

Gesundheits-,  
Sozial- und  
Integrationsdirektion  
des Kantons Bern

Spitalamt

Direction de la santé,  
des affaires sociales et  
de l'intégration  
du canton de Berne

Office des hôpitaux

Case postale  
3000 Berne 8  
Tél. +41 31 633 79 65  
Fax +41 31 633 79 67  
www.be.ch/dssi  
info.spa@gef.be.ch



Soins psychiatriques

**Manuel pour la remise des données  
relatives aux cas et aux prestations  
dans les services ambulatoires  
et les cliniques de jour**

**Données 2020**

Date	13 décembre 2019
Version	2.0
Statut	définitif

Les spécifications ainsi que les délais et formats de livraison contenus dans le présent manuel (version 2.0) se rapportent aux données 2020.

Les changements par rapport à la version précédente (1.9) sont mis en évidence en rouge.

Le présent manuel fait référence le cas échéant à l'introduction prévue le 1<sup>er</sup> janvier 2021 de la nouvelle plateforme pour le relevé des données hospitalières et à ses effets.

## Sommaire

<b>1</b>	<b>Introduction</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>But de la remise des données</b>	<b>4</b>
2.1	Monitoring de la fourniture des prestations	5
2.2	Planification des soins ambulatoires	5
2.3	Commande	5
2.4	Conclusion de contrats de prestations et décompte	5
2.5	Adaptation du modèle des coûts normatifs	5
<b>3</b>	<b>Définition des cas</b>	<b>6</b>
<b>4</b>	<b>Clôture des cas</b>	<b>6</b>
<b>5</b>	<b>Données à fournir</b>	<b>7</b>
<b>6</b>	<b>Délais et formats</b>	<b>7</b>
<b>7</b>	<b>Obligation de livrer les données</b>	<b>8</b>
<b>8</b>	<b>Spécifications</b>	<b>10</b>
8.1	Spécifications pour les données de base (MB)	10
8.2	Spécifications pour les données de diagnostic et de traitement (MD)	12
8.3	Spécifications pour les données psychiatriques (MP)	13
8.4	Spécifications pour les données sur les coûts et les revenus par cas (SDEP-CUFI)	14
8.5	Spécifications pour les données sur le volume des prestations (SDEP-BE-LM)	15
8.6	Spécifications pour les données cantonales (SDEP-BE-MK)	17
<b>9</b>	<b>Conditions du financement cantonal</b>	<b>18</b>
9.1	Remarques sur la saisie des volumes de prestations (données SDEP-BE-LM)	18
9.1.1	Remarques générales	18
9.1.2	Durée de la prestation	19
9.1.3	Groupe professionnel	19
9.1.4	Type de structure	20
9.1.5	Prestations liées à un cas spécifique	20
9.1.6	Prestations de soins régies par la LAMal	20
9.1.7	Déplacements	20
9.1.8	Rapport en clinique de jour	20
9.1.9	Type de prestation	21
9.2	Instructions concernant la documentation des prestations	21
9.2.1	Forme	21
9.2.2	Contenu	21
9.3	Procédure d'évaluation des critères de financement (règles de facturation)	22
9.3.1	Contrôle de plausibilité	22

9.3.2	Echantillons .....	22
	Premier échantillon.....	22
	Second échantillon .....	22
9.3.3	Chiffres-clés.....	22
<b>10</b>	<b>Sources .....</b>	<b>23</b>
	<b>Annexe 1.....</b>	<b>24</b>

## 1 Introduction

Le canton de Berne participe au financement des prestations ambulatoires et de clinique de jour des institutions psychiatriques. Sont cofinancées les prestations dispensées de manière économique qui sont voulues par la politique de santé et ne sont pas couvertes, ou insuffisamment, par d'autres bailleurs de fonds.

Le financement cantonal a pour condition une documentation complète des prestations fournies par les services ambulatoires et les cliniques de jour de ces institutions. Le présent manuel détaille la nature et le contenu des données que ces dernières livrent à l'Office des hôpitaux (ODH) de la Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration (DSSI).

## 2 But de la remise des données

Les mandats législatifs confiés à la DSSI définissent les données que celle-ci est tenue de collecter. La DSSI doit par ailleurs rendre compte au Grand Conseil et aux organes de contrôle cantonaux de l'usage qu'elle fait des fonds publics. Le processus d'attribution des ressources et de conclusion des contrats de prestations est décrit ci-après, de même que les données nécessaires pour le mener à bien (cf. figure 1).

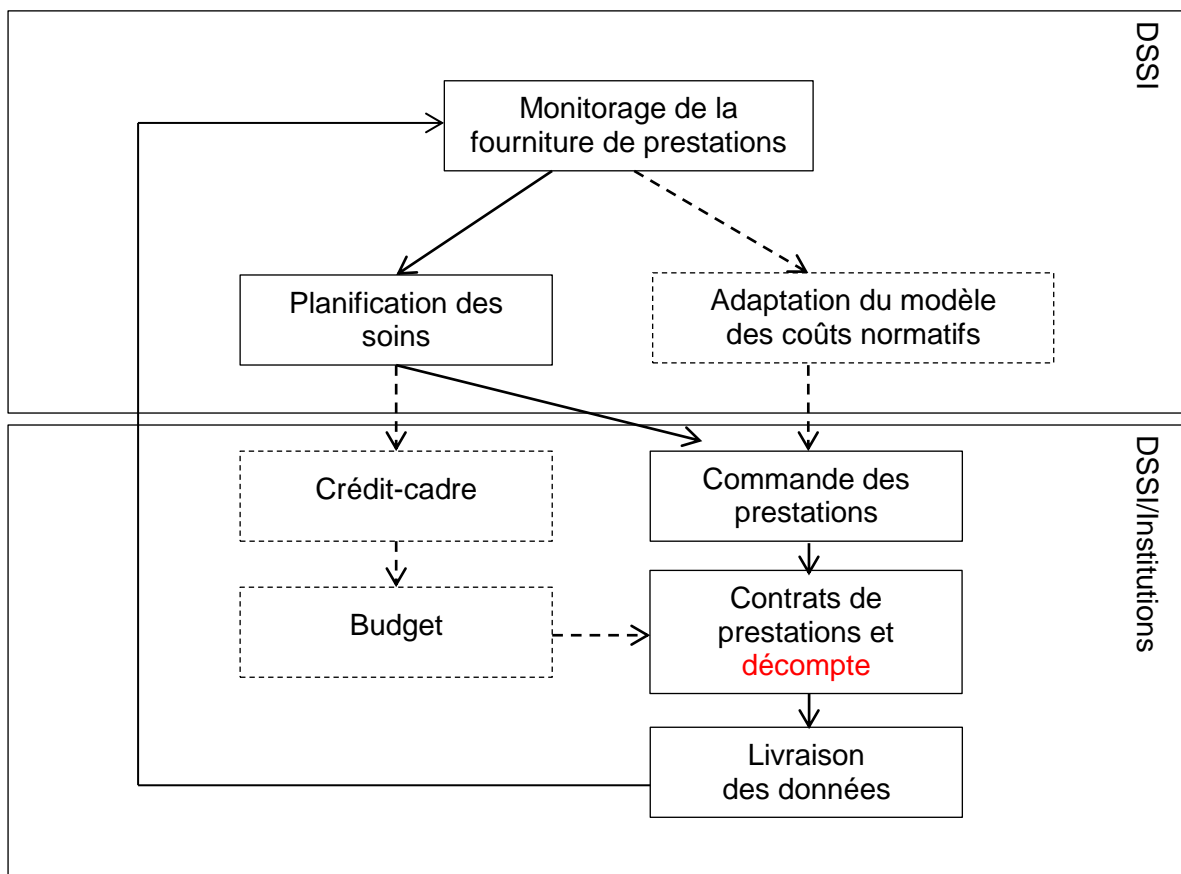


Figure 1 : processus de gestion des contrats de prestations

## **2.1 Monitoring de la fourniture des prestations**

Le relevé régulier des données relatives aux cas et aux prestations a pour objectif d'observer ces dernières. Il permet d'identifier les différences régionales dans le recours aux soins et d'en faire une analyse systématique. L'évolution des chiffres peut en outre révéler des besoins non couverts ou de fausses incitations résultant du modèle des coûts normatifs.

## **2.2 Planification des soins ambulatoires**

La planification des soins évalue et anticipe les besoins de la population bernoise en prestations ambulatoires en se fondant sur la demande enregistrée au cours des années précédentes dans le cadre du monitoring des prestations. Elle détermine les besoins régionaux selon un découpage adéquat du territoire cantonal et, s'appuyant sur les résultats de la recherche en soins, elle ventile ces besoins par groupe d'âge, sexe et selon d'autres caractéristiques telles que le statut social ou l'état de santé des patientes et des patients.

La prévision des besoins en prestations et de leur prix rend possible une estimation sommaire des besoins financiers. Sur cette base, la DSSI définit le contenu du crédit-cadre qu'elle soumet à l'approbation du Grand-Conseil tous les quatre ans (art. 139 de la loi du 13 juin 2013 sur les soins hospitaliers, LSH ; RSB 812.11).

## **2.3 Commande**

La DSSI commande les prestations en fonction des besoins régionaux définis par la planification des soins. A cet effet, elle fixe les conditions de leur fourniture (critères d'aptitude) et définit des paramètres de sélection (critères d'attribution).

## **2.4 Conclusion de contrats de prestations et décompte**

Au nom de la DSSI, l'ODH passe avec les fournisseurs de prestations des contrats annuels qui régissent le (co)financement des prestations qui leur ont été commandées et les conditions de leur fourniture (respect de normes de qualité, p. ex.).

Ces contrats sont conclus sous réserve de l'adoption du budget par le Grand Conseil.

Le décompte des prestations effectives s'effectue annuellement sur la base d'une documentation des cas et des prestations.

## **2.5 Adaptation du modèle des coûts normatifs**

Le modèle des coûts normatifs est réexaminé et remanié périodiquement pour pouvoir réagir à l'évolution des tarifs et à d'éventuels effets pervers. Ce système évolutif vise à exclure tout double financement (par un tarif relevant de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie [LAMal ; RS 832.10] et par le canton) et à garantir que les prestations atteignent vraiment leur groupe cible.

Le canton évalue l'usage des subventions qu'il octroie sous l'angle de leur adéquation et de leur efficacité. Le cas échéant et afin de réguler les montants, il compare les revenus obtenus (tarif LAMal, contributions de tiers et cofinancement cantonal) avec les coûts par cas effectifs. Lorsque des indices signalent l'existence d'un sur- ou d'un sous-financement, il se doit de procéder à une adaptation des prix.

En résumé, le relevé des données relatives aux prestations ambulatoires et de clinique de jour dans le secteur de la psychiatrie s'avère nécessaire pour plusieurs raisons, dont le tableau ci-après donne un aperçu. Les modalités de livraison des données, définies sur cette base, font l'objet des pages qui suivent.

Données nécessaires	Monitoring des prestations	Planification des soins	Commande des prestations	Contrats de prestations et <b>décompte</b>	Révision du modèle
1) Caractéristiques des cas	✓	✓	✓	-	✓
2) Coûts par cas et revenus	✓	-	-	✓	✓
3) Prestations en lien et sans lien avec un cas spécifique	✓	✓	✓	✓	✓

Tableau 1 : aperçu des données nécessaires en matière de traitements ambulatoires et de clinique de jour

### 3 Définition des cas

Il convient de saisir chaque cas ambulatoire ou de clinique de jour pour lequel des prestations psychiatriques<sup>1</sup> prises en charge par l'assurance-maladie ou une autre assurance sociale sont facturées directement à la personne concernée. Il ne faut pas livrer de données pour les prestations liées à un cas (expertises, consultations spécialisées, services de liaison, etc.) qui sont facturées à une autre institution ou à un autre secteur du propre établissement (soins somatiques, p. ex.).

Est réputé traitement en clinique psychiatrique de jour la venue répétée d'une patiente ou d'un patient dans une telle clinique à des fins d'examen, de traitement et de soins, pour autant qu'il existe une convention tarifaire en la matière. Les traitements des cliniques de jour, pluridisciplinaires, complexes et placés sous direction médicale se distinguent des traitements ambulatoires par une durée plus longue (4 heures au minimum). Le traitement, réparti généralement sur plusieurs jours, est géré du début à la fin comme un seul cas. La même règle s'applique aux cliniques de nuit, à condition qu'il n'y ait pas hospitalisation.

Est réputé ambulatoire tout traitement qui n'est dispensé ni en mode hospitalier ni en clinique de jour. Le traitement, réparti généralement sur plusieurs jours, est géré du début à la fin comme un seul cas. Un nouveau cas doit impérativement être ouvert lors d'une modification du traitement prescrit.

**Pour les traitements réalisés dans le cadre de l'essai pilote portant sur les traitements psychiatriques aigus à domicile, un nouveau cas doit impérativement être ouvert (voir le document *Modellversuch Psychiatrische Akutbehandlung zu Hause PAH : Ergänzung zum Handbuch Datenlieferung V.1.1*).**

### 4 Clôture des cas

Lorsqu'aucun contact avec la patiente ou le patient n'a été enregistré pendant six mois et qu'aucune prestation ne lui a été fournie durant ce laps de temps, le cas est clôturé rétroactivement à la date du dernier contact intervenu pendant l'année en cours. Si ledit contact date de l'année précédente, on bouclera le dossier avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> janvier de la nouvelle année (une clôture à une date antérieure n'est pas possible).

Les cas ambulatoires de longue durée peuvent être gardés ouverts plus longtemps, voire au-delà d'une année civile, à condition qu'un contact avec la patiente ou le patient ait lieu au moins une fois par semestre.

<sup>1</sup> A savoir toutes les prestations imputées au centre de prise en charge des coûts M500, à l'exclusion des cas socio-thérapeutiques (occupation en atelier, coaching à domicile sans prise en charge médicale ni infirmière, etc.) et somatiques (arrêt maladie pour cause de grippe, traitement de plaie, test d'urine, physiothérapie ou autre prestation semblable)

## 5 Données à fournir

L'attestation complète des prestations ambulatoires et de clinique de jour comprend les éléments suivants :

MB	données de base (Office fédéral de la statistique [OFS])
MD	données de diagnostic et de traitement (OFS)
MP	données psychiatriques (OFS)
KT	supprimé
ET	supprimé
SDEP-CUFI	données sur les coûts et les revenus par cas (BE)
SDEP-BE-MK	données supplémentaires cantonales sur les caractéristiques des cas (BE)
SDEP-BE-LM	données sur le volume des prestations (BE)

Le contenu et la structure des trois premiers jeux de données (MB, MD, MP) relèvent de la statistique médicale (MS) et sont définis par l'OFS. Celui-ci ne demande la documentation correspondante que pour les traitements hospitaliers. Se fondant sur l'article 127 LSH, qui permet au canton de Berne d'exiger davantage, la DSSI a rendu obligatoire la remise de ces données pour les cas ambulatoires **et de clinique de jour** également, dans la mesure toutefois où elles sont nécessaires pour le financement cantonal (cf. point 7).

Ainsi, elle a renoncé à relever certaines variables des données **MB, MD et MP** pour le secteur ambulatoire **et les cliniques de jour** (surlignées en gris dans la colonne « Saisie obligatoire » des tableaux des points 8.1 à 8.3).

Les données sur les coûts et les revenus par cas doivent désormais être livrées ensemble dans le même jeu de données SDEP-CUFI, une condition facile à remplir puisque les hôpitaux tiennent une comptabilité analytique conforme au modèle REKOLE. Les anciens jeux de données KT (relevé des coûts selon SwissDRG) et ET (données sur les revenus par cas) sont supprimés.

Le contenu des données SDEP-BE-MK et SDEP-BE-LM correspond à celui des données MK et LM, qui ont été introduites par le canton en vue du (co)financement des prestations selon le modèle des coûts normatifs en psychiatrie.

## 6 Délais et formats

Le tableau 2 ci-après donne une vue d'ensemble des données, formats et délais de livraison. Ces derniers sont par ailleurs détaillés à l'annexe 5 de l'ordonnance du 23 octobre 2013 sur les soins hospitaliers (OSH ; RSB 812.112).

Les données relatives aux cas ambulatoires et de clinique de jour **de la statistique médicale** (MB, MD, MP selon les spécifications de l'OFS) continuent à être livrées de manière analogue à celles qui concernent les cas hospitaliers. Les dossiers clos durant le trimestre (cas A) sont à remettre à l'ODH sous forme cumulée lors des premier, deuxième et troisième trimestres de l'année en cours. Une fois celle-ci terminée, il convient de transmettre l'ensemble des cas, y compris ceux qui sont en cours (cas A, B et C selon les catégories de l'OFS).

En raison des changements liés à la mise en œuvre de la nouvelle plateforme pour le relevé des données hospitalières (*Spitaldatenerhebungsplattform, SDEP* en allemand ; ci-après nouvelle plateforme), il est renoncé à recueillir les données cantonales sur les caractéristiques des cas SDEP-BE-MK de 2020 sur une base trimestrielle. A titre exceptionnel, ces dernières doivent être remises fin janvier 2021 pour tous les cas (cas A, B et C selon les catégories de l'OFS).

Les données sur les coûts et les revenus par cas (SDEP-CUFI) doivent être livrées annuellement pour tous les cas A, B et C.

Les consignes de l'OFS s'appliquent à la statistique médicale.

Pour tous les autres jeux de données, il convient de respecter le format que la DSSI a élaboré pour la nouvelle plateforme (format SDEP) : les fichiers doivent être enregistrés au format .txt,

les variables séparées par une barre verticale (|)<sup>2</sup> et les retours chariots (CRLF)<sup>3</sup> utilisés comme sauts de ligne. La dernière variable d'une ligne ne doit pas se terminer par une barre verticale.

Pour des raisons techniques, l'ODH a besoin des jeux de données complets, c'est-à-dire incluant les champs non obligatoires (laissés en blanc ou pourvus de la valeur « inconnu »).

Jeu de données	Format	Portail	Date	OSH
MB, MD, MP	Selon spécification OFS (selon le présent manuel pour certains champs, cf. points 8.1-8.3)	Du 1 <sup>er</sup> au 3 <sup>e</sup> trimestre : Freudiger Informatik 4 <sup>e</sup> trimestre : nouvelle plateforme	Un mois après la fin de chaque trimestre (quatre fois par année)	Annexe 5, ligne 5a
SDEP-BE-MK	.txt (conformément aux consignes de la DSSI)	Nouvelle plateforme	Livraison annuelle à titre exceptionnel fin janvier 2021	Annexe 5, ligne 5a
SDEP-BE-LM	.txt (conformément aux consignes de la DSSI)	Nouvelle plateforme	Un mois après la fin de l'année civile	Annexe 5, ligne 6b
SDEP-CUFI	.txt (conformément aux consignes de la DSSI)	Nouvelle plateforme	Deux mois après la fin de l'année civile	Annexe 5, ligne 6a

Tableau 2 : données, formats et délais

Toutes les données relatives aux prestations et aux cas (volume, fréquence, délais) récoltées dans le cadre de l'essai pilote portant sur les traitements psychiatriques aigus à domicile doivent être livrées conformément aux spécifications du document *Modellversuch Psychiatrische Akutbehandlung zu Hause PAH : Ergänzung zum Handbuch Datenlieferung V.1.1.*

## 7 Obligation de livrer les données

L'obligation de livrer les données découle des dispositions du contrat de prestations sur le (co)financement par le canton des prestations ambulatoires et de clinique de jour et du lien que ces prestations présentent ou non avec un cas spécifique. On distingue donc les catégories d'obligation suivantes :

### 1. Prestations non financées par le canton

Pour les cas ne comportant pas de prestations financées par le canton, seules les données sur les coûts et les revenus par cas (SDEP-CUFI), les données de base (MB) ainsi que les données de diagnostic et de traitement (MD) sont à livrer conformément aux consignes du présent document. Les données ci-dessus doivent être remises pour les cas A, B et C (livraison annuelle ou du quatrième trimestre).

### 2. Prestations financées par le canton

Pour les cas comportant des prestations financées par le canton, toutes les données doivent être livrées (MB, MD, MP, SDEP-CUFI, SDEP-BE-LM et SDEP-BE-MK). Les données SDEP-BE-LM et SDEP-BE-MK portent respectivement sur le volume de prestations liées à un cas spécifique et sur le degré de gravité. Toutes les données

<sup>2</sup> Caractère 124 du code ASCII ; pour taper une barre verticale, presser simultanément les touches « Alt Gr + 7 »

<sup>3</sup> Caractères 13 et 10 du code ASCII



doivent obligatoirement être remises pour les cas A, B et C (livraison annuelle ou du quatrième trimestre).

### 3. Prestations sans lien avec un cas spécifique

Ces prestations sont à saisir dans les données **SDEP-BE-LM** et à livrer annuellement.

Il incombe aux institutions d'identifier les cas comportant des prestations financées par le canton. Elles peuvent soit saisir l'ensemble des cas d'un service comme jusqu'à présent, soit renoncer entièrement à un relevé (et partant au financement) ou encore dresser une liste permettant de repérer les cas pour lesquels un financement paraît vraisemblable et une documentation des prestations nécessaire.

Type de cas et de prestation		MB	MD*	MP*	SDEP-CUFI	SDEP-BE-MK	SDEP-BE-LM
Service ambulatoire	Sans financement du canton	✓	✓		✓		
	Avec financement du canton	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Clinique de jour	Sans financement du canton **	✓	✓		✓		
	Avec financement du canton	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Prestations sans lien avec un cas spécifique financées par le canton							✓
<p><u>Légende</u></p> <p>* Obligatoire pour une partie des données seulement (cf. tableau en annexe)</p> <p>** Possible en théorie</p>							

Tableau 3 : obligation de livrer les données en fonction du financement et du lien avec un cas

Les données **SDEP-BE-LM** ne portent en principe que sur les prestations financées par le canton. Libre aux institutions, toutefois, d'y inclure les prestations ne remplissant pas les critères pour ce financement. Elles veilleront toutefois à enregistrer ces dernières sous d'autres positions (prestations T ou Z ; voir commentaire au point 8.5 sur la variable LM\_V07 : position de la prestation). Il n'est pas autorisé d'inclure des prestations fournies en mode hospitalier dans les données **SDEP-BE-LM**.

## 8 Spécifications

Les pages qui suivent exposent le détail des données à livrer et apportent des précisions quant aux variables utilisées.

Les valeurs possibles de ces variables sont détaillées dans la présentation des données **SDEP-BE-MK** et **SDEP-BE-LM** (points 8.5 et 8.6), lesquelles doivent permettre la rémunération des prestations selon le modèle des coûts normatifs en psychiatrie.

S'agissant des données de la statistique médicale, la saisie de quelques-unes des variables est facultative, comme indiqué dans la dernière colonne de la liste ci-dessous. Pour des raisons techniques, tous les champs du jeu de données doivent cependant être remis, y compris ceux portant sur des variables qui ne doivent pas obligatoirement être relevées. On insérera dans ces derniers la valeur 9 ou 90 (« inconnu ») lorsque cela est possible ; dans le cas contraire, on laissera le champ en blanc (nationalité ou diagnostics supplémentaires, p. ex.) ou on y inscrira un 0 (heures de congé, p. ex.), en fonction du type de champ.

Le numéro du cas utilisé pour les données MD (4.6.V01) doit impérativement être repris dans les données **SDEP-CUFI**, **SDEP-BE-MK** et **SDEP-BE-LM**. Il peut être choisi librement. On utilisera par exemple le numéro de cas interne ou une variante de celui-ci. Le numéro du cas ne correspond pas au code de liaison anonyme au sens où l'entend l'OFS. **Il convient de respecter les consignes SDEP.**

Si le système d'exploitation de l'institution permet uniquement la saisie des prestations en lien avec des cas spécifiques, il est possible de générer un cas factice pour enregistrer celles qui ne sont pas liées à un cas précis. Il est également possible de créer plusieurs cas factices (un par site, p. ex). Pour ces cas, on livrera uniquement les données **SDEP-BE-LM**, à l'exclusion de celles de la statistique médicale. **Les numéros des cas factices doivent être supprimés avant la livraison des données SDEP-BE-LM.**

Les spécifications de l'OFS s'appliquent aux données de la statistique médicale. Le présent manuel définit également la taille maximale des variables et le type de champ applicables aux données supplémentaires demandées par le canton de Berne.

### 8.1 Spécifications pour les données de base (MB)

N°	Variable	Spécification	Saisie obligatoire
0.1.V01	Type d'enregistrement	OFS	✓
0.1.V02	Numéro de l'établissement (numéro REE)	OFS	✓
0.1.V03	Site	OFS	✓
0.1.V04	Canton	OFS	✓
0.2.V01	Code de liaison anonyme	OFS	✓
<b>0.2.V02</b>	<b>Définition du cas</b>	<b>OFS</b>	<b>✓</b>
0.3.V01	Questionnaire nouveau-nés	OFS	(=0)
0.3.V02	Questionnaire psychiatrique	OFS	✓
0.3.V03	Questionnaire par groupes de patients	OFS	✓
0.3.V04	Questionnaire cantonal	OFS	✓
1.1.V01	Sexe	OFS	✓
1.1.V02	Date de naissance	OFS	✓
1.1.V03	Age à l'admission	OFS	✓

N°	Variable	Spécification	Saisie obligatoire
1.1.V04	Région de domicile	OFS	✓
1.1.V05	Nationalité	OFS	-
1.2.V01	Date et heure d'admission	OFS	✓
1.2.V02	Séjour avant l'admission	OFS	✓
1.2.V03	Mode d'admission	OFS	✓
1.2.V04	Décision d'envoi	OFS	✓
1.3.V01	Type de prise en charge	OFS*	✓
1.3.V02	Classe	OFS	-
1.3.V03	Séjour en soins intensifs	OFS	-
1.3.V04	Vacances, congés administratifs	OFS	-
1.4.V01	Centre de prise en charge des coûts	OFS	✓
1.4.V02	Prise en charge des soins de base	OFS	✓
1.5.V01	Date et heure de sortie	OFS	✓
1.5.V02	Décision de sortie	OFS	✓
1.5.V03	Séjour après la sortie	OFS	✓
1.5.V04	Prise en charge après la sortie	OFS	✓
1.6.V01	Diagnostic principal	OFS	✓
1.6.V02	Complément au diagnostic principal	OFS	✓
1.6.V03	1 <sup>er</sup> diagnostic supplémentaire	OFS	✓
1.6.V04	2 <sup>e</sup> diagnostic supplémentaire	OFS	✓
(1.6.V05 – 1.7.V11)	(Remise des données MD complètes, les autres champs pouvant toutefois être laissés en blanc)	OFS	-

\* dérogation par rapport aux spécifications de l'OFS

Ne doivent pas obligatoirement être remises les variables des rubriques 1.5 et 1.6 pour les cas B et les variables de la rubrique 1.5 pour les cas C.

### Variable 0.1.V03 : site

Cette variable correspond au numéro du site défini dans la liste des sites servant au relevé de la statistique des hôpitaux. Les traitements effectués au domicile de la patiente ou du patient doivent eux aussi être attribués à un site.

### Variable 1.3.V01 : type de prise en charge

- Ambulatoire = 1
- Clinique de jour = 2
- Hospitalisation = 3
- Inconnu = 9

Contrairement aux spécifications de l'OFS, le canton de Berne continue à utiliser la valeur 2 « clinique de jour ».

Il la maintient pour pouvoir établir une planification conforme aux besoins dans le secteur ambulatoire et commander sur cette base les prestations nécessaires, quand bien même

l'OFS a invalidé le type de prise en charge « semi-hospitalier » suite à la révision de la LAMal en 2012. Cette mesure correspond certes à la législation fédérale, mais est en contradiction avec la réalité des soins.

## 8.2 Spécifications pour les données de diagnostic et de traitement (MD)

Il convient impérativement d'indiquer ici le numéro du cas, qui permet de relier les données relatives aux coûts à celles concernant les cas. Les autres champs peuvent être laissés en blanc.

N°	Variable	Spécification	Saisie obligatoire
4.1.V01	Type d'enregistrement	OFS	✓
4.6.V01	Numéro du cas dans la statistique des coûts par cas	OFS	✓
4.8.V01	Tarif pour la tarification	OFS	-
(Autres variables)	Remise des données MD complètes, les autres champs pouvant toutefois être laissés en blanc	OFS	-

### Variable 4.6.V01 : numéro du cas

Le numéro du cas ne doit être attribué qu'une fois (pour éviter les confusions). Il n'est pas permis de réutiliser le même pour un autre cas l'année suivante.

### Variable 4.8.V01 : tarif pour la tarification

Cette nouvelle variable se rapporte uniquement aux cas hospitaliers. Il n'est donc jusqu'à nouvel ordre pas obligatoire de remplir ce champ.

### 8.3 Spécifications pour les données psychiatriques (MP)

N°	Variable	Spécification	Saisie obligatoire
3.1.V01	Type d'enregistrement	OFS	✓
3.2.V01	Etat civil	OFS	✓
3.2.V02	Séjour avant l'admission (psychiatrie)	OFS	✓
3.2.V03	Occupation avant l'admission : travail à temps partiel	OFS	✓
3.2.V04	Occupation avant l'admission : travail à plein temps	OFS	✓
3.2.V05	Occupation avant l'admission : non occupé(e) ou au chômage	OFS	✓
3.2.V06	Occupation avant l'admission : travail ménager à son domicile	OFS	✓
3.2.V07	Occupation avant l'admission : en formation (école, apprentissage, études)	OFS	✓
3.2.V08	Occupation avant l'admission : programme de réadaptation	OFS	✓
3.2.V09	Occupation avant l'admission : AI, AVS ou autre rente	OFS	✓
3.2.V10	Occupation avant l'admission : travail dans un cadre protégé	OFS	✓
3.2.V11	Occupation avant l'admission : inconnu	OFS	✓
3.2.V12	Formation scolaire ou professionnelle la plus élevée	OFS	✓
3.3.V01	Décision d'envoi (psychiatrie)	OFS	✓
<del>3.3.V02</del>	<del>Entrée volontaire ou non ?</del>	<del>OFS</del>	<del>-</del>
3.3.V03	Placement à des fins d'assistance (PAFA)	OFS	-
3.4.V01	Nombre de jours / de consultations	OFS*	✓
3.4.V02	Traitement (ce qui a été fait)	OFS	-
3.4.V03 – 3.4.V14	Psychopharmacothérapie	OFS	-
3.5.V01	Décision de sortie (psychiatrie)	OFS	✓
3.5.V02	Séjour après la sortie (psychiatrie)	OFS	✓
3.5.V03	Prise en charge après la sortie (psychiatrie)	OFS	✓
3.5.V04	Domaine d'activité	OFS	✓

\* dérogation par rapport aux spécifications de l'OFS

Les données MP doivent être saisies pour les cas A, B et C (l'OFS n'exige que les cas A et C). Les variables de la rubrique 3.5 ne sont pas obligatoires pour les cas B et C.

#### Variable 3.4.V01 : nombre de jours / de consultations

Contrairement aux spécifications de l'OFS, la saisie de cette variable reste obligatoire.

### Clinique de jour

La variable 3.4.V01 recouvre le nombre de jours de soins cumulés effectivement dispensés en clinique de jour (demi-journées et journées entières pendant lesquelles la patiente ou le patient a été vu-e et traité-e), à l'exclusion des rendez-vous manqués. Cette définition correspond à celle de la statistique des hôpitaux de l'OFS.

### Service ambulatoire

La variable 3.4.V01 recouvre le nombre de consultations ambulatoires cumulées, au sens de jours lors desquels la patiente ou le patient a été vu-e et traité-e. Une consultation ambulatoire est considérée comme telle lorsqu'une prestation est fournie en sa présence et facturée selon le tarif en vigueur<sup>4</sup>. Une seule consultation ambulatoire par patiente ou patient peut être facturée par journée civile. Il s'agit donc d'indiquer le nombre de jours où une consultation a eu lieu<sup>5</sup>. Cette définition correspond à celle de la statistique des hôpitaux de l'OFS.

## 8.4 Spécifications pour les données sur les coûts et les revenus par cas (SDEP-CUFI)

Les consignes du document *Plateforme pour le relevé des données hospitalières – Documentation sur le relevé des données 2020* (ci-après documentation sur le relevé des données 2020) doivent être respectées dans le cadre de la livraison des données SDEP-CUFI. Seuls les nombres entiers positifs sont admis. Les anciens jeux de données KT et ET sont supprimés.

Le tableau suivant présente les correspondances entre les variables des jeux de données SDEP-CUFI et ET :

N°	Nouveau jeu de données SDEP-CUFI	Anciennes variables ET
B11	60 Produits des prestations médicales, infirmières et thérapeutiques fournies aux patients	ET_02 Produits des prestations médicales, infirmières et thérapeutiques fournies aux patients forfaits et ET_06 Déductions sur le produit
B12	611 Prestations unitaires médicales (part assurance de base)	ET_03 Prestations unitaires médicales
B13	612 Prestations unitaires médicales (part assurances compl.)	ET_03 Prestations unitaires médicales
B14	62 Autres prestations unitaires hospitalières	ET_04 Autres prestations unitaires hospitalières
B15	65 Autres produits de prestations aux patients	ET_05 Autres produits de prestations aux patients
B16	66 Produits financiers	-
B17	68 Produits résultant de prestations au personnel et à des tiers	-
B18	69 Contributions et subventions	ET_07 Produits des prestations financées par le canton

<sup>4</sup> S'applique aussi aux visites à domicile, aux interventions d'équipes mobiles en cas de crise et aux traitements à domicile (« home treatment »).

<sup>5</sup> Cf. courrier de l'ODH du 17 septembre 2014

Veuillez tenir compte des remarques concernant les variables B11 à B18 du jeu de données SDEP-CUFI contenues dans la documentation sur le relevé des données 2020.

## 8.5 Spécifications pour les données sur le volume des prestations (SDEP-BE-LM)

Il convient de suivre les consignes de la documentation sur le relevé des données 2020 dans le cadre du relevé des données SDEP-BE-LM :

N°	Variable	Spécification	Saisie obligatoire	Taille	Type
C1	Type d'enregistrement BK = enregistrement d'en-tête LM = données sur le volume des prestations dans le secteur de la psychiatrie ambulatoire	BE	✓	2	AN <sup>6</sup>
C2-C4	Enregistrement d'en-tête (1 ligne)	BE	✓		
LM_V01	N° REE	BE	✓	8	N <sup>7</sup>
LM_V02	N° du site (selon statistique administrative des hôpitaux)	BE	✓	5	AN
LM_V03	N° du cas (identique à 4.6.V01)	BE	✓	16	AN
LM_V04	LM_ID (numérotation univoque et consécutive des prestations)	BE	✓	10	N
LM_V05	Type de prestation 1 = psychiatrie aiguë en clinique de jour (CJ) / interventions de crise en CJ 2 = psychiatrie générale en CJ 3 = psychothérapie en CJ 4 = psychiatrie de la personne âgée en CJ 5 = psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent en CJ 6 = soins spécialisés en CJ (addiction, schizophrénie, etc.) 7 = service ambulatoire 8 = traitement aigu à domicile 9 = équipe mobile d'intervention de crise et autres services de proximité 10 = logement avec accompagnement / coaching à domicile 11 = offre de loisir et de séjour d'accès facilité 12 = autre	BE	✓	2	N
LM_V06	Date	BE	✓	8	N
LM_V07	Position de la prestation	BE	✓	4	AN
LM_V08	Minutes / Unités	BE	✓	3	N
LM_V09	Groupe professionnel 1 = médecin spécialiste, chef-fe de clinique 2 = médecin-assistant-e 3 = psychologue spécialisé-e 4 = psychologue assistant-e	BE	✓	2	N

<sup>6</sup> AN = alphanumérique

<sup>7</sup> N = numérique

5 = physiothérapeute ou ergothérapeute				
6 = diététicien-n-e				
7 = infirmière diplômée ou infirmier diplômé				
8 = assistant-e en soins et santé communautaire (ASSC)				
9 = musicothérapeute, art-thérapeute ou thérapeute du mouvement corporel				
10 = assistant-e social-e				
11 = éducatrice sociale ou éducateur social (ES)				
12 = pédagogue (ES, université)				
13 = pair aidant-e				
14 = aumônière ou aumônier				
15 = personnel administratif				
16 = autre				

**Variable LM\_V02 : site**

Cette variable correspond au numéro du site défini dans la liste des sites servant au relevé de la statistique des hôpitaux. Les traitements effectués au domicile de la patiente ou du patient doivent eux aussi être attribués à un site hospitalier.

**Variable LM\_V03 : numéro du cas (identique à 4.6.V01)**

Cette variable permet d'indiquer un code pour toutes les prestations en lien avec un cas spécifique. Ce numéro est identique à la variable 4.6.V01 des données de la statistique médicale MD (cf. point 8.2). Ce code d'identification ne doit être attribué qu'une fois. Il n'est pas permis de réutiliser le numéro pour un autre cas l'année suivante. Pour les prestations sans lien avec un cas spécifique, le champ **doit** être laissé en blanc. **Si les prestations sans lien avec un cas spécifique sont saisies pour un cas factice, le numéro de ce cas factice doit être supprimé de la livraison.**

**Variable LM\_V04 : LM\_ID (numérotation univoque et consécutive des prestations)**

Il convient que l'institution numérote ici en continu les prestations fournies, de manière que celles-ci puissent être identifiées plus facilement lors du décompte. La numérotation des prestations peut aussi être complétée manuellement après l'exportation des données.

**Variable LM\_V05 : type de prestation**

Cette variable indique dans quelle catégorie de traitement psychiatrique s'inscrit la prestation fournie. Elle permet une planification des soins et une commande des prestations axées sur l'offre. Chaque prestation ne peut être attribuée qu'à une seule catégorie.

La valeur « 12 = autre » est réservée aux prestations liées à un cas spécifique qui ne peuvent être classées dans une autre catégorie.

**Variable LM\_V06 : date**

Insérer la date sous la forme suivante : AAAAMMJJ (1<sup>er</sup> juin 2016 = 20160601).

**Variable LM\_V07 : position de la prestation**

Il faut indiquer ici la position des prestations selon l'annexe 1. La position doit contenir trois caractères (E01 et non E1).

**Variable LM\_V08 : minutes**

La durée des prestations fournies est indiquée en minutes, arrondie à la minute inférieure ou supérieure. Il faut prendre pour base des minutes normales (60 par heure) et non industrielles (100 par heure).

**Variable LM\_V09 : groupe professionnel**

Seul le groupe professionnel auquel appartient la personne qui remplit les données peut être indiqué dans le champ « Groupe professionnel ». Les infirmières et infirmiers ne peuvent par exemple pas saisir de prestations socio-pédagogiques (cf. point 9.1.3).



## 8.6 Spécifications pour les données cantonales (SDEP-BE-MK)

Le relevé des données SDEP-BE-MK doit être effectué conformément aux consignes de la documentation sur le relevé des données 2020 :

N°	Variable	Spécification	Saisie obligatoire	Taille	Type
C1	Type d'enregistrement BK = enregistrement d'en-tête LM = données cantonales dans le secteur de la psychiatrie ambulatoire	BE	✓	2	AN
C2-C4	Enregistrement d'en-tête (1 ligne)	BE	✓		
MK_V01	N° REE	BE	✓	8	N
MK_V02	N° du site (selon statistique administrative des hôpitaux)	BE	✓	5	AN
MK_V03	Numéro du cas (identique à 4.6.V01)	BE	✓	16	AN
MK_V04	Forme de logement 1 = seul-e 2 = avec d'autres personnes 3 = logement protégé ou avec accompagnement 4 = logement dans un foyer 5 = sans domicile fixe 6 = autre 9 = inconnu	BE	✓	1	N
MK_V05	Nombre de traitements hospitaliers et de traitements en clinique de jour au cours des deux dernières années 0-7 = nombre de traitements 8 = plus de 7 9 = inconnu	BE	✓	1	N
MK_V06	Premier contact avec une institution psychiatrique ≥ 2 ans 0 = non 1 = oui 9 = inconnu	BE	✓	1	N
MK_V07	Ampleur de l'assistance 0-7 = nombre de partenaires professionnels 8 = plus de 7 9 = inconnu	BE	✓	1	N
MK_V08	Situation scolaire (psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent seulement) 1 = école ordinaire 2 = école ordinaire avec soutien particulier 3 = école spécialisée 7 = pas en âge de scolarité / majeur 9 = inconnu	BE	✓	1	N
MK_V09	Score EGF lors de l'admission	BE	✓	3	N

Les variables du jeu de données SDEP-BE-MK sont saisies lors de l'admission.

#### **Variable MK\_V04 : forme de logement**

La forme de logement est à saisir en sus de la variable « séjour avant l'admission » (1.2.V02 et 3.2.V02). Par forme de logement, on entend le lieu de vie habituel de la personne concernée, sans tenir compte d'un éventuel changement de résidence récent dû à la maladie.

Le fait que la personne ait été hospitalisée ou traitée en clinique de jour juste avant le traitement ambulatoire ne joue donc pas de rôle.

#### **Variable MK\_V05 : nombre de traitements hospitaliers et de traitements en clinique de jour au cours des deux dernières années**

Ce nombre sert d'indicateur du besoin de traitement et d'assistance des patientes et des patients ambulatoires, donc du degré de gravité des cas (cf. Babalola et al., 2014 ; Vigod et al., 2013).

Il s'agit de compter tous les épisodes de traitement en hôpital et en clinique de jour survenus au cours des 24 derniers mois, y compris ceux relevant d'autres institutions. A noter que si la personne était hospitalisée au début de la période considérée, cet épisode-là compte également, quand bien même l'admission effective remonte à une date antérieure. La date indiquée par la patiente ou le patient fait foi.

#### **Variable MK\_V06 : premier contact avec une institution psychiatrique $\geq$ 2 ans**

Le moment de ce premier contact sert également d'indicateur du degré de gravité des cas (cf. DGPPN, 2013 ; Ruggeri et al., 2000).

#### **Variable MK\_V07 : ampleur de l'assistance**

Cette variable rend compte du nombre de partenaires professionnels extérieurs à l'institution psychiatrique qui s'occupent régulièrement de la personne traitée (service social de la commune, aide et soins à domicile, services externes, autorités, etc.).

#### **Variable MK\_V08 : situation scolaire**

Cette variable concerne les enfants et les adolescents en âge de scolarité. Pour les adultes, c'est la valeur 7 qui est utilisée.

#### **Variable MK\_V09 : score EGF lors de l'admission**

L'échelle d'évaluation globale du fonctionnement (score EGF) selon le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV<sup>8</sup>) sert elle aussi d'indicateur du degré de gravité des cas (cf. DGPPN, 2013 ; Ruggeri et al., 2000 ; Valdes-Stauber et al., 2015).

## **9 Conditions du financement cantonal**

Les prestations ambulatoires et de clinique de jour dans le secteur psychiatrique doivent être correctement saisies (cf. point 9.1) et documentées (cf. point 9.2) par les institutions en vue de leur (co)financement par le canton de Berne. Elles doivent en outre répondre à des critères de financement qui sont évalués dans le cadre du décompte annuel des prestations (cf. point 9.3).

### **9.1 Remarques sur la saisie des volumes de prestations (données SDEP-BE-LM)**

#### **9.1.1 Remarques générales**

Il est distingué entre les prestations suivantes :

- E : Service ambulatoire : rémunération par prestation
- P : Clinique de jour : rémunération forfaitaire
- N : Prestations sans lien avec un cas spécifique

---

<sup>8</sup> Score EGF : cf. Weinheim, R. (1989). Diagnostische Kriterien und Differentialdiagnosen des diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen DSM-III

- V : Prestations de base fixes
- T : Prestations non financées par le canton de Berne
- Z : Prestations incluses

Celles dont la position commence par la lettre E, P, N ou V composent la liste des prestations financées par le canton (cf. annexe 1).

Les prestations incluses (Z) étant comprises dans les coûts normatifs des prestations dont la position commence par la lettre E, P, N et V, elles ne peuvent être inscrites que sous la position Z. Leur livraison, facultative, pourra servir le cas échéant à recalculer lesdites prestations incluses.

Les prestations qui ne satisfont pas aux critères du canton ou qui sont prises en charge par une autre source doivent être enregistrées avec une position commençant par la lettre T.

Les prestations dont la position commence par la lettre E, P, N ou V ne peuvent être remises que si elles remplissent les critères du financement par le canton. Chaque prestation unitaire est à enregistrer avec sa position, pour le jour lors duquel elle a été fournie. Il n'est permis de regrouper ni plusieurs prestations, ni plusieurs jours.

**Les prestations P ne peuvent être fournies que dans les cliniques de jour (locaux de la clinique). Exceptions : prestations telles que visite médicale accompagnée, démarche administrative ou excursion en groupe (durée limitée à 8 heures au maximum).**

Les groupes professionnels exclusivement financés par la LAMal (physiothérapie, ergothérapie, logopédie et conseils nutritionnels) ne saisissent pas de prestations de type E, P ou V.

Les prestations sont répertoriées dans l'annexe 1.

### 9.1.2 Durée de la prestation

Par analogie à TARMED, les prestations peuvent être enregistrées par périodes de 5 minutes. Une activité ayant duré 12 minutes correspond par exemple à 3 périodes de 5 minutes, soit à 15 minutes en tout. C'est ce total de 15 qu'il convient de saisir. Il faut prendre pour base des minutes normales (60 par heure) et non industrielles (100 par heure). Pour les prestations unitaires, la livraison des données peut s'effectuer par période de 5, 10, 15, 20 minutes, etc. Les rendez-vous manqués sont relevés en minutes, en indiquant la valeur normative de 15 minutes<sup>9</sup>. Les prestations faisant l'objet d'une rémunération forfaitaire (comme la prestation P15 « Rapport ») sont aussi saisies en minutes.

A l'instar des prestations unitaires, les prestations fournies à un groupe sont à saisir en lien avec des cas spécifiques. Il faut alors diviser le total des minutes par le nombre de participantes et de participants (comme pour TARMED) et ne livrer que les données concernant les prestations fournies aux patientes et patients domiciliés dans le canton de Berne, par période d'une minute (arrondir à la minute supérieure ou inférieure). Exemple : séance de 60 minutes réunissant 11 personnes, dont 8 sont traitées en clinique de jour et 7 ont leur domicile dans le canton. Il convient d'enregistrer 7 prestations de 6 minutes chacune (5 minutes 45 secondes effectives arrondies à la minute supérieure).

### 9.1.3 Groupe professionnel

Lorsque plusieurs personnes fournissent conjointement une prestation, chacune la saisit séparément en regard de son groupe professionnel. Il n'est pas possible de mentionner plus d'un groupe.

Les psychologues ne possédant pas de titre de spécialiste sont à enregistrer comme psychologues assistant-e-s.

Les stagiaires ne saisissent aucune prestation.

L'ODH examine si les prestations ont été saisies uniquement par les personnes appartenant au groupe professionnel correct. Lorsque plus de 2% des prestations ont été saisies par le

<sup>9</sup> Cette valeur normative peut aussi être utilisée pour les rendez-vous manqués en clinique de jour vu la difficulté à en chiffrer la durée et l'indemnisation forfaitaire.

groupe professionnel « Autre », le groupe professionnel manquant doit être indiqué dans la variable 09 des données **SDEP-BE-LM**.

Seules les prestations fournies strictement par les professionnelles et professionnels concernés peuvent être saisies. Celles de gestion et d'assistance, comprises dans les coûts normatifs, ne comptent pas comme prestations financées par le canton.

Le choix de la prestation à facturer s'opère en premier lieu en fonction du groupe professionnel qui la fournit, et en second lieu en fonction de la nature de l'activité.

#### 9.1.4 Type de structure

C'est le type de tarif qui détermine la position à facturer dans le modèle des coûts normatifs : en cas de rémunération forfaitaire (**cliniques de jour**), le décompte des prestations liées à un cas spécifique s'effectue uniquement par le biais des positions débutant par P ; en cas de rémunération par prestation (**tous les autres domaines**), il s'effectue uniquement par le biais des positions commençant par E. **Les dérogations ne sont permises qu'à titre exceptionnel et doivent impérativement pouvoir être justifiées.**

Le tableau 4 présente les catégories de prestation par type de structure.

	Prestations E	Prestations P	Prestations N	Prestations V
Cliniques de jour	0	✓	✓	✓
Services ambulatoires	✓	0	✓	✓
Services de proximité	✓	0	✓	✓
Logement avec accompagnement / coaching à domicile	✓	0	✓	✓
Offre de loisir et de séjour d'accès facilité	0	0	✓	0
Prestations hospitalières	0	0	0	0

Tableau 4 : catégories de prestation admises par type de structure

#### 9.1.5 Prestations liées à un cas spécifique

Les prestations ambulatoires et de clinique de jour fournies à des patientes ou patients sont à relever en lien avec un cas spécifique, à l'exception de la prestation P15 « Rapport », qui n'est liée à aucun cas<sup>10</sup>. Les rendez-vous manqués sont aussi à indiquer en lien avec un cas spécifique. Si ce n'est pas possible (p. ex. pour une première consultation), il faut les saisir sans lien avec un cas spécifique.

#### 9.1.6 Prestations de soins régies par la LAMal

**Les prestations de soins fournies en clinique de jour et qui sont régies par la LAMal ne sont plus financées par le canton.**

#### 9.1.7 Déplacements

C'est principalement pour les prestations de proximité (types de structure 8 à 10) que des temps de déplacement peuvent être saisies. Dans des cas exceptionnels dûment justifiés, leur facturation est aussi possible pour d'autres types de structure.

#### 9.1.8 Rapport en clinique de jour

Chaque spécialiste saisit sa participation au rapport, ce qui permet de recalculer périodiquement le forfait applicable à cette prestation.

<sup>10</sup> Dès lors, la prestation P15 « Rapport » est à saisir de la même manière que les prestations sans lien avec un cas spécifique.

### 9.1.9 Type de prestation

Il est important, pour planifier les soins, que ceux-ci soient attribués au type de prestation correct (**variable 05 du jeu de données SDEP-BE-LM**). Lorsque plus de 2% ont été saisis sous « Autre », le fournisseur doit indiquer de quelles prestations il s'agit.

## 9.2 Instructions concernant la documentation des prestations

Les prestations fournies par les services ambulatoires et les cliniques de jour sont indemnisées par le canton pour autant que les critères spécifiques aux prestations définis en annexe au contrat de prestations soient remplis. Le respect des critères doit être démontré dans une documentation appropriée, qui permette de le vérifier lors du décompte de l'exercice.

### 9.2.1 Forme

Le fournisseur de prestations atteste le respect des critères de financement dans un système d'information ou de documentation. Les prestations peuvent par exemple être commentées dans les systèmes électroniques suivants :

- programme de saisie des prestations,
- système d'informations cliniques (SIC),
- progiciel de gestion intégré (PGI),
- dossier du patient,
- etc.

Il est également possible d'utiliser une documentation sur papier, en complétant des documents existants (tels que le dossier du patient) ou en créant de nouveaux formulaires.

Un mois avant la date de la révision, l'ODH envoie à l'institution la liste des prestations pour lesquelles le respect des critères de financement sera examiné sur la base de la documentation. Le temps de préparation peut être prolongé sur demande.

Le jour de la révision, l'institution est en mesure de présenter, pour chaque prestation de l'échantillonnage, un extrait de la documentation (capture d'écran ou copie/original de la version imprimée), préparée sous forme électronique (clé USB, p. ex.) ou sur papier (dans un classeur). La documentation est ensuite conservée par l'institution pendant cinq ans au minimum.

### 9.2.2 Contenu

La documentation doit montrer que les critères de financement prévus par le contrat de prestations sont remplis. Les commentaires doivent permettre à un tiers de comprendre de quelle activité concrète il s'est agi. Les abréviations sont à éviter dans la mesure du possible.

Il n'est pas nécessaire d'indiquer les motifs de la prestation. Les informations relatives aux patientes et aux patients (anamnèse notamment) ne sont à fournir que si elles sont en lien direct avec les critères de financement ; dans ce cas, elles doivent être aussi concises que possible.

Pour que la prestation puisse être identifiée, le relevé doit comporter la date, la position de la prestation et sa durée ainsi que, pour les prestations liées à un cas spécifique, le numéro de ce dernier. **Des informations détaillées sur la documentation à fournir pour chaque prestation sont annexées au contrat de prestations.**

### 9.3 Procédure d'évaluation des critères de financement (règles de facturation)

La vérification de la facturation des prestations ambulatoires et de clinique de jour se déroule en plusieurs étapes. Dans un premier temps, les positions qui ne remplissent pas les critères de plausibilité sont supprimées des jeux de données. Cette étape s'effectue en majeure partie de manière automatisée via la plateforme pour le relevé des données hospitalières (cf. point 9.3.1). Ensuite, le respect des critères de financement énoncés dans le contrat de prestations est vérifié au moyen de deux échantillons tirés des données livrées (cf. point 9.3.2). Les chiffres-clés peuvent en outre faire l'objet de comparaisons afin d'évaluer le caractère économique des prestations fournies (cf. point 9.3.3).

#### 9.3.1 Contrôle de plausibilité

La plausibilité des données est désormais (en majeure partie) contrôlée via la plateforme pour le relevé des données hospitalières. Ne sont pas considérées comme plausibles et doivent être supprimées du jeu de données SDEP-BE-LM au moins les prestations suivantes :

- les prestations fournies en mode résidentiel ;
- les prestations fournies à des personnes d'autres cantons.

L'ODH se réserve le droit d'effectuer des contrôles de plausibilité supplémentaires.

#### 9.3.2 Echantillons

##### Premier échantillon

Le premier échantillon comprend les données suivantes :

- ensemble des prestations d'une durée de 480 minutes ou plus,
- autres prestations sortant de l'ordinaire.

Ces prestations sont vérifiées dans leur intégralité. Le jour de la révision, l'institution doit donc présenter pour chaque position la documentation définie au point 9.2 et dans les annexes au contrat de prestations. Les prestations qui ne remplissent pas les critères ou qui ne peuvent pas être documentées ne sont pas financées par le canton.

##### Second échantillon

Le second échantillon est aléatoire. Il porte sur le volume de prestations suivant :

- 1% de l'ensemble des prestations non comprises dans le premier échantillon,
- au minimum 30 prestations, au maximum 500.

Le jour de la révision, l'institution présente pour chaque position sélectionnée la documentation définie au point 9.2 et dans les annexes au contrat de prestations. L'ODH vérifie sur cette base si les critères de financement sont remplis.

Il calcule ensuite pour chaque prestation non conforme ou ne pouvant pas être documentée quel aurait été le montant de l'indemnisation si les critères avaient été respectés, en appliquant le prix de la position indiquée par l'institution dans les données SDEP-BE-LM. Il définit ensuite au prorata la déduction à opérer sur l'ensemble des prestations non comprises dans le premier échantillon.

Exemple : si les prestations non conformes représentent 1% du montant de l'indemnisation, une proportion de 1% du montant facturé pour cet ensemble de prestations sera déduite.

#### 9.3.3 Chiffres-clés

L'ODH se réserve le droit d'examiner les chiffres-clés afin de mieux évaluer l'économicité des prestations financées par le canton. Il peut notamment effectuer des comparaisons croisées avec d'autres institutions ainsi que des comparaisons dans le temps. Sur cette base, l'ODH définit des valeurs de référence sur la base desquelles le financement versé par le canton aux institutions concernées peut être limité, selon des critères d'économicité.

## 10 Sources

Manuel PSYREC-KTR version 8.1, valable depuis 2018. Disponible sur le site du canton de Zurich sous : [www.zh.ch](http://www.zh.ch) > Themen > Gesundheitsinstitutionen > Spitäler & Kliniken > [Erhebungsunterlagen](#)

DGPPN (éd.) (2013). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin, Heidelberg : Springer

Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., Bisoffi, G. & Tansella, M. (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 177(2), 149-155

Valdes-Stauber, J., Vietz, J., Kilian, R. (2015). Abgestufte ambulante psychiatrische Behandlung : Ein Vergleich von Patienten einer psychiatrischen Institutsambulanz mit Patienten niedergelassener Nervenärzte in einer ländlichen Region. *Psychiat Prax* 2015 ; 42(04) : 191-196

## Annexe 1

Prestations financées par le canton de Berne			
Service ambulatoire : rémunération par prestation		Lc	Rém.
E01	Prestation médicale dépassant la limite TARMED	✓	✓
E02	Prestation psychologique dépassant la limite TARMED	✓	✓
E03	Prestation de spécialiste ni médecin ni psychologue dépassant la limite TARMED	✓	✓
E04	Prestation de spécialiste ni médecin ni psychologue destinée à un cas AI de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	✓	✓
E05	Déplacement du personnel non médical pour des prestations de proximité	✓	✓
E06	Prestation d'interprétariat par des tiers	✓	✓
Clinique de jour : rémunération forfaitaire		Lc	Rém.
P01	Entretien et prise en charge par l'assistante sociale ou l'assistant social	✓	✓
P02	Groupe dirigé par une assistante sociale ou un assistant social	✓	✓
P03	Entretien et prise en charge par l'éducatrice sociale ou l'éducateur social	✓	✓
P04	Groupe dirigé par une éducatrice sociale ou un éducateur social	✓	✓
P05	Conseil par les pairs (séance individuelle)	✓	✓
P06	Conseil par les pairs (en groupe)	✓	✓
P07	Art-thérapie, musicothérapie, thérapie par le mouvement (séance individuelle)	✓	✓
P08	Art-thérapie, musicothérapie, thérapie par le mouvement (en groupe)	✓	✓
P09	Prestation en l'absence de la patiente ou du patient dans les secteurs travail social, éducation sociale, conseil par les pairs, art-thérapie, musicothérapie, thérapie par le mouvement	✓	✓
P10	<del>Prestation de soins par le personnel infirmier ou l'ASSC (séance individuelle)<sup>11</sup></del>	✗	✗
P11	<del>Prestation de soins par le personnel infirmier ou l'ASSC (en groupe)<sup>11</sup></del>	✗	✗
P12	Prestation de prise en charge par le personnel infirmier ou l'ASSC (en groupe)	✓	✓
P13	<del>Prestation en l'absence de la patiente ou du patient par le personnel infirmier ou l'ASSC<sup>11</sup></del>	✗	✗
P14	<del>Prestation en l'absence de la patiente ou du patient par le personnel infirmier ou l'ASSC dépassant le cadre de l'art. 7 de l'OPAS</del>	✓	✓
P15	Rapport interne (par oral)	----	✓
P16	Transport scolaire	✓	✓
P17	Prestation d'interprétariat par des tiers	✓	✓
Prestations sans lien avec un cas spécifique		Lc	Rém.
N01	Aiguillage	----	✓
N02	Préparation et suivi du traitement ambulatoire ou de clinique de jour	----	✓
N03	Consultation pour personne concernée et ses proches (sans lien avec un cas spécifique)	----	✓
N04	Consultation pour spécialistes, autorités et institutions (sans lien avec un cas spécifique)	----	✓
N05	Groupe d'entraide, de proches ou d'anciens patients	----	✓
N06	Entretien spécialisé sans lien avec un cas spécifique	----	✓
N07	Coaching d'institutions et de spécialistes externes (sans lien avec un cas spécifique)	----	✓
N08	Réseautage	----	✓
N09	Relations publiques	----	✓

<sup>11</sup> Les prestations de clinique de jour à la charge de la LAMal ne sont plus financées par le canton.



Prestations financées par le canton de Berne			
Prestations de base fixes		Lc	Rém.
V01	Service d'urgence et de piquet	----	✓
V02	Rendez-vous manqué pour prestation médicale	(✓)	✓
V03	Rendez-vous manqué pour prestation psychologique	(✓)	✓
V04	Rendez-vous manqué pour prestation de spécialiste ni médecin ni psychologue	(✓)	✓
V05	Rendez-vous manqué en clinique de jour	(✓)	✓

Prestations <u>non</u> financées par le canton de Berne		Lc <sup>12</sup>	Rém.
T01	Prestation médicale respectant la limite TARMED	----	----
T02	Prestation psychologique respectant la limite TARMED	----	----
T03	Prestation de spécialiste ni médecin ni psychologue respectant la limite TARMED	----	----
T04	Séance de physiothérapie, ergothérapie, logopédie, conseils nutritionnels	----	----
T05	Groupe de réflexion spirituelle	----	----
T06	Prestation individuelle par la ou le médecin en clinique de jour (en présence / en l'absence de la patiente ou du patient)	----	----
T07	Groupe dirigé par une ou un médecin en clinique de jour	----	----
T08	Prestation individuelle par la ou le médecin en clinique de jour (en présence / en l'absence de la patiente ou du patient)	----	----
T09	Groupe dirigé par une ou un psychologue en clinique de jour	----	----
T10	Prestations liées à un cas spécifique ne répondant pas aux exigences de la DSSI	----	----
T11	Prestations sans lien avec un cas spécifique ne répondant pas aux exigences de la DSSI	----	----

Prestations incluses		Lc	Rém.
Z01	Suivi des personnes en formation (continue)	----	(✓)
Z02	Perfectionnement en équipe, formations	----	(✓)
Z03	Perfectionnement externe individuel pendant le temps de travail	----	(✓)
Z04	Travail conceptuel (activité individuelle)	----	(✓)
Z05	Séance d'équipe sans lien avec un cas spécifique, travail conceptuel en équipe et développement de l'équipe	----	(✓)
Z06	Direction / gestion	----	(✓)
Z07	Assistance	----	(✓)

### Légende

Lc = lien avec un cas spécifique

Rém. = prestations que le canton rémunère directement<sup>13</sup> lorsqu'elles remplissent les critères et que les données correspondantes ont été livrées.

<sup>12</sup> Les données concernant les prestations de type T doivent être livrées en lien avec un cas spécifique pour pouvoir recalculer les coûts normatifs. Un lien avec le cas spécifique n'est en revanche pas nécessaire pour déterminer les coûts des soins LAMal non couverts par le tarif.

<sup>13</sup> Les prestations incluses sont rémunérées indirectement puisqu'elles sont comprises dans le calcul des coûts normatifs.