

# Le développement de la comptabilité analytique en domaine hospitalier: le cas de la Suisse

Domenico Ferrari

Atelier ALASS

“Le développement de la comptabilité analytique dans les hôpitaux  
et des indicateurs médico-économiques”

Paris, le 27 février 2009

## Sommaire (1)

- La comptabilité analytique hospitalière en Suisse
  - Bases légales
  - Le nouveau système de financement à l'horizon 2012
  - Traits historiques
  - Les modèles de l'Association des hôpitaux de Suisse (H+)
  - Le modèle REKOLE: un renversement de perspective

## Sommaire (2)

- Caractéristiques du modèle REKOLE
  - Systèmes de calcul
  - Passerelle d'ajustement
    - Le traitement des investissements
  - Unités finales d'imputation
  - Centres de charges
  - Taux de charges
  - Documents d'analyse
  - Plan comptable
  - Coûts directs
  - Saisie des prestations

## Bases légales (1)

- Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), 1994
  - Art. 49 al. 7:  
“Les hôpitaux doivent disposer d'instruments de gestion adéquats; **ils doivent en particulier, selon une méthode uniforme, tenir une comptabilité analytique ainsi qu'une statistique de leurs prestations pour calculer leurs coûts d'exploitation et d'investissement et classer leurs prestations.** Ces instruments doivent comprendre toutes les données nécessaires pour juger du caractère économique, pour procéder à des comparaisons entre hôpitaux et pour établir la tarification ainsi que la planification hospitalière. Les gouvernements cantonaux et les partenaires tarifaires peuvent consulter les pièces.”

## Bases légales (2)

- Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP), 2002 (rév. 2009)
  - Art. 2 al. 1
    - “Le calcul des coûts et le classement des prestations doivent être effectués de façon à fournir les bases permettant:
      - a. d'opérer une distinction entre les prestations et les coûts générés par les traitements hospitaliers, ambulatoires et de longue durée;
      - b. de déterminer les prestations et les coûts de l'assurance obligatoire des soins, en relation avec les traitements hospitaliers à l'hôpital et dans les maisons de naissance;[...]”
  - **Dimensions d'analyse retenues**
    - Type de séjour (hospitalier/ambulatoire/longue durée)
    - Type de couverture (assurance obligatoire/complémentaire)

## Bases légales (3)

- Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP), 2002 (rév. 2009)

- Art. 2 al. 2

“La distinction et la détermination des coûts et des prestations susmentionnés doivent permettre:

- a. d'élaborer des indicateurs;
- b. de procéder à des comparaisons entre institutions aux niveaux régional, cantonal et supracantonal afin d'analyser les coûts et les prestations;
- c. de calculer des tarifs;
- d. de calculer des budgets globaux;
- e. d'établir des planifications cantonales;
- f. d'apprécier le caractère économique et équitable de la fourniture de prestations;
- g. de contrôler l'évolution des coûts et leur niveau.”

- **Accent sur les exigences de l'État en tant que garant du fonctionnement du système de santé**

# Le système de financement: du coût par journée d'hospitalisation aux forfaits par DRG

- Financement des prestations hospitalières

Critère traditionnel: forfait par journée négocié avec les assureurs maladie (critère rétrospectif)

- Évolution récente: adoption de critères prospectifs  
→ budget global, forfait par cas/division hospitalière/  
diagnostic (DRG)

- Financement des prestations ambulatoires

- À l'acte (catalogue tarifaire national Tarmed, 2004)

# Aperçu du nouveau système de financement hospitalier pour la Suisse (1)

Le système de financement hospitalier en Suisse est en train d'être modifié de manière substantielle. La réforme approuvée par le Parlement au mois de décembre 2007 est fondée sur les principes suivants:

- Introduction généralisée, pour la rémunération des prestations hospitalières en régime stationnaire dans les hôpitaux de soins aigus (publics aussi bien que privés), d'un tarif à coût plein (donc y compris les coûts d'investissement) axé sur le système G-DRG (DRG allemand) adapté au contexte suisse (SwissDRG)
- Financement du forfait par DRG sur la base d'un pourcentage fixe appliqué aux cantons (55%) et aux assureurs maladie (45%) à l'échelle suisse
- Libre choix de l'hôpital pour le patient sur le territoire national, avec l'élimination des barrières cantonales existant aujourd'hui (le patient couvre la différence entre le tarif du canton de résidence et celui du canton d'hospitalisation si ce dernier est plus élevé)

## Aperçu du nouveau système de financement hospitalier pour la Suisse (2)

- La planification hospitalière reste une tâche des cantons, mais la Confédération va définir les critères (de qualité et de coût) qui doivent orienter les décisions en la matière

Possibilité, pour les assureurs maladie, de signer des contrats avec les hôpitaux exclus de la liste des structures reconnues pour le financement conjoint cantons-assureurs

L'entrée en vigueur de la nouvelle Loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) a été fixée au 1<sup>er</sup> janvier 2009, mais l'introduction du nouveau système de financement axé sur les SwissDRG, aussi bien que la nouvelle clé de répartition des coûts entre cantons et assureurs, est prévue pour le 1<sup>er</sup> janvier 2012.

# Le nouveau système de financement hospitalier pour la Suisse à l'horizon 2012: une synthèse

Nombre de payeurs	Un seul payeur	Un pool de payeurs	Plusieurs payeurs	
Sources des recettes	Coûts par nature	Activités		
Unité d'achat	Budget	Actes	Technologie	Patients potentiels
Horizon temporel	Historique	Prospectif fixe		
Modalités	Négociation		Concurrence	
Financement des investissements	Indépendant			
Responsabilité sur le déficit	Payeurs			
Financement des honoraires médicaux	Spécifique	Forfaitaire	Forfaitaire	

# La comptabilité analytique hospitalière en Suisse: une histoire fragmentée

- Étant la Suisse un état fédéral et la compétence en matière hospitalière attribuée aux cantons, l'élaboration de modèles de comptabilité analytique a suivi des chemins diversifiés, avec peu de modèles de référence d'envergure nationale
- L'adoption d'un modèle unique au niveau national se révèle difficile pour de multiples raisons: différente taille des hôpitaux, différents systèmes de financement au niveau cantonal et entre hôpitaux publiques et privés, différente disponibilité de ressources pour l'implémentation, etc.
- Malgré l'obligation de tenir une comptabilité analytique décrétée par la LAMal, aucun modèle de référence a pu être rendu obligatoire au niveau national: ceci engendre des difficultés de comparaison entre différents hôpitaux
- L'initiative a été implicitement laissée aux cantons, aux associations de catégorie, à des groupements d'hôpitaux, voire à des hôpitaux isolés

# Les modèles de comptabilité analytique hospitalière en Suisse: une liste pas exhaustive...

- KBS (Hôpital cantonal de Bâle)
- GFKB (Direction de la santé du Canton de Berne)  
GEHVAL (Groupement des établissements hospitaliers du Canton du Valais)
- Hôpitaux latins (HUG, CHUV)
- LORAS (Direction de la santé du Canton de Zurich)
- ZSK (Hôpitaux et cliniques de la Suisse centrale)
- ...

# La comptabilité analytique hospitalière en Suisse: les modèles H+ (1)

## ● 1975 (révisions en 1985 et 1992)

Premier modèle de comptabilité analytique de référence de l'Association des Hôpitaux de Suisse (VESKA, aujourd'hui H+)

**Comptabilité par centres de charges:  
CDC généraux/médico-techniques/principaux**

## ● 1998

Manuel de comptabilité analytique par unité finale d'imputation à l'hôpital

- **Aux centres de charges s'ajoute la dimension d'analyse de l'unité finale d'imputation**
- **L'unité de calcul des coûts devient le cas administratif, défini comme le séjour d'un patient à l'hôpital, de son entrée à sa sortie**

# La comptabilité analytique hospitalière en Suisse: les modèles H+ (2)

- 2005 (3<sup>ème</sup> édition: 2008)

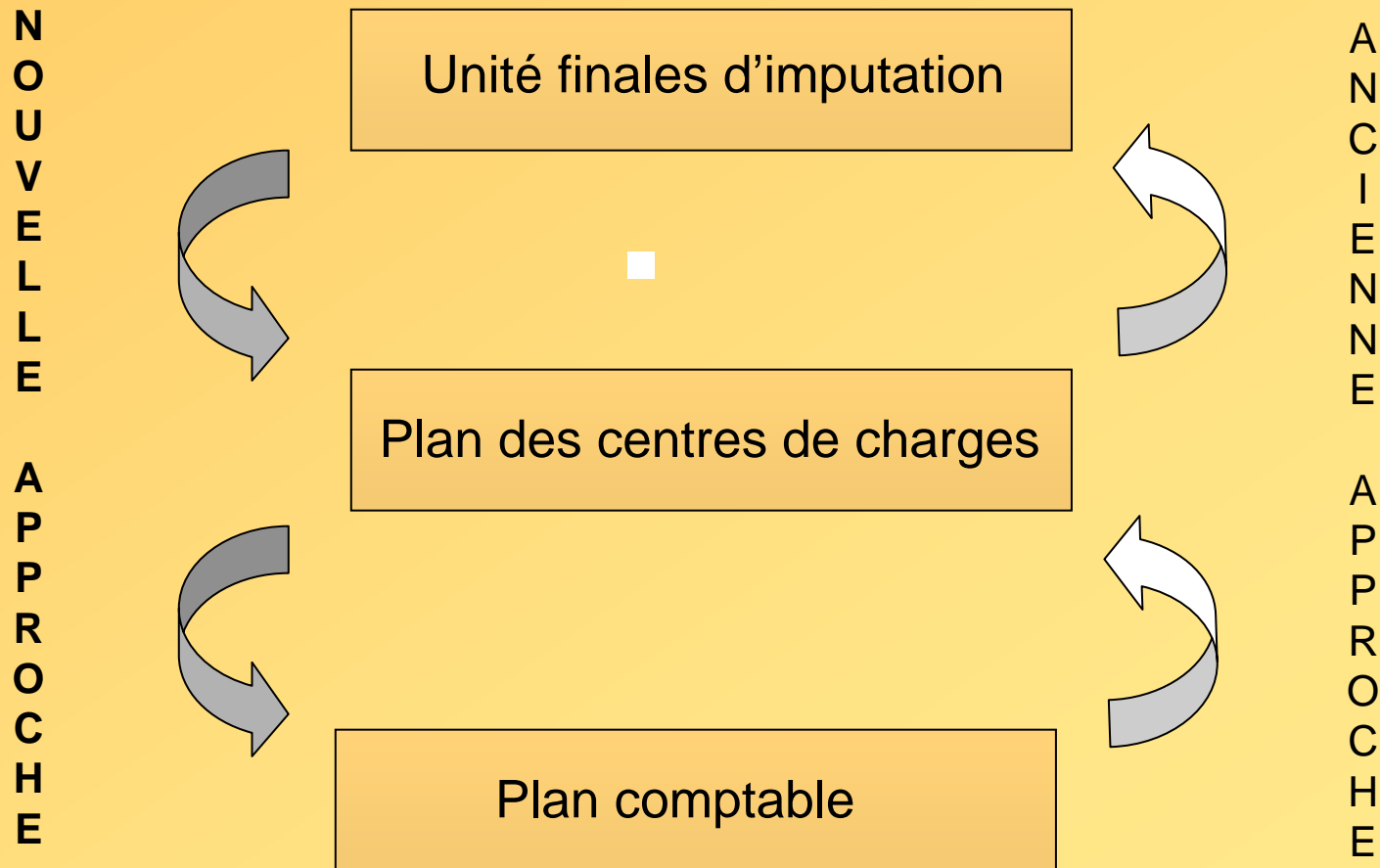
Manuel REKOLE: Comptabilité de gestion à l'hôpital

**Comptabilité par centres de charges:**

**CDC fournisseurs de services vs. CDC fournisseurs de prestations**

- **Le cas administratif devient la dimension d'analyse principale (perte de centralité des CDC principaux)**
- **Nouveau plan comptable de référence (partiellement simplifié)**
- **Approche modulaire au niveau du plan des centres de charges (niveaux obligatoire et facultatif), des taux de charges (variantes minimale, intermédiaire et maximale) et du plan comptable (niveaux obligatoire et facultatif)**

# Le modèle REKOLE: un renversement de perspective



# Les systèmes de calcul visés

Facteur temps Ampleur du contenu des coûts	Comptabilité en coûts réels	Comptabilité en coûts normaux	Comptabilité en coûts standard
Coûts complets	Comptabilité en coûts réels sur la base des coûts complets	Comptabilité en coûts normaux sur la base des coûts complets	Comptabilité en coûts standard sur la base des coûts complets
Coûts partiels	Comptabilité en coûts réels sur la base des coûts partiels	Comptabilité en coûts normaux sur la base des coûts partiels	Comptabilité en coûts standard sur la base des coûts partiels

© H+ Les Hôpitaux de Suisse

**REKOLE® I**

**REKOLE® II**

Une approche de comptabilité analytique par activité est décrite mais pas explicitement conseillée, comme c'est le cas pour les systèmes à coûts partiels

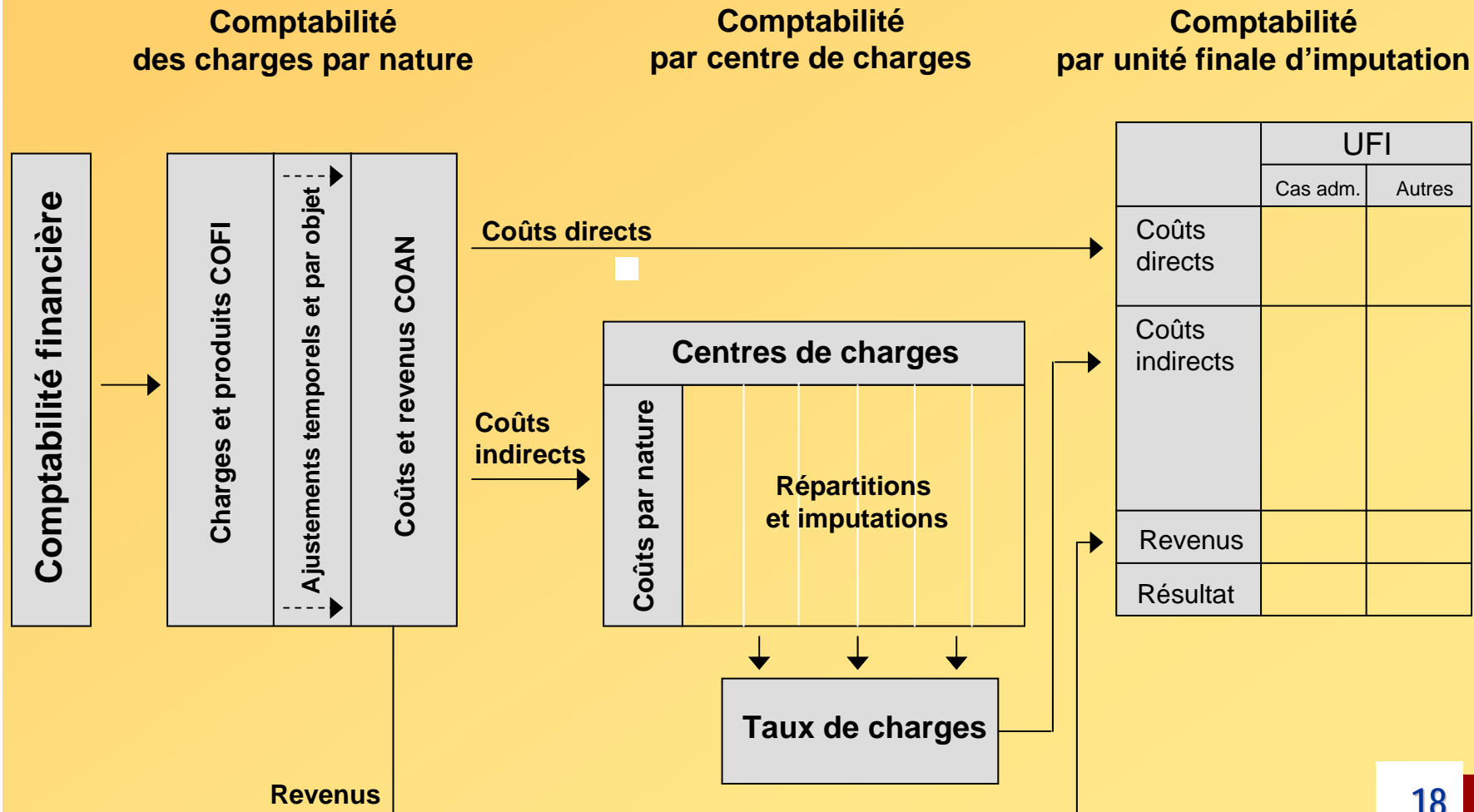
## Coûts réels, normaux et standard

Une approche diversifiée par rapport au facteur temps offre des perspectives d'analyse intéressantes grâce à l'analyse des écarts.

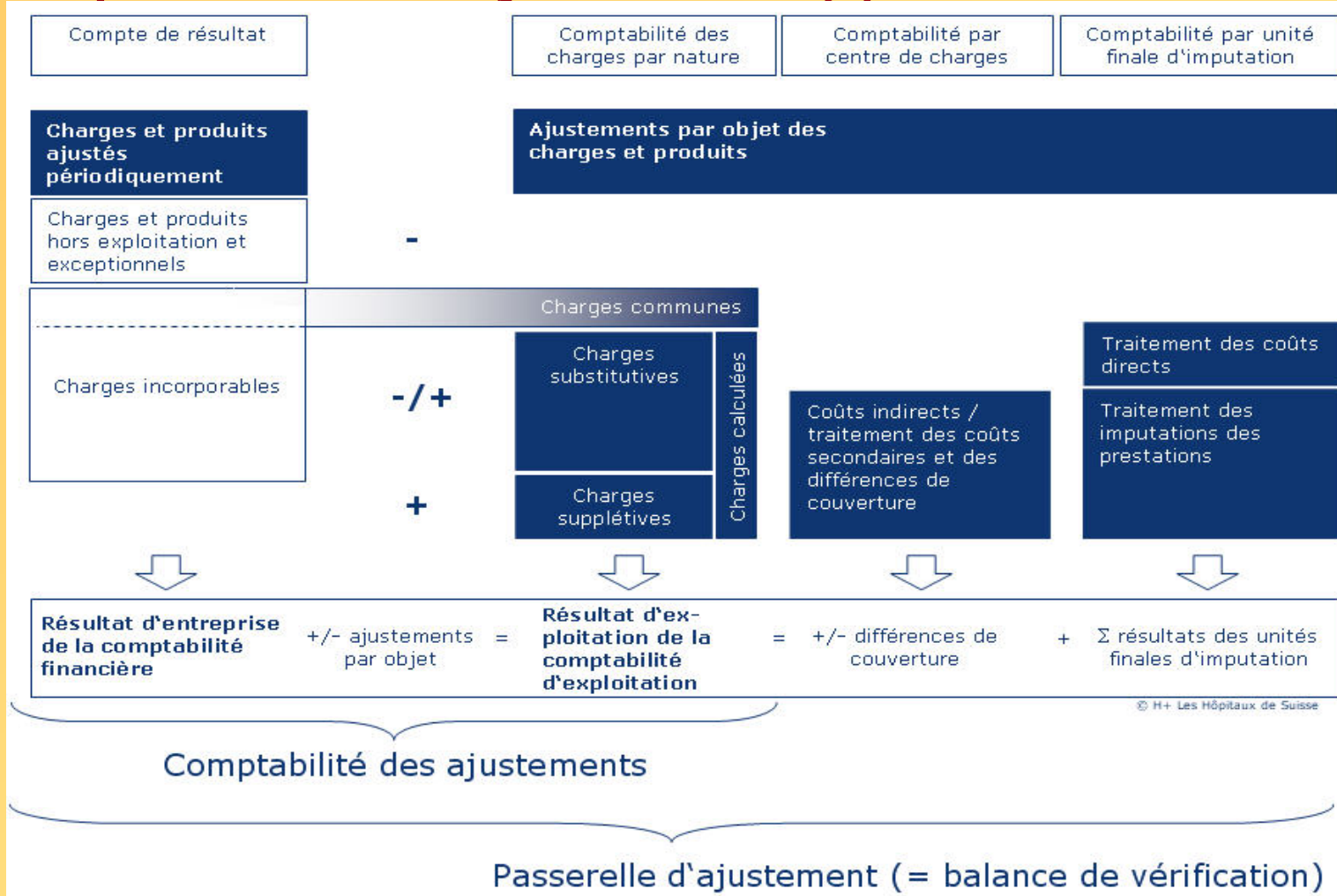
Exemple: coût par repas (taux de charges du CDC *Hôtellerie-Cuisine*)

	Valeurs planifiées		Valeurs réelles	
<b>Coûts totaux</b>	1'000'000	1'100'000	←	1'100'000
<b>Nombre de repas</b>	100'000	→	100'000	90'000
<b>Coût par repas</b>	10.--	11.--		12.22
	(taux de charges coûts standard)	(taux de charges coûts normaux)		(taux de charges coûts réels)
	↓		↓	
	1.--		1.22	
	<b>Écart de coût</b>		<b>Écart de quantité</b>	

# Schéma du modèle de comptabilité analytique



# La passerelle d'ajustement (1)



## La passerelle d'ajustement (2)

### ● Ajustements périodiques

- Ils s'avèrent nécessaires en cas de périodicité différente de la COAN par rapport à la COFI  
→ amortissements, primes d'assurances, intérêts

### ● Ajustements par objet ■

- Ils s'avèrent nécessaires pour adapter le montant des charges résultant de la comptabilité financière sur la base de critères de gestion d'entreprise et de l'existence d'un lien avec l'activité principale de l'établissement
  - Charges et produits hors exploitations et exceptionnels (ne sont pas pris en compte par la COAN)
  - Charges et produits substitutifs (le montant est différent en COAN par rapport à la COFI)  
→ par ex.: amortissements et intérêts
  - Charges et produits supplétifs (ne sont pas pris en compte dans la COFI)

# Le traitement des investissements (1)

## ● Dispositions de l'OCP

### ● Art. 10 al. 5

“Pour le calcul des coûts d'utilisation des immobilisations, les hôpitaux et les maisons de naissance doivent tenir une comptabilité des immobilisations. Sont réputés investissements au sens de l'art. 8 les objets d'une **valeur d'achat de 10 000 francs ou plus.**”

### ● Art. 10a al. 2

“Les immobilisations nécessaires à l'exploitation et à l'accomplissement du mandat de prestation de l'institution peuvent être prises en compte **au maximum à leur valeur d'achat.**”

## Le traitement des investissements (2)

### ● Dispositions de l'OCP

#### ● Art. 10a al. 3

“Les amortissements annuels maximum se calculent avec un **amortissement linéaire à partir de la valeur d'achat sur la durée prévue d'utilisation** jusqu'à la valeur résiduelle nulle.”

#### ● Art. 10a al. 4

“Les intérêts calculatoires des immobilisations nécessaires pour la fourniture des prestations hospitalières sont calculés selon la **méthode de la valeur moyenne**. Le taux d'intérêt est de 3,7 %. Il est réexaminé périodiquement.”

- Le taux d'intérêt est le coût moyen pondéré du capital, c'est-à-dire la moyenne entre le coût des fonds propres et des fonds étrangers, pondérée selon la structure du capital

# Les amortissements calculatoires

- Bases de calcul
  - **A1-An + C1**  
valeur de l'assurance incendie  
(valeur d'achat pour les nouveaux bâtiments)
  - **C2**  
valeur d'achat indexée
  - **B1/D/E/F**  
valeur d'achat
- Valeur maximale
  - Valeur d'achat  
→ Art. 10a al. 2

Catégories d'immobilisations		Pourcentage	Durée d'utilisation normative en années
<b>Biens immobiliers</b>			
A0	Terrains bâtis et non bâtis, droits de superficie	0,0%	
A1-An	Bâtiments hospitaliers et autres bâtiments (par exemple bâtiments administratifs, immeubles d'habitation, immeubles pour le personnel)	3,0%	33%
B1	Bâtiments provisoires (pas pris en compte dans la valeur d'assurance incendie)	$\frac{100\%}{\text{naun}^*}$	durée d'utilisation normative
<b>Installations fixes</b>			
C1	Installations d'exploitation générale (installations de chauffage, de ventilation, de climatisation et de refroidissement, installations sanitaires et électriques, y compris le câblage) (prises en compte dans la valeur d'assurance incendie)	5,0%	20
C2	Installations spécifiques aux immobilisations (non prises en compte dans la valeur d'assurance incendie)	5,0%	20
<b>Biens mobiliers</b>			
D1	Mobilier et installations (y compris stockage)	10,0%	10
D2	Machines de bureau et systèmes de communication	20,0%	5
D3	Véhicules	20,0%	5
D4	Outils et appareils (exploitation)	20,0%	5
<b>Immobilisations médico-technique</b>			
E1	Appareils, machines, instruments (y compris les logiciels acquis avec l'appareil)	12,5%	8
E2	Mises à niveau de logiciels	33,33%	3
<b>Immobilisations informatiques</b>			
F1	Matériel (serveurs, PC, imprimantes, éléments de réseaux sauf le câblage, etc.)	25%	4
F2	Logiciels (licences achetées, comme par exemple pour les systèmes d'exploitation)	25%	4

\*naun = nombre d'années d'utilisation normative

# Les intérêts calculatoires

## ● Base de calcul

### ● Immobilisations périssables

- Valeur moyenne (= moitié de la valeur initiale) → Art. 10a al. 4 OCP

Immobilisations non périssables (p. ex.: terrains)

- Valeur totale (= valeur d'acquisition)

# Les unités finales d'imputation (1)

	liés au cas	non liés au cas
Groupes de prestations	Prestations au patient	Prestations à des tiers (incl. enseignement et recherche)
Unités finales d'imputation	Le cas administratif	Le mandat

© H+ Les Hôpitaux de Suisse

## Les unités finales d'imputation (2)

### Principe de base

Le cas administratif est un objet d'affectation et représente la plus petite entité comptabilisable.

© H+ Les Hôpitaux de Suisse

Mandat	Donneur d'ordre
1. Analyses de laboratoire et de pathologie	tiers (en r. g. un hôpital ou le médecin de famille)
2. Linge des patients et draps	tiers (en r. g. un hôpital)
3. Vente de journaux au kiosque*	tiers (en r. g. visiteurs, patients, personnel)
4. Commande de repas à la cafétéria*	tiers (en r. g. visiteurs, patients, personnel)
5. Commande de repas par patients	tiers (en r. g. un hôpital)
6. Conseils	tiers (p. ex. médecin de famille)
7. Enseignement et recherche	tiers (université, industrie pharmaceutique, ...)

© H+ Les Hôpitaux de Suisse

\* Dans la pratique, les exploitations annexes „Kiosque“ et „Cafétéria“ sont gérés comme „Centres de profit“. Les revenus ne sont pas comptabilisés au niveau des unités finales d'imputation, mais au niveau des centres de charges.

## Les règles pour la délimitation du cas administratif (1)

1. Début et fin du traitement (y compris urgences)	= cas administratif
2. Chagement de classe d'assurance	≠ nouveau cas
3. Transfert interne	≠ nouveau cas
4. Changement de diagnostic principal	≠ nouveau cas (le diagnostic principal est celui qui, à la fin du traitement, est considéré comme ayant essentiellement justifié le traitement)
5. Fin d'année (y compris traitements de longue durée)	≠ nouveau cas (factures intermédiaires ou informations statistiques restent possibles)
6. Réadmission suite à un transfert	≠ nouveau cas, si la réadmission a lieu dans les 24 heures (une facture pour prestations de tiers est émise) Exception: réadmission en réhabilitation (nouveau cas si le séjour dans l'hôpital de soins aigus a une durée de plus de 14 jours)

## Les règles pour la délimitation du cas administratif (2)

7. Réadmission suite à une réhospitalisation	= nouveau cas
8. Congés	≠ nouveau cas
9. Délimitation des traitements aigus et des traitements de longue durée	= nouveau cas, dès que la nécessité de fournir un traitement en soins aigus n'est plus donnée (ou vice versa)
10. Traitements ambulatoires de longue durée	= nouveau cas, quand la durée du traitement dépasse les 365 jours

# Un type particulier de mandat: les prestations d'intérêt général (1)

- Base légale

- Art. 49 al. 3 LAMal

- “Les rémunérations [...] ne comprennent pas les parts que représentent les coûts des prestations d'intérêt général. Ces prestations comprennent en particulier: a. le maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale; b. la recherche et la formation universitaire.”

## Un type particulier de mandat: les prestations d'intérêt général (2)

- Nécessité de délimiter les prestations liées au patient de celles liées à la recherche et à la formation

Dans le cadre de REKOLE, un modèle de répartition entre les charges liés aux patients, à la formation et à la recherche de tout type de personnel concerné (médical, soignant, médico-technique, médico-thérapeutique) a été mis au point, avec des règles pour la prise en compte des activités de production jumelée

- La clé de répartition obtenue s'applique, au niveau des centres de charges, aux coûts de personnel uniquement dans le cas des hôpitaux non universitaires et aux coûts totaux de gestion dans le cas des hôpitaux universitaires

# Les coûts de formation (1)

## ● Définition

### ● Art. 7 al. 1

“Sont réputés coûts de formation universitaire au sens de l’art. 49, al. 3, let. b, de la loi les moyens engagés pour: a. la formation de base théorique et pratique des étudiants des professions médicales réglées dans la loi du 23 juin 2006 sur les professions médicales jusqu’à l’obtention du diplôme fédéral; b. la formation postgrade des étudiants selon let. a jusqu’à l’obtention du titre postgrade fédéral.”

## Les coûts de formation (2)

- Professions concernées

- Art. 2 al. 1 LPMéd

“Sont considérés comme exerçant une profession médicale universitaire: a. les médecins; b. les dentistes; c. les chiropraticiens; d. les pharmaciens; e. les vétérinaires.”

- Art. 2 al. 2 LPMéd

“Le Conseil fédéral peut désigner d’autres professions de la santé comme étant des professions médicales universitaires et les soumettre à la présente loi aux conditions suivantes: a. ces professions requièrent une formation scientifique et des compétences professionnelles comparables à celles qui sont requises pour les professions médicales universitaires mentionnées à l’al. 1; b. cette désignation est nécessaire pour assurer la qualité des soins médicaux.”

## Les coûts de formation (3)

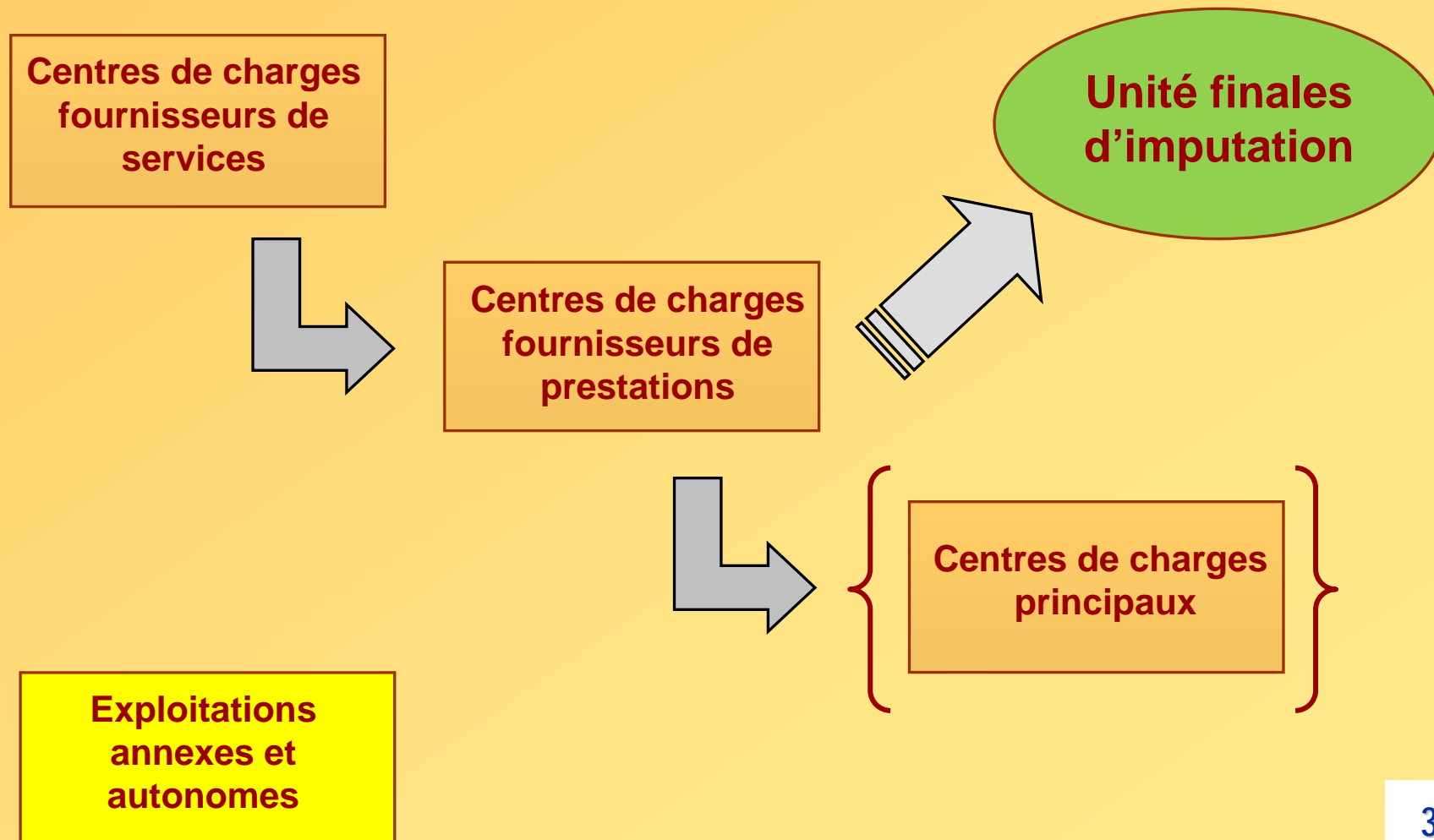
- Usage controversé du terme “universitaire”: il manque (encore?) une réglementation touchant la formation du personnel soignant, médico-technique et médico-thérapeutique

“Dans le cadre des débats parlementaires sur le projet de révision de la LAMal concernant le financement hospitalier, la notion d’universitaire n’a pas été utilisée de manière uniforme. La disposition légale se limitant à la recherche et à la formation universitaire [...], seuls les coûts de la formation des étudiants en médecine et autres disciplines universitaires en milieu hospitalier sont exclus du remboursement par l’assurance obligatoire des soins. [...] il manque une réglementation touchant [...] la formation du personnel soignant, médico-technique et médico-thérapeutique.”

- “[...] la formation et le perfectionnement du reste du personnel non universitaire relève des hôpitaux et des écoles. Comme il est d’usage pour la formation professionnelle dans d’autres domaines, le coût de ces formations doit être pris en compte dans les frais des hôpitaux.”

(Révision OCP, Teneur des modifications et commentaire, OFSP, version française)

## Les centres de charges (1)



## Les centres de charges (2)

- Centres de charges fournisseurs de services
  - Unités organisationnelles **sans** un lien étroit avec l'activité principale de prise en charge des patients
  - Les coûts y comptabilisés concernent l'hôpital dans sa totalité et sont une condition nécessaire pour le déroulement de l'activité principale (**coûts de structure**)
- Centres de charges fournisseurs de prestations
  - Unités organisationnelles **avec** un lien étroit avec l'activité principale de prise en charge des patients
  - **Création de nouveaux centres de charges**  
→ **Corps médicaux, soins infirmiers, thérapies, hôtellerie**  
(auparavant: coûts directs des centres de charges principaux)

## Les centres de charges (3)

- **Exploitations annexes**
  - Domaines d'activité pas afférents au mandat principal de l'hôpital
  - Une exploitation annexe fournit plus de la moitié de ses prestations aux collaborateurs ou à des tiers
- **Exploitations autonomes**
  - Structures assujetties à la même propriété de l'hôpital, mais douées de personnalité juridique autonome, ainsi que d'une comptabilité complète et indépendante (par ex.: écoles professionnelles)

Les exploitations annexes et autonomes peuvent aussi être gérées en tant qu'unités finales d'imputation, puisque les revenus correspondants y sont aussi comptabilisés

## Le plan des centres de charges

### Centres de charges fournisseurs de services

- Infrastructure
- Direction (REK 06\_019)
- Services de gestion et de coordination décentralisés (REK 05\_023)
- Lingerie
- Nettoyage
- Ressources humaines
- Comptabilité
- Support et service
- Secrétariats communs (REK 05\_024)
- Administration des patients
- Achat / magasin central
- Pharmacie centrale
- Stérilisation centrale
- Pools de soins

### Centres de charges fournisseurs de prestations

- Salle d'opérations
- Anesthésie
- Salle d'accouchement
- Unité de soins intensifs (SI) et soins intermédiaires (IMC) (REK 05\_044)
- Procédés d'imagerie médicale
- Urgences
- Médecine nucléaire et radiooncologie (REK 05\_073)
- Diagnostic médical et thérapeutique
- Laboratoire
- Dialyses (REK 05\_049)
- Corps médicaux
- Physiothérapie
- Ergothérapie
- Logopédie
- Thérapies non-médicales et conseils (REK 05\_038)
- Soins (REK 05\_038)
- Hôtellerie - chambres
- Hôtellerie - cuisine
- Hôtellerie - service
- Autres fournisseurs de prestations
- Pathologie (05\_041)

### Exploitations annexes

© H+ Les Hôpitaux de Suisse

- Parc de stationnement
- Crèche
- Exploitations de restauration
- Logements du personnel
- Magasin de fleurs
- Coiffeur
- Piscine
- Hôpital militaire
- Cabinets médicaux
- Service de sauvetage et d'ambulance
- Unité d'hôpital protégée (REK 06\_034)
- Centrale d'intervention et d'urgence (REK 06\_035)
- ...

# Les taux de charges



**CDC fournisseurs de services**



**CDC fournisseurs de prestations**



**CDC exploitations annexes**

# Les documents d'analyse



**Relevé du cas administratif**



**Relevé de centres de charges**

(hôpital non universitaire)



**Relevé de centres de charges**

(hôpital universitaire)

## Le plan comptable (1)

Classe de comptes	Désignation
1	Actifs
2	Passifs
3/4	Charges d'exploitation
5	Réservé pour les IPP
6	Produits d'exploitation
7	Impôts, charges et produits exceptionnels et hors exploitation
8	Clôture
9	Comptes séparés
Classe de comptes (à un chiffre)	Désignation pour la récapitulation de divers groupes principaux de comptes
Groupe principal de comptes (à deux chiffres)	Désignation de chaque groupe principal à l'intérieur d'une classe de comptes
Groupe de comptes (à trois chiffres)	Subdivision du groupe principal de comptes

## Le plan comptable (2)

- Niveau obligatoire = groupe de comptes (trois chiffres)
- Changement de la nature de certaines natures de charges  
Par ex.: les salaires des médecins et du personnel infirmier sont traités comme des coûts indirects des unités finales d'imputation (auparavant: coûts directs des centres de charges principaux)
- L'attribution des charges aux centres de charges s'effectue en respectant la causalité entre la nature de charge et le lieu où celle-ci est consommée
  - Une matrice d'attribution doit être développée par l'hôpital



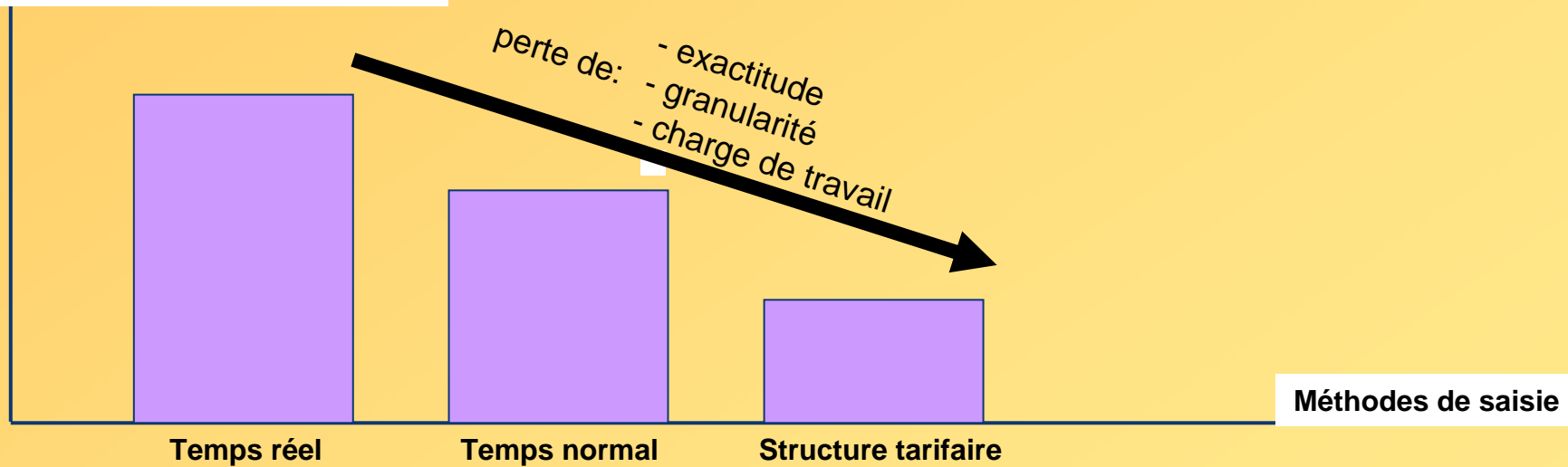
**Matrice d'attribution**

## Les coûts directs

© H+ Les Hôpitaux de Suisse		Ampleur <i>(REK 05_016)</i>
Compte no	Désignation des charges par nature	
38	Honoraires médicaux <i>(assujettis aux assurances sociales)</i>	Tous
400	Médicaments (y compris produits sanguins)	Méthode ABC
401	Matériel, instruments, etc.	Méthode ABC
403	Films et matériel photographique	Méthode ABC <i>(en règle générale C)</i>
404	Produits chimiques, réactifs	Méthode ABC <i>(en règle générale C)</i>
405	Prestations médicales, diagnostiques et thérapeutiques de tiers (y c. les prestations des médecins agréés <i>(non assujettis aux assurances sociales)</i> )	Tous
480	Transports de patients effectués par des tiers <i>(REK 05_008)</i>	Tous
485	Autres prestations de tiers liées aux patients <i>(REK 05_008)</i>	Tous
486	Autres charges liées aux patients	Tous

# La saisie des prestations (1)

Exactitude, détail /granularité,  
charge de travail de la saisie



## La saisie des prestations (2)

### ● Corps médical

- Répartition du temps de travail en 7 domaines d'activités

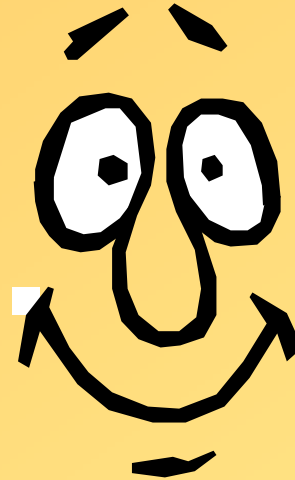


#### **Saisie des activités du corps médical**

- Unités d'oeuvre nécessaires à la saisie des prestations (variante minimale):
  - La minute (temps réel ou normal) par cas administratif
  - Point tarifé d'une structure tarifaire par cas administratif

### ● Soins

- Utilisation de systèmes de saisie (LEP, PRN, RAI, PLAISIR, etc.)
- Unités d'oeuvre nécessaires à la saisie des prestations (variante minimale):
  - La minute (temps réel ou normal) par cas administratif
  - Point tarifé d'une structure tarifaire par cas administratif



**Merci de votre attention!**