les éventuelles différences entre les montants définitifs et les montants provisoires (cas à rectifier) seront calculées à titre rétroactif. L'ODS n'admettra plus de factures corrigées sur la base des tarifs provisoires à partir de la date de référence. Dès que le tarif définitif aura été approuvé, le fournisseur de prestations remettra pour contrôle à la DSSI une liste des cas à rectifier. Ce document doit contenir toutes les données nécessaires pour la vérification des factures transmises par voie électronique.

6. Marche à suivre en cas de correction de facture

S'il est nécessaire de corriger une facture déjà transmise à l'ODS, celle-ci doit être entièrement annulée et, si nécessaire, établie une nouvelle fois. Ne sont acceptés ni versements partiels, ni remboursements partiels.

Il convient de procéder aux extournes par voie électronique au format XML, en veillant à ce que l'identification de la facture d'origine soit assurée sans ambiguïté (numéro de facture identique).

L'ODS rassemble les montants à lui restituer suite aux extournes et adresse au fournisseur de prestations une facture groupée par mois en indiquant les numéros des factures concernées. **Les hôpitaux sont priés de ne pas procéder à des remboursements de leur propre chef, mais d'attendre la facture de l'ODS.**

7. Correction de facture par le canton

Si l'ODS constate a posteriori qu'une facture déjà payée doit être corrigée, il en demande l'annulation par voie électronique au format XML (`generalInvoiceResponse`) en indiquant le motif de contestation. Sauf avis contraire dans les 30 jours, la DSSI procède à l'annulation et exige le remboursement du montant en question.

8. Informations complémentaires

Pour toute question concernant la facturation, vous pouvez envoyer un courriel à l'adresse info.faktura.ga@be.ch.