BE

Convention tarifaire conformément à la LAMal

[Convention n° 11.500.0367B]

valable dès le 01.01.2013 concernant

la rémunération des soins aux patients dans le secteur des

Soins aigus et de transition

selon l'assurance obligatoire des soins conformément à la LAMal

entre

l'Association bernoise des établissements médico-sociaux (vbb|abems)

ci-après **l'association / le prestataire de soins**

et

1.	N° OFSP 8	**Assurance maladie CSS SA**
2.	N° OFSP 32	**Aquilana Versicherungen**
3.	N° OFSP 57	**Moove Sympany SA**
4.	N° OFSP 134	**Kranken- und Unfallkasse Bezirkskrankenkasse Einsiedeln**
5.	N° OFSP 182	**PROVITA Gesundheitsversicherung AG**
6.	N° OFSP 194	**sumiswalder**
7.	N° OFSP 246	**Krankenkasse Steffisburg**
8.	N° OFSP 290	**CONCORDIA Suisse. Assurance maladie et accidents SA**
9.	N° OFSP 312	**Caisse-maladie Atupri**
10.	N° OFSP 343	**Avenir Assurance Maladie SA** anciennement : 343 Avenir; 556 St. Moritz; 263 CMBB
11.	N° OFSP 360	**Krankenkasse Luzerner Hinterland**
12.	N° OFSP 455	**ÖKK Assurances maladie et accidents SA**
13.	N° OFSP 509	**Vivao Sympany AG**
14.	N° OFSP 558	**Krankenversicherung Flaachtal AG**
15.	N° OFSP 774	**Easy Sana Assurance Maladie SA** anciennement : 749 La Caisse Vaudoise ; 445 Hermes ; 774 Easy Sana
16.	N° OFSP 780	**Glarner Krankenversicherung**
17.	N° OFSP 790	**innova Wallis AG**
18.	N° OFSP 820	**Cassa da malsauns LUMNEZIANA**
19.	N° OFSP 829	**KLuG Krankenversicherung**

20.	N° OFSP 881	**EGK Grundversicherungen**
21.	N° OFSP 901	**sanavals Gesundheitskasse**
22.	N° OFSP 923	**Caisse-maladie SLKK**
23.	N° OFSP 941	**sodalis gesundheitsgruppe**
24.	N° OFSP 966	**vita surselva**
25.	N° OFSP 1003	**Krankenkasse Zeneggen**
26.	N° OFSP 1040	**Krankenkasse Visperterminen**
27.	N° OFSP 1113	**Caisse-maladie de la Vallée d'Entremont**
28.	N° OFSP 1142	**Krankenkasse Institut Ingenbohl**
29.	N° OFSP 1318	**Krankenkasse Wädenswil**
30.	N° OFSP 1322	**Krankenkasse Birchmeier**
31.	N° OFSP 1328	**kmu-Krankenversicherung**
32.	N° OFSP 1331	**Krankenkasse Stoffel Mels KKS**
33.	N° OFSP 1362	**Krankenkasse Simplon**
34.	N° OFSP 1384	**SWICA Organisation de santé**
35.	N° OFSP 1386	**GALENOS Assurance maladie et accidents**
36.	N° OFSP 1401	**rhenusana - Die Rheintaler Krankenkasse**
37.	N° OFSP 1479	**Mutuel Assurances Maladie SA** anciennement : 1479 Mutuel Assurances ; 1551 Universa ; 1442 Natura Assurances.ch
38.	N° OFSP 1507	**AMB Assurance-maladie et accidents**
39.	N° OFSP 1529	**INTRAS Assurance-maladie SA** y compris : 1159 AUXILIA Assurance-maladie SA (Fusion)
40.	N° OFSP 1535	**Philos Assurance Maladie SA** anciennement : 1535 Philos ; 1097 Avantis ; 1215 Troistorrents ; 484 Panorama Assurance maladie et accidents ; 216 EOS ; 160 Caisse-maladie de la Fonction Publique
41.	N° OFSP 1555	**Visana**
42.	N° OFSP 1560	**Caisse maladie Agrisano**
43.	N° OFSP 1568	**sana24**
44.	N° OFSP 1569	**Arcosana AG**
45.	N° OFSP 1570	**vivacare**
46.	N° OFSP 1577	**Sanagate SA**

toutes représentées, conformément à la procuration, par

tarifsuisse sa, Römerstrasse 20, 4502 Soleure

ci-après **tarifsuisse sa / l'assureur**

(le prestataire de soins et l'assureur ensemble sont appelés les **parties contractantes**)

Art. 1 Champ d'application

[1] La présente convention s'applique entre l'association et les prestataires de soins qui sont affiliés à l'association dans la mesure où ils ont adhéré à la convention, et les assureurs maladie représentés par tarifsuisse sa.

[2] Pour les établissements médico-sociaux (EMS), l'adhésion à la convention se fait dans le cadre d'une procédure écrite dans les 2 mois après l'envoi de ladite convention. Lors de leur adhésion, les EMS précisent s'ils souhaitent adhérer au modèle du décompte des prestations individuelles ou du forfait global.

[3] Après l'adhésion, un prestataire de soins peut, dans le respect d'un délai de préavis de trois mois, procéder à un changement de modèle pour le 1er janvier de chaque année. Le changement de modèle doit être communiqué à vbb|abems.

[4] L'adhésion implique l'approbation de la convention et, par là même, la pleine reconnaissance de cette convention avec ses annexes.

[5] Les prestataires de soins qui ne sont pas membres de vbb|abems peuvent déclarer par écrit auprès de cette dernière leur adhésion à la présente convention. Ils versent à vbb|abems une finance d'adhésion unique de Fr. 500.- et une participation annuelle aux frais de Fr. 17.50 par lit.

[6] L'association informe tarifsuisse sa sur la situation des prestataires de soins ayant adhéré.

[7] La convention s'applique aux personnes assurées auprès d'un assureur qui est partie prenante de la convention et qui ont droit aux prestations dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins conformément à la LAMal.

Art. 2 Ampleur des prestations

[1] La présente convention tarifaire règle le déroulement des soins aigus et de transition (SAT) sur le plan administratif ainsi que leur rémunération pour les patients des prestataires de soins conformément aux conditions légales et convenues par la convention.

[2] Les annexes 1- 4 font partie intégrante de la présente convention.

Art. 3 Définition des soins aigus et de transition

[1] Conformément à l'article 25a, al. 2 LAMal, seul le médecin hospitalier peut prescrire des soins aigus et de transition. Les conditions suivantes doivent être satisfaites de manière cumulative :

a) Les problèmes de santé aigus sont connus et stabilisés. Des prestations diagnostiques et thérapeutiques dans un hôpital de soins aigus ne sont plus nécessaires. Il n'y a pas nécessité d'une réadaptation ambulatoire ou dans une clinique spéciale.
b) Après un séjour dans un hôpital de soins aigus, la patiente ou le patient nécessite des soins qualifiés de réadaptation donnés par du personnel soignant qualifié.
c) Les SAT sont une étape dans la chaîne des soins. Ils doivent être prescrits conformément aux besoins et de manière ciblée. Ils ne sont pas prévus comme une période en attente d'admission dans une clinique de réadaptation ou dans un EMS.
d) Les SAT ont pour objectif d'améliorer la compétence à prendre soin de soi-même, de sorte que la patiente ou le patient puisse à nouveau recourir, dans son environnement habituel, aux aptitudes et aux possibilités dont elle/il disposait avant le séjour hospitalier. Le retour à la maison est durable, et on évite une réadmission à l'hôpital. Les SAT sont définis sur la

base des prescriptions légales cantonales et selon les principes présentés dans le formulaire d'inscription pour les soins aigus et de transition.

Art. 4 Conditions de prestation

[1] Conformément à l'art. 7, al. 3 OPAS, les assureurs prennent en charge les coûts pour les soins aigus et de transition qui sont fournis après un séjour hospitalier sur ordonnance du médecin hospitalier lorsque le prestataire de soins

a) dispose d'une autorisation conformément à l'art. 39, al. 1, lit. a – c, resp. al. 3 LAMal ou conformément à l'art. 38 LAMal en relation avec les art. 49 ou 51 OAMal ;
b) dispose d'un mandat de prestation pour les soins aigus et de transition, dans la mesure où le droit cantonal le prévoit ;
c) dispose d'un N° RCC de SASIS AG pour les soins aigus et de transition.

[2] Si les conditions fixées au 1er alinéa ne sont plus remplies pendant la durée de validité de la convention, l'obligation légale de couvrir des prestations prend fin dès cet instant pour l'assurance-maladie obligatoire.

Art. 5 Evaluation et annonce des soins requis

[1] L'évaluation des besoins pour les soins aigus et de transition selon l'art. 8 OPAS se fait sur la base de critères uniformes. Le résultat est relevé sur le formulaire en annexe 2.

[2] Le formulaire doit être transmis à l'assureur par le prestataire de soins avant le début des soins aigus et de transition, dûment complété et signé par le médecin hospitalier.

[3] Les ordonnances rétroactives ne sont pas autorisées.

Art. 6 Remboursement des prestations

[1] Les prestations des soins aigus et de transition sont remboursées par les assureurs selon le calendrier pendant au maximum quatorze (14) jours.

[2] Pour les soins fournis, l'assureur verse un forfait journalier et rembourse les autres frais conformément à l'annexe 1.

[3] Pendant une période de décompte, aucune autre prestation des soins stationnaires ou ambulatoires ne peut être compensée. Ceci ne s'applique pas aux jours d'arrivée et de départ.

Art. 7 Facturation

[1] Conformément à la présente convention de collaboration, le débiteur est l'assureur-maladie (système du tiers payant, art. 42, al. 2 LAMal).

[2] Certains assureurs et prestataires de soins individuels peuvent convenir, par dérogation à l'al. 1, que c'est l'assuré qui est le débiteur (système du tiers garant). Dans ce cas le prestataire en informe le patient de manière adéquate.

[3] La facturation se fait après la fin des soins aigus et de transition pour les prestations comprises dans l'assurance maladie obligatoire.

[4] L'assureur paie la facture du prestataire de soins dans un délai de 30 jours.

[5] En cas de contestation justifiée, le délai de paiement est interrompu pour la partie contestée de la facture. La part non contestée doit être réglée par l'assureur dans le respect du délai indiqué au paragraphe 4.

Art. 8 Indications devant figurer sur la facture

Le prestataire de soins établit la facture en indiquant les informations suivantes :

a) données concernant l'assuré (numéro d'assuré, numéro de la carte d'assuré, numéro d'assurance sociale, nom, prénom, adresse de domicile, date de naissance)
b) nom de l'assureur
c) numéro de facture du prestataire de soins pour l'assuré en question, y compris date de la facture
d) numéro de registre du code créancier (N° RCC) du prestataire de soins
e) le calendrier complet (période et nombre des jours de soins)
f) prestations individuelles éventuellement facturées, avec calendrier et n° de position.
g) positions de taxe à la charge de l'assurance de base obligatoire. Les autres prestations selon l'annexe 1, ch. 3, doivent être facturées séparément à l'assuré conformément à l'OAMal art. 59 al. 3.

Art. 9 Echange de données informatisé (EDI)

[1] Assureur et prestataire de soins peuvent convenir de l'échange de données informatisé. Dans ce cas les données administratives et médicales seront échangées électroniquement lors de l'annonce des besoins (selon l'art. 5), resp. de la facturation (selon l'art. 7).

[2] L'échange de données informatisé pour l'annonce des besoins ainsi que pour la facture satisfait aux standards habituels dans la branche permettant de transmettre les données.

Art. 10 Obligation d'informer

Le prestataire de soins reconnaît que la loi lui impose une obligation spécifique d'informer son patient en ce qui concerne les prestations de l'assurance sociale et éventuellement les coûts qui ne sont pas couverts par l'assurance obligatoire de soins.

Art. 11 Protection tarifaire

Le prestataire de soins s'engage à respecter la protection tarifaire conformément à l'art. 44 LAMal. Par là, il tient en particulier compte du fait que, avec la facturation des prestations de soins conformément à l'art. 7 ss OPAS, toutes les prestations couvertes par la LAMal sont compensées et qu'il ne peut y avoir d'autres prestations obligatoires dans ce cadre.

Art. 12 Economicité et garantie de qualité

[1] Les soins doivent être fournis conformément aux critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (art. 32 LAMal). Le prestataire de soins doit limiter ses prestations à la mesure qui est dans l'intérêt de l'assuré et nécessaire pour l'objectif du traitement (art. 56 LAMal).

[2] Le prestataire de soins et les assureurs s'engagent à participer aux mesures communes pour la garantie et le contrôle de la qualité de leurs prestations conformément aux articles 58 LAMal et 77 OAMal.

Art. 13 Reporting

[1] L'association s'engage à annoncer, à chaque fois jusqu'au 30 mai de l'année suivante au plus tard, à tarifsuisse sa le nombre de patients, la durée du séjour ainsi que le lieu de résidence des patients après la fin des soins aigus et de transition.

[2] Les prestataires de soins ayant adhéré à la convention s'engagent à remettre à l'association les données mentionnées à l'al. 1 pour la fin mars.

Art. 14 Obligation d'informer par les prestataires de soins

[1] L'assureur a l'obligation et le droit de vérifier l'obligation de prestation.

[2] Les documents nécessaires au contrôle des dossiers exigés selon la situation juridique doivent être soumis ou présentés à la personne de contrôle de l'assureur pour étude.

[3] Le contrôle peut se faire chez le prestataires ou chez l'assuré.

Art. 15 Conciliation

[1] Si des divergences viennent à surgir pour la mise en œuvre de la convention, elles seront en principe aplanies par les parties concernées.

[2] Si les divergences ne peuvent pas être réglées d'un commun accord, chacune des parties a la possibilité de faire appel au tribunal arbitral cantonal responsable conformément à l'art. 89 LAMal.

Art. 16 Entrée en vigueur, durée, adaptation et résiliation de la convention, resp. démission

[1] La présente convention ainsi que ses annexes entrent en vigueur le 01.01.2013 pour une durée indéterminée.

[2] Les adaptations, modifications ou compléments à la présente convention ou ses annexes peuvent entrer en vigueur à chaque fois pour le début d'une année civile. Les parties contractantes s'engagent à soutenir les adaptations de la convention qui pourraient devenir absolument nécessaires pendant la durée prévue en raison de la modification des conditions ainsi que de nouvelles conditions légales (Confédération ou canton).

[3] Les parties peuvent modifier ou compléter la présente convention, ou des parties de celle-ci, par une déclaration écrite concordante en tout temps et sans résiliation formelle.

[4] La convention et ses annexes peuvent être dénoncées pour la fin d'une année civile, dans le respect d'un délai de résiliation de six mois. La résiliation de certains éléments de la convention ou des annexes individuelles n'est pas possible.

[5] Les assureurs-maladie qui adhèrent à la convention ne forment pas entre eux une société simple, mais chaque assureur adhère séparément pour soi à la présente convention. La résiliation de la convention par un assureur individuel n'a par conséquent aucune influence sur le maintien de la convention entre les autres assureurs et le prestataire de soins.

[6] A l'inverse, l'association a également la possibilité de résilier la convention envers certains assureurs uniquement, en faisant parvenir une déclaration de résiliation à ces assureurs précisément.

[7] Des prestataires de soins individuels peuvent déclarer leur retrait de la convention avec ses annexes pour la fin d'une année civile, dans le respect d'un délai de six mois. Il n'est pas possible de résilier certains éléments de la convention ou des annexes.

[8] La convention et ses annexes doivent être approuvées par le Conseil-exécutif du canton de Berne au sens de l'art. 46, al. 4 LAMal.

Art. 17 Annexes

La présente convention comprend les annexes suivantes qui en font partie intégrante :

Annexe 1 Contribution des assureurs pour les prestations de soins aigus et de transition et les autres prestations pouvant être facturées

Annexe 2 Formulaire d'annonce – Ordonnance du médecin hospitalier pour les soins aigus et de transition

Annexe 3 Concept des SAT de l'association

Annexe 4 Liste des prestataires de soins ayant adhéré

Berne, le 19 novembre 2012

Association bernoise des établissements médico-sociaux

Dr. C. Imboden
Président

P. Keller
Secrétaire général

tarifsuisse sa

Gebhard Heuberger
Chef du département Soins

Thomas Linder
Chef des négociations Soins Région centre

Annexe 1

Contribution des assureurs pour les prestations de soins aigus et de transition et les autres prestations pouvant être facturées

1. Modalités tarifaires

[1] Ce tarif s'applique pour les 14 jours prévus par la loi. Prise en charge des coûts conformément aux prescription de la LAMal : 45% assureur-maladie, 55% canton.

[2] Si le séjour dure plus de 14 jours, on appliquera dès le 15e jour une classification selon les systèmes BESA ou RAI/RUG pour les courts séjours. L'assureur paie le tarif de l'EMS de l'échelon concerné, le canton la contribution aux prestations en vigueur pour les EMS.

1.1 Modèle de forfait journalier complet

Le forfait journalier (part de l'assureur-maladie 45%) pour les séjours dans le cadre des soins aigus et de transition se monte à : **82.70 CHF**

Ce forfait journalier se compose comme suit:

Prestations de soins (OPAS art. 7, al. 3)	Forfait 100%	133.00 CHF
	Montant pour l'assureur-maladie (AM)	
	Part AM 45%	59.85 CHF
Médecin, médicaments, thérapies (physiothérapie, ergothérapie, logopédie, conseils diététiques), analyses médicales		20.40 CHF
Moyens et appareils		2.45 CHF
Total		**82.70 CHF**

Ce forfait pour le médecin, les médicaments, les thérapies et les analyses médicales règle les frais du médecin, les coûts des thérapies scientifiquement reconnues, les médicaments ainsi que les analyses qui peuvent être effectués à l'interne ou dans un cabinet médical général. Ne sont pas inclus dans cette disposition les interventions et traitements qui nécessitent une infrastructure de type hospitalier et n'ont aucun rapport avec les besoins des patientes et des patients en matière de soins.

1.2 Modèle de forfait journalier partiel :

Le forfait journalier partiel (part de l'assureur-maladie) pour les séjours dans le cadre des soins aigus et de transition pour les prestations de soins effectuées dans ce cadre (OPAS art. 7, al. 2) se compose comme suit :

Prestations de soins (OPAS art. 7, al. 3)	Forfait 100%	133.00 CHF
	Montant pour l'assureur-maladie (AM)	
	Part AM 45%	59.85 CHF
Moyens et appareils		2.45 CHF
Total		**62.30 CHF**

Les prestations suivantes sont remboursées en plus des forfaits partiels par les assureurs, si elles sont fournies par les prestataires de soins autorisés par la loi et facturées sous leur numéro RCC correspondant (médecin, thérapeute, etc.) :

a) les prestations médicales ambulatoires soumises à l'assurance conformément à TARMED, avec la valeur du point taxe valable sur le moment pour les médecins indépendants
b) les prestations paramédicales supplémentaires ordonnées par le médecin et soumises à l'assurance comme la physiothérapie, l'ergothérapie, la logopédie, les conseils diététiques, les analyses médicales ou les prestations médicales conformément aux conventions tarifaires correspondantes et à la valeur du point taxe valable sur le moment pour les prestataires ambulatoires.
c) Médicaments selon la LS : les prestataires qui disposent d'une autorisation cantonale correspondante peuvent régler les comptes directement avec les assureurs. Pour les prestataires qui ne facturent pas eux-mêmes les médicaments, ceux-ci sont remis par la pharmacie sur la base de l'ordonnance médicale et en tenant compte du N° RCC du médecin prescripteur.

2. Autres paiements par les assureurs

Toutes les prestations, prévues dans le tarif entre H+ Les hôpitaux de Suisse et la Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie (SVK), telles que dialyses, transplantations, etc., et fournies par des établissements médico-sociaux ayant adhéré à la présente convention, peuvent être facturées conformément aux taxes convenues dans le tarif en question, en plus des forfaits mentionnés aux points 1.1 et 1.2. Pour les assureurs maladie qui n'ont pas adhéré à la convention SVK, le gouvernement cantonal fixe le tarif.

3. Prestations qui ne sont pas payées par les assureurs

Selon la LAMal, les prestations qui ne sont pas à la charge des caisses sont :

b) besoins personnels du patient (téléphone, radio, TV, etc.)
c) achats, nettoyage, réparation et entretien de vêtements
d) frais de transport
e) dépenses pour l'accompagnement

Cette liste n'est pas exhaustive.

Annexe 2

Formulaire d'annonce – ordonnance du médecin hospitalier pour les soins aigus et de transition

Prestataire des SAT	Identification, adresse	Département SoH, Spitex xy etc.
	N° RCC	
Patient	Nom	Exemple
	Prénom	Pierre
	Rue	Chemin des soins 1
	NPA	4500
	Lieu de résidence	Soleure
	Date de naissance	xx.xx.xxxx
	Sexe	M
	Début de la maladie	xx.xx.xxxx
	N° d'assuré	12345678
	Numéro de la carte d'assuré	xxxx…….
	Numéro d'assurance sociale	123.4567.1234.56
	Loi	LAMAL
	Raison du traitement	Maladie
	Type de traitement	SAT
Hôpital	Nom	Bürgerspital Soleure
	N° RCC de l'hôpital	xxxx.xx
	EAN / N° GLN et nom du médecin hospitalier prescripteur	xxxx…….
	Diagnostic CIM-10 (facultatif)	yyyyyyyyyyy
	Thérapie	Physio
	Début du traitement	xx.xx.20yy
	Durée prévue du traitement (max. 14 jours)	xx

1. Les problèmes médicaux sont connus et stabilisés	oui ☐	non ☐
2. Un traitement et un suivi médical quotidiens sont superflus	oui ☐	non ☐
3. Il reste un besoin d'intervention de soins limité à 24 heures	oui ☐	non ☐
4. Une réadaptation ambulatoire ou stationnaire n'est pas justifiée	oui ☐	non ☐
5. Le patient/la patiente possède le potentiel pour retrouver son indépendance qui lui permettra de vivre dans son environnement habituel.	oui ☐	non ☐
6. Il/elle a expressément fait part de son souhait de retourner dans sa situation de vie/son logement habituel.	oui ☐	non ☐
7. Le patient/la patiente a les facultés cognitives lui permettant d'assimiler l'information ciblée.	oui ☐	non ☐
8. Les objectifs des SAT ont été convenus avec le patient/la patiente.	oui ☐	non ☐

Pour accéder à des SAT, il faut impérativement répondre oui à toutes les questions.

Lieu, date ……..

Signature du médecin hospitalier traitant / tampon de l'hôpital

Original pour le prestataire des SAT
Copie pour la patiente / le patient
Copie pour l'assureur-maladie

Annexe 3

Concept pour les soins aigus et de transition dans le secteur hospitalier du canton de Berne

1. Introduction

Les soins aigus et de transition sont une offre nouvelle. Après un séjour à l'hôpital, ils doivent aider les personnes à retrouver leur vie habituelle. La loi sur l'assurance maladie règle les conditions suivantes à cet effet :

> Les prestations des soins aigus et de transition qui s'avèrent nécessaires à la suite d'un séjour à l'hôpital et qui sont ordonnées à l'hôpital par le médecin sont remboursées par l'assurance obligatoire des soins et par le canton de domicile de l'assuré pendant deux semaines au maximum selon les règles du financement hospitalier (art. 49a Rémunération des prestations hospitalières). Assureurs et prestataires conviennent des forfaits.
>
> Comme pour les prestations de soins, les prestations correspondent à celles de l'article 7, alinéa 2 OPAS et sont considérés prestataires de soins ceux qui sont mentionnés à l'article 7, alinéa 1 OPAS (professionnels des soins, spitex, EMS). Il n'y a ainsi aucun besoin de dénomination spéciale des prestataires de soins par le canton, pas plus que d'un mandat de prestation accordé par le canton.
>
> Par ailleurs, l'ordonnance détermine également que les prestations des soins aigus et de transition ne peuvent survenir qu'à la suite d'un séjour hospitalier. Elles sont ordonnées par un médecin hospitalier uniquement en cas de nécessité médicale dans le but, pour l'assuré, de revenir à la situation dans laquelle il se trouvait avant l'entrée à l'hôpital. Les soins aigus et de transition représentent un élément du traitement et ne sont en aucun cas prévus pour financer une éventuelle attente dans la perspective d'une admission dans une clinique de réadaptation ou dans un EMS.

2. Personnes visées

Ce sont des personnes qui, après une hospitalisation, aimeraient retourner chez elles et dépendent pour ce retour d'une offre d'aide de soins thérapeutiques.

Pour qu'une patiente/un patient puisse être admis dans les soins aigus et de transition, les conditions suivantes doivent être satisfaites de manière cumulée :

- ✓ Les problèmes médicaux sont connus et stabilisés.
- ✓ Un traitement et un suivi médical quotidien sont superflus.
- ✓ Il reste un besoin d'intervention de soins limité à 24 heures.
- ✓ Une réadaptation ambulatoire ou stationnaire n'est pas justifiée.
- ✓ Le patient/la patiente possède le potentiel pour retrouver son indépendance qui lui permettra une vie dans son environnement habituel.
- ✓ Il/elle a expressément fait part de son souhait de retourner dans sa situation de vie/son logement habituel.
- ✓ Le patient/la patiente a les facultés cognitives lui permettant d'assimiler l'information ciblée.
- ✓ Les objectifs des soins aigus et de transition ont été convenus avec la patiente/le patient.
- ✓ Les soins aigus et de transition sont ordonnés par le/la médecin hospitalier.

3. Prestations et étendue des prestations

L'offre est limitée à 14 jours. L'accent de l'offre est placé sur les soins et la mobilisation. Les patientes et les patients doivent retrouver leur indépendance pour les compétences suivantes :

- ✓ Soins personnels
- ✓ Activités quotidiennes/assumer la vie quotidienne
- ✓ Mobilité
- ✓ Vie sociale

L'offre est basée sur les concepts « soins de réactivation » et soins selon les besoins et « orientés vers les ressources ».

En présence d'une ordonnance médicale correspondante, une physiothérapie est proposée aux patientes et patients. Le prestataire de soins veille à proposer les offres nécessaires.

4. Objectifs visés

Pour les patientes et les patients, avec le soutien de l'établissements médico-social

- ✓ Retrouver l'indépendance nécessaire pour pouvoir vivre à la maison.
- ✓ Leur indépendance permet un allègement pour les proches.
- ✓ Le succès de guérison du traitement médical aigu est assuré.
- ✓ On évite les ré-hospitalisations.

Pour les EMS dans le canton de Berne

- ✓ Gestion des placements
- ✓ Eviter les placements erronés

5. Admission et sortie, séjour

Admission
L'EMS détermine, en collaboration avec les patientes/patients et l'hôpital de soins aigus, si les conditions d'admission (conformément au ch. 2) sont données pour les soins aigus et de transition.

Séjour
Si les objectifs du ch. 4 sont atteints, on met fin aux soins aigus et de transition. Si, après 14 jours, il y a encore besoin de soins et qu'un retour à la maison n'est pas possible, le séjour peut être prolongé. Dans ce cas, la patiente/le patient sera attribué, selon le catalogue des prestations de BESA (version 2005) ou le formulaire pour les courts séjours de RAI/RUG, à l'un des 12 niveaux des besoins de soins (de manière analogue aux courts séjours en EMS). La facturation se fait conformément au tarif des EMS.

Départ
Lors d'un retour à la maison, celui-ci est réalisé et organisé en collaboration avec l'entourage :

- ✓ Proches/entourage
- ✓ Spitex
- ✓ Autres fournisseurs de prestation
- ✓ Médecin de famille

6. Personnel et infrastructure

Personnel
On calcule que les patients provoquent un travail estimé à 140 minutes par jour ou 51'100 minutes par année (voir calcul du tarif). La durée annuelle nette de travail conformément au tableau des effectifs des EMS de la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne représente 100'962 minutes.

Pour **10 patientes/patients,** il faudra ainsi **5.06 postes** (minutes de soins par année / durée annuelle nette de travail x 10). Conformément au calcul des tarifs, ceux-ci doivent être occupés comme suit :

- 40% niveau de fonction 3 = 2.02 postes
- 30% niveau de fonction 2 = 1.52 poste
- 30% niveau de fonction 1 = 1.52 poste

Total **5.06 postes** (pour 10 patientes/patients)

Niveau de fonction 3 : Infirmier/ère ES et HES, niv. II, en hygiène maternelle, soins psychiatriques PSY ainsi que HES I et II, sage femmes avec formation de base dans les soins

Niveau de fonction 2 : niv. I, assistants en soins et santé communautaire, assistants socio-éducatifs, infirmière assistante CC/CRS en soins infirmiers, assistants socio-éducatifs personnes âgées CFC et diplôme, auxiliaires de santé personnes âgées, à domicile, enfants

Niveau de fonction 1 : Auxiliaires de santé et social AFP, auxiliaires de soins, aide soignant avec cours reconnu par le SAP.

Infrastructure

L'infrastructure correspond aux indications de la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne pour les EMS (programme cadre)

Annexe 4

Liste des prestataires de soins ayant adhéré

N° RCC	Adresse du prestataire de soins	Modèle de dé-compte des prestations individuelles annexes	Modèle Forfaits pour presta-tions annexes	Instrument d'évaluation des besoins de soins BESA / RAI-RUG