



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Lieu, date Berne, le 11 octobre 2023
Interlocuteur/trice Pascal Besson
Michaël Rolle

Numéro direct 031 335 11 32
E-Mail pascal.besson@hplus.ch
michael.rolle@hplus.ch

Prise de position d'H+ concernant les critiques à propos des solutions de branche REKOLE® et ITAR_K®

H+, Les Hôpitaux de Suisse, a été informé de plusieurs procédures d'hôpitaux, dans lesquelles ces derniers ont été confrontés à des critiques ou questions de la part des assureurs-maladie, du Tribunal administratif fédéral (TAF) ou des cantons concernant la qualité des données, et notamment la pertinence du système de la comptabilité analytique REKOLE® (et ITAR_K®, qui en découle).

Les critiques des différents acteurs portent avant tout sur trois niveaux :

1. les directives générales de REKOLE® et d'ITAR_K® (une solution de branche) ;
2. le niveau de la mise en œuvre individuelle des directives dans les différents hôpitaux ;
3. la procédure de certification reconnue et établie de REKOLE® (niveau de système) comme label de qualité pour une mise en œuvre correcte de REKOLE® dans l'hôpital.

Afin de pouvoir évaluer les critiques et questions des acteurs de manière détaillée, nous voudrions présenter le mode de fonctionnement du système de comptabilité analytique selon REKOLE® et le formulaire ITAR_K® (chapitre 1), en profitant de cette occasion pour également visualiser leurs liens à l'aide d'exemples concrets d'un hôpital type. Un autre chapitre comprend une évaluation des directives de REKOLE® et ITAR_K® en regard desdites critiques du système par les divers acteurs (chapitre 2). Ainsi, des réponses directes sont fournies à des questions concrètes concernant le niveau du système (chapitre 3) ainsi qu'à d'autres points spécifiques - dans la mesure où H+ peut y répondre sans avoir une connaissance précise des comptabilités analytiques concrètes des différents hôpitaux (chapitre 4).

Ce document comporte donc des informations générales destinées à répondre aux questions ou critiques concrètes envers leurs hôpitaux. Afin d'illustrer les propos décrits dans ce document, un exemple précis portant sur les données 2017 d'un hôpital fictif a été développé. La version du modèle ITAR_K® utilisée pour les données 2017 est la version 8.0. Dans la mesure où les questions et critiques des acteurs concernent également d'autres années, et afin d'assurer une utilisation optimale du présent document, des annexes présentant les évolutions et divergences entre les différentes versions d'ITAR_K® et leurs impacts sur la présentation des données ont été créées. Ces dernières sont publiées à la fin du présent document. A ce titre, l'annexe 1 fournit des explications complémentaires pour les données 2016, basées sur la version 7.0 d'ITAR_K®.

Table des matières

1.		
1.	FONCTIONNEMENT DE LA COMPTABILITÉ ANALYTIQUE DANS LE SECTEUR AMBULATOIRE	3
1.1	INTRODUCTION	3
1.2	SYSTÈME DE COMPTABILITÉ ET DE COMPTABILITÉ ANALYTIQUE DES HÔPITAUX	3
1.3	RELEVÉ DES COÛTS D'UN CENTRE DE CHARGES « FOURNISSEUR DE PRESTATIONS »	5
1.4	RELEVÉ PAR UNITÉ FINALE D'IMPUTATION D'UN CAS ADMINISTRATIF AMBULATOIRE	10
1.5	QUANTIFICATION ET CALCUL DES COÛTS DU DOMAINE D'ACTIVITÉS TARMED	12
1.6	ANALYSES DE CAS ADMINISTRATIFS AMBULATOIRES AU NIVEAU ITAR_K®	12
1.7	EXEMPLE D'ATTRIBUTION DES COMPOSANTES DE COÛTS À L'UNITÉ FINALE D'IMPUTATION (TARIF / ACTIVITÉS) SELON ITAR_K®	17
1.8	ITAR_K® APERÇU GLOBAL	21
2.	ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES SYSTÈMES (REKOLE® ET ITAR_K®) DANS LE SECTEUR AMBULATOIRE	22
2.1	L'INSTRUMENT DE FIXATION DES PRIX DE L'ENTREPRISE S'APPELLE LA COMPTABILITÉ EN COÛTS COMPLETS SUR LA BASE DES COÛTS RÉELS ET NORMAUX.	22
2.2	DOMAINES PARTIELS DE LA COMPTABILITÉ ANALYTIQUE	23
2.3	LA SAISIE DES PRESTATIONS, PIÈCE MAÎTRESSE DE LA COMPTABILITÉ ANALYTIQUE	24
2.4	POURQUOI NE PAS SAISIR LE TEMPS EFFECTIF DANS/POUR CHAQUE CAS ?	24
2.5	ENSEMBLE, REKOLE® ET ITAR_K® SATISFONT À TOUTES LES EXIGENCES LÉGALES	27
2.6	LE « NIVEAU OBLIGATOIRE REKOLE® » : LA BASE D'HARMONISATION NATIONALE ET LA GARANTIE D'UNE MÉTHODE UNIFORME DE COMPTABILITÉ ANALYTIQUE	28
2.6.1	LE CADRE DES NATURES DE CHARGES	28
2.6.2	LE PLAN DES CENTRES DE CHARGES	29
2.6.3	LA METHODE D'IMPUTATION	29
2.6.4	LES CATEGORIES D'IMMOBILISATIONS	30
2.6.5	DEFINITION PRECISE DES COÛTS DIRECTS	31
2.7	LA PROCÉDURE DE CERTIFICATION REKOLE®	32
2.7.1	LE CERTIFICAT REKOLE®, ATTESTATION DE LA MISE EN ŒUVRE CORRECTE DE L'OCP	33
2.7.2	LA PROCEDURE DE CERTIFICATION EN 8 ETAPES	33
2.7.3	LE PROGRAMME DE CONTROLE REKOLE®, PARTIE INTEGRANTE DES DIRECTIVES DE CERTIFICATION	35
2.7.4	ÉTAT DES CERTIFICATIONS REKOLE® DANS TOUTE LA SUISSE	36
3.	RÉPONSES AUX CRITIQUES SPECIFIQUES CONCERNANT REKOLE® ET ITAR_K® DE LA PART DES ASSUREURS-MALADIE	37
4.	AUTRES QUESTIONS DES ASSUREURS-MALADIE	41
5.	CONCLUSION GÉNÉRALE	46
	ANNEXES	47
	ANNEXE 1 : EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES POUR LES DONNEES 2016, BASEES SUR LA VERSION 7.0 D'ITAR_K®	47
	ANNEXE 2 : EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES POUR LES DONNEES 2019, BASEES SUR LA VERSION 10.0 D'ITAR_K®	57

1. FONCTIONNEMENT DE LA COMPTABILITÉ ANALYTIQUE DANS LE SECTEUR AMBULATOIRE

1.1 Introduction

Dans le cadre des procédures de fixation de la valeur du point TARMED, nous avons constaté qu'il est très compliqué pour des personnes externes de comprendre d'où proviennent les données du formulaire ITAR_K[®]. Dans les hôpitaux, chaque traitement médical découle d'une interaction chronophage et complexe entre les différents professionnels de la santé, les unités organisationnelles, les locaux, les appareils et le matériel. Contrairement au secteur industriel, les traitements ne sont pas des activités de masse, ni accomplies « à la chaîne », mais ils doivent être adaptés individuellement à chaque patient(e).

Il en va de même pour les rouages des systèmes de comptabilité analytique, tous aussi complexes et étendus car tenus de refléter ces processus le plus fidèlement possible. C'est pour toutes ces raisons que nous expliquerons ci-après, au moyen d'un exemple concret, comment fonctionnent les liens entre la comptabilité analytique hospitalière REKOLE[®] et le formulaire ITAR_K[®].

Représenter un traitement médical dans la comptabilité analytique génère une énorme quantité de données.

À ce sujet, nous vous renvoyons aux explications détaillées et aux exigences minimales de la solution de branche REKOLE[®] de H+¹ de même qu'à la procédure nationale de certification REKOLE^{®2}, au moyen de laquelle les hôpitaux, les institutions psychiatriques et les cliniques de réadaptation ont adapté, depuis 2005 et 2010 respectivement, leur comptabilité analytique aux exigences minimales de REKOLE[®] ou peuvent la faire contrôler³. **Nous tenons à préciser en outre ici que l'un des principaux objectifs de la procédure de certification REKOLE[®] est de garantir, outre l'introduction de REKOLE[®] dans les hôpitaux, la mise en œuvre correcte et complète de l'OCP dans les établissements.** Les exigences de l'OCP font partie intégrante de la solution de branche REKOLE[®]. Enfin, nous exigeons la connaissance et la compréhension d'ITAR_K[®] et renvoyons aux explications correspondantes sur le site Internet et dans les documents de H+⁴.

1.2 Système de comptabilité et de comptabilité analytique des hôpitaux

Dans la solution de branche REKOLE[®], au chapitre 3.2, la représentation schématique (tableau 1) du système de comptabilités des hôpitaux indique comment les données (charges et produits) de la comptabilité financière ❶ - une fois la comptabilité des ajustements effectuée ❷ - sont attribuées dans la comptabilité analytique ❸ puis imputées aux unités finales d'imputation. Ce qui prime pour la comptabilité analytique par cas (étape qui correspond à la valorisation monétaire d'un traitement de patients) est alors l'utilisation des ressources qui doit, si possible, être imputée

¹<https://www.hplus.ch/fr/comptabilite/solution-de-branche-rekoler>

²<https://www.hplus.ch/fr/comptabilite/proceduredecertificationrekoler>

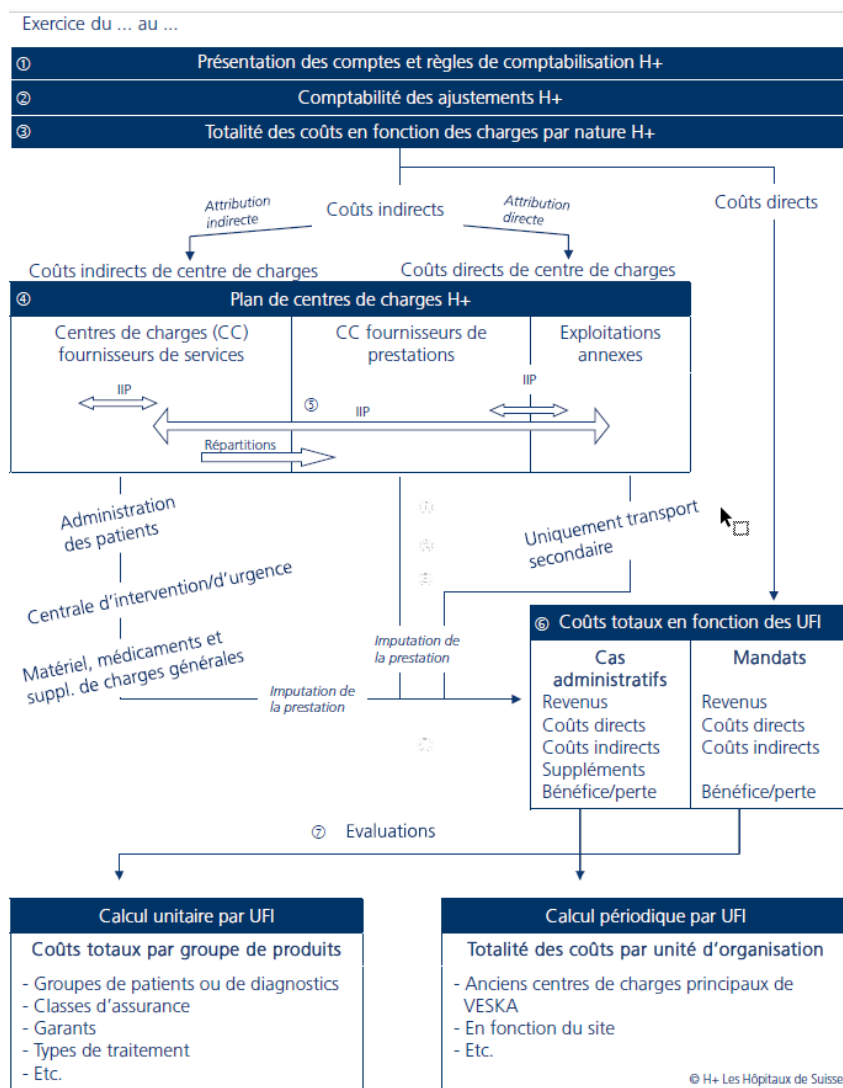
³https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Rechnungswesen/Zertifizierungsverfahren_REKOLE_R_/Zertifikatsregister/Zertifikatsregister_REKOLE-F.pdf

⁴<https://www.hplus.ch/fr/comptabilite/itar-kc>

directement aux cas administratifs (coûts dits directs). Lorsque cela n'est pas possible ou pas estimé judicieux⁵, les coûts seront imputés aux centres de charges fournisseurs de services et fournisseurs de prestations (coûts indirects) ④. Ces coûts indirects sont attribués aux patients (= cas ambulatoires et cas hospitaliers, soit ceux dits administratifs) et aux mandats (= p. ex. des mandats de prestations d'intérêt général) par imputation ⑤. Celle-ci ⑤ se fondera sur des taux de coûts et sur une saisie des prestations aux patients⁶ (valeur de référence) et sera établie selon le principe de causalité. Ensemble, cette valeur de référence/unité d'œuvre (p. ex. la minute en salle d'opération) et le taux de charge (CHF/min.) constituent les clés d'imputation et de répartition.

Pour calculer certains tarifs ou domaines d'activité, on procède ensuite à des évaluations ⑦ en regroupant et en additionnant les valeurs de comptabilité par unité finale d'imputation (p. ex. tous les cas administratifs qui sont facturés selon le tarif ambulatoire, au moyen de TARMED) selon ces tarifs ou ces domaines (cf. REKOLE®, chapitre 11.6).

Tableau 1: Représentation schématique des systèmes de comptabilités des hôpitaux dans la solution de branche REKOLE®, au chapitre 3.2



⁵Explications possibles : le rapport coûts/bénéfices non indiqué et/ou estimé plus utile, au vu des objectifs de l'entreprise (comptes de responsabilité et processus budgétaires) de passer, par un « détour » à un centre de charges.

⁶ou par mandat

Ci-après, à l'aide d'un **exemple ambulatoire concret** de l'hôpital XY, nous vous montrerons comment les coûts d'un centre de charges « fournisseur de prestations » aboutissent dans la comptabilité par unité finale d'imputation (pour un cas administratif) et comment ils sont représentés dans ITAR_K®.

1.3 Relevé des coûts d'un centre de charges « fournisseur de prestations »

Dans l'**exemple concret** « Douleurs abdominales » du centre de charges fournisseur de prestations « BD Chirurgie », on voit de quelle façon les différentes natures de charges (frais de personnel, frais de matériel, frais de répartition) sont collectées, rassemblées et additionnées :

Tableau 2: centre de charges «BD Chirurgie»

Relevé de centres de charges		BD Chirurgie					
		© H+ Les Hôpitaux de Suisse					
Calcul du taux de charge	Unité d'œuvre	Réel		Budget		Exercice précédent	
		Quantité		Quantité	%	Quantité	%
Quantité produite en:	m ² , % des rémunérations, kg, pièce, branchement (tél. ou PC), matériel acquis, charge (mandat), point tarifé (PT), temps incision-suture (TIS), minute (min.), journées, etc.	9'962'724					
Calcul du taux de charge	∑ coûts du centre de charges/quantité produite	1.41					
Revenus (pour les centres de charges gérés comme centres de profit)		Réel		Budget		Exercice précédent	
		CHF		CHF	%	CHF	%
Revenus	60 Produits des prestations médicales, infirmières et thérapeutiques aux patients						
	61 Prestations unitaires médicales						
	62 Autres prestations unitaires hospitalières						
	65 Autres produits de prestations aux patients						
	66 Produits financiers						
	67 Variation des stocks de produits finis et semi-finis ainsi que variation des livraisons et des prestations de services non facturées						
	68 Produits résultant de prestations au personnel et à des tiers						
	Total des revenus						
Coûts primaires selon directives d'attribution		Réel		Budget		Exercice précédent	
		CHF		CHF	%	CHF	%
Charges de personnel	30 Charges salariales	8'031'554.27					
	37 Charges sociales	1'676'220.95					
	39 Autres charges de personnel	173'204.37					
	Total charges du personnel (non compris les coûts directs)	9'880'979.59					
Autres charges d'exploitation	40 Matériel médical d'exploitation	129'338.14					
	41 Charges des produits alimentaires						
	42 Charges de ménage						
	43 Entretien et réparation	139'829.55					
	440 Investissements (< valeur OCP)	279'384.78					
	442 Amortissements	270'951.19					
	443 Loyers (< valeur OCP)	10'598.19					
	444 Autres loyers (y c. le leasing opérationnel)						
	448 Charges des int. cal. sur les actifs immobilisés	380'652.28					
	45 Charges d'énergie et eau						
	460 Charges des intérêts de crédits						
	461 Charges des intérêts d'emprunts						
	463 Charges des intérêts hypothécaires						
466 Charges des intérêts de leasing financier							
468 Charges des int. cal. sur les actifs circulants ²	41'417.50						
469 Autres charges d'intérêts							
47 Charges de l'administration et de l'informatique	55'416.95						
48 Autres charges liées aux patients	87'960.36						
49 Autres charges non liées aux patients	10'614.63						
	Total des autres charges d'exploitation	1'063'576.57					
Total des charges primaires		10'944'556.16					

¹ Charges d'utilisation des immobilisations du bloc de coûts A'

² Ces charges par nature sont traitées comme coûts primaires uniquement sur le centre de charges obligatoire Comptabilité. Sur les autres centres de charges, ces charges par nature correspondent à des coûts secondaires.

Coûts secondaires (IIP et répartitions) selon la méthode d'imputation		Unité d'œuvre (variante minimale)	Réel	Taux de charges	Quantité	Exercice précédent	
			CHF	CHF		CHF	%
Infrastructure		m2	643382.86				
Direction		% des rémunérations	209789.6				
Services de gestion et de coordination décentralisés		% des rémunérations	165579.91				
Lingerie		Kg ou pièce	731.5				
Nettoyage		m2	56717.42				
Ressources humaines		% des rémunérations	220596.06				
Ressources humaines Frais d'annonces		Montant facturé					
Comptabilité		% des rémunérations	123217.68				
Support et service		Heure (rapport horaire)	132886.98				
Support et service Télécommunication		Branchement téléphone	46050.15				
Support et service Informatique		Branchement PC	840645.56				
Support et service Construction & Espace		m2	37455.45				
Support et service Factures de tiers ³		Montant facturé					
Secrétariat commun		Heure (rapport horaire)					
Achat/Magasin central Logistique et pharmacie hospitalière		selon stock/commande	45'535.20				
Pharmacie		Médicament acquis + suppl. CG					
Stérilisation centrale		Charge (mandat)					
Infectiologie Médecine du personnel		selon EPT	7'984.78				
Infectiologie Hygiène hospitalière/prévention		selon journées d'hosp.	186'130.70				
Exploitations annexes (remises pour le personnel)		% des rémunérations	63'802.38				
Support exploitation & infrastructure		EPT, Commandes, Nuits sur place	126'825.36				
Départements de médecine		EPT, nombre des courses, min.	195'552.84				
Σ charges d'utilisation des immobilisations du bloc de coûts A', issues d'IIP et de répartitions			---				
Total des coûts secondaires, excepté les charges d'utilisation des immobilisations du bloc de coûts A'							
Eventuelles diminutions de coûts secondaires							
Total des charges d'utilisation des immobilisations du bloc de coûts A'		imputation parallèle	---				
Total des charges de centres de charges, excepté les charges d'utilisation des immobilisations du bloc de coûts A'							
Total des charges de centres de charges, y c. les charges d'utilisation des immobilisations du bloc de coûts A'			14'047'440.59				
Résultat avec et sans charges d'utilisation des immobilisations du bloc de coûts A'							

³ Les factures de tiers des autres centres de charges fournisseurs de services (p. ex. nettoyage, lingerie) sont traitées de manière analogue.

⁴ Supplément pour charges générales (ou indirectes)

Parallèlement, les prestations médicales des centres de charges sont saisies et additionnées dans la comptabilité des coûts des prestations en fonction des patients. Afin que les coûts résultant des prestations fournies puissent ensuite être imputés aux unités finales d'imputation (cas administratifs ou patients) en fonction du principe de causalité, les prestations des médecins sont saisies par minutes (minutes réelles et normatives) ou par points tarifaires.

Par ailleurs, tous les médicaments, matériaux, implants, examens externes ou honoraires de médecins agréés directement attribuables à un cas administratif individuel sont considérés comme des coûts directs⁷. Comme indiqué, ils seront alors directement imputés au cas administratif et n'entrent pas dans l'élaboration du taux de charges du centre de charges.

Les autres frais des centres de charges sont additionnés puis imputés à la comptabilité par unité finale d'imputation, en tant que coûts indirects en fonction du taux de charges et de la saisie des prestations par patient ou par unité finale d'imputation (valeur de référence). Afin que les charges d'utilisation des immobilisations (CUI) puissent être indiquées séparément dans la comptabilité par unité finale d'imputation, elles figurent déjà, additionnées, dans le centre de charges comme bloc de coûts spécifique, séparément des autres coûts d'exploitation, et imputées aux unités finales d'imputation sur la base de la même méthode d'imputation et de la même clé de répartition des prestations.

⁷ Dans l'exemple présenté ci-dessus, les prestations ont été saisies sur la base des points de taxe TARMEC (corps médicaux), de minutes réelles (soins) et de cas administratifs, pondérés par le nombre de factures (administration des patients).

Tableau 3: centre de charges « Soins »

Relevé de centres de charges		BD Chirurgie autres soins		© H+ Les Hôpitaux de Suisse		
Calcul du taux de charge		Réel	Budget		Exercice précédent	
Unité d'œuvre		Quantité	Quantité	%	Quantité	%
Quantité produite en: m ² , % des rémunérations, kg, pièce, branchement (tél. ou PC), matériel acquis, charge (mandat), point tarifé (PT), temps incision-suture (TIS), minute (min.), journées, etc.						
Calcul du taux de charge Σ coûts du centre de charges/quantité produite		232*817.00				
		1.79				
Revenus (pour les centres de charges gérés comme centres de profit)		Réel	Budget		Exercice précédent	
		CHF	CHF	%	CHF	%
Revenus	60 Produits des prestations médicales, infirmières et thérapeutiques aux patients					
	61 Prestations unitaires médicales					
	62 Autres prestations unitaires hospitalières					
	65 Autres produits de prestations aux patients					
	66 Produits financiers					
	67 Variation des stocks de produits finis et semi-finis ainsi que variation des livraisons et des prestations de services non facturées					
	68 Produits résultant de prestations au personnel et à des tiers					
	Total des revenus					
Coûts primaires selon directives d'attribution		Réel	Budget		Exercice précédent	
		CHF	CHF	%	CHF	%
Charges de personnel	30 Charges salariales	255*627.96				
	37 Charges sociales	37*867.83				
	39 Autres charges de personnel	173*204.37				
	Total charges du personnel (non compris les coûts directs)	293*496.78				
Autres charges d'exploitation	40 Matériel médical d'exploitation					
	41 Charges des produits alimentaires					
	42 Charges de ménage					
	43 Entretien et réparation					
	440 Investissements (< valeur OCP)					
	442 Amortissements	13772.57				
	443 Loyers (< valeur OCP)					
	444 Autres loyers (y c. le leasing opérationnel)					
	448 Charges des int. cal. sur les actifs immobilisés					
	45 Charges d'énergie et eau					
	460 Charges des intérêts de crédits					
	461 Charges des intérêts d'emprunts					
	463 Charges des intérêts hypothécaires					
466 Charges des intérêts de leasing financier						
468 Charges des int. cal. sur les actifs circulants ²						
469 Autres charges d'intérêts	119.44					
47 Charges de l'administration et de l'informatique						
48 Autres charges liées aux patients						
49 Autres charges non liées aux patients						
	Total des autres charges d'exploitation	119.44				
	Total des charges primaires	293*616.23				

¹Charges d'utilisation des immobilisations du bloc de coûts A'

²Ces charges par nature sont traitées comme coûts primaires uniquement sur le centre de charges obligatoire Comptabilité. Sur les autres centres de charges, ces charges par nature correspondent à des coûts secondaires.

Coûts secondaires (IIP et répartitions) selon la méthode d'imputation		Unité d'œuvre (variante minimale)	Réel	Taux de charges	Quantité	Exercice précédent	
			CHF	CHF		CHF	%
Infrastructure		m2					
Direction		% des rémunérations	10'479.49				
Services de gestion et de coordination décentralisés		% des rémunérations	4'508.21				
Lingerie		Kg ou pièce					
Nettoyage		m2					
Ressources humaines		% des rémunérations	11'141.40				
Ressources humaines	Frais d'annonces	Montant facturé					
Comptabilité		% des rémunérations					
Support et service		Heure (rapport horaire)					
Support et service	Télécommunication	Branchement téléphone					
Support et service	Informatique	Branchement PC	9'212.03				
Support et service	Factures de tiers ³	Montant facturé					
Secrétariat commun		Heure (rapport horaire)					
Achat/Magasin central		Matériel acquis + suppl. CG ⁴					
Pharmacie		Médicament acquis + suppl. CG					
Stérilisation centrale		Charge (mandat) selon EPT	126.03				
Infectiologie	Médecine du personnel	directions, informatique des soins, formation continue en soins infirmiers, etc.	368.22				
Direction des soins		selon EPT soins					
Soins	Transports par le service central des soins	selon nombre des transports	64'400.07				
Pool de soins	Les intérimaires de longue durée sont déjà attribués correctement en premier lieu dans les RH.	Nbre de postes de travail nécessaires					
Pool de soins	personnel multifonctionnel sur base horaire	EPT	8'161.06				
Support exploitation & infrastructure		EPT, Commande	5'094.34				
Exploitations annexes (remises pour le personnel)		% des rémunérations	2'208.29				
⊖ charges d'utilisation des immobilisations du bloc de coûts A', issues d'IIP et de répartitions			---				
Total des coûts secondaires, excepté les charges d'utilisation des immobilisations du bloc de coûts A'							
Eventuelles diminutions de coûts secondaires							
Total des charges d'utilisation des immobilisations du bloc de coûts A' (imputation parallèle)			---				
Total des charges de centres de charges, excepté les charges d'utilisation des immobilisations du bloc de coûts A'							
Total des charges de centres de charges, y.c. les charges d'utilisation des immobilisations du bloc de coûts A'			417'350.47				
Résultat avec et sans charges d'utilisation des immobilisations du bloc de coûts A'							

³ Les factures de tiers des autres centres de charges fournisseurs de services (p. ex. nettoyage, lingerie) sont traitées de manière analogue.

⁴ Supplément pour charges générales (ou indirectes)

Dans le présent **exemple ambulatoire concret** « Douleurs abdominales » réalisé sur la base du centre de charges fournisseurs de prestations « BD Chirurgie » et « Soins » décrit plus haut, nous allons maintenant expliquer comment sont calculés les taux de charges de ces centres. En 2017, le centre de charges « Soins » a fourni 232'817 minutes de prestations au total. Dès lors, le principe suivant s'applique en conséquence : les coûts découlent des prestations ! En d'autres termes, ceux-ci sont facturés à un patient /à une patiente (unité finale d'imputation) qui a effectivement bénéficié de ces prestations.

Pour ce faire, on établit des taux de charges qui peuvent être multipliés par les prestations fournies (la valeur de référence) et qui, ensemble, formeront la clé de ventilation. Ainsi, le taux de charges pour les prestations « Soins » est obtenu en divisant les coûts du centre de charges correspondants par les prestations fournies. L'élaboration du taux de charges du centre de charges Corps médicaux « Chirurgie » s'effectuera de façon analogue. En examinant le total des coûts (hors CUI, selon l'OCP), on obtient les taux de charges suivants par centre de charges :

Tableau 3: Constitution de taux de charges

Centre de charges – « Soins » : Taux de charges 1	Coûts du centre de charges de 403'557.90 CHF / 232'817 minutes = 1,73 CHF par minute
Taux de charges – « Soins » : Taux de charges 2	Coûts du centre de charges (CUI selon l'OCP) de 13'772.57 CHF / 232'817 minutes = 0,06 CHF par minute
Taux de charges – « Corps médicaux » : taux de charges 1	Coûts du centre de charges de 13' 776 489.40 CHF / 9'962 '24 points tarifaires = 1,38 CHF par point tarifaire
Taux de charges – « Corps médicaux » : taux de charges 2	Coûts du centre de charges (CUI selon l'OCP) de 270'951.19 CHF / 9'962'724 points tarifaires = 0,03 CHF par point tarifaire

Pour l'imputation effective aux différentes unités finales d'imputation, les coûts totaux sont d'abord ventilés de manière encore plus fine, par exemple par blocs pour les frais médicaux, frais de personnel soignant, autres frais de personnel ou frais de matériel. Ensuite, les coûts sont calculés et déduits pour tous les mandats (formation et recherche, prestations d'intérêt général). À partir des autres coûts, les taux de charges spécifiques aux blocs de coûts sont calculés par centre de charges du fournisseur de prestations. Ainsi, les frais médicaux des activités 1-5 sont regroupés dans un bloc (appelé composante de coûts) et divisés par le nombre de points tarifaires fournis.

Pour attribuer des coûts aux domaines ambulatoire ou hospitalier, il faudra ensuite saisir les critères souhaités d'évaluation ou de regroupement pour chaque cas (par exemple, pour définir si un patient / une patiente a été traité.e en division ambulatoire ou stationnaire ; pour les références générales, voir REKOLE[®], au chapitre 9.8). Tous les cas administratifs des deux types de séjour pourront alors être regroupés et évalués séparément. Dans notre exemple, les activités ambulatoires et hospitalières du centre de charges « BD Chirurgie » pourront être calculées à partir du nombre de points tarifaires saisis pour un cas administratif donné. Il apparaît alors que, selon TARMED, 86 % des prestations ont été fournies en faveur de patients et patientes stationnaires et 14 % pour des traitements ambulatoires. Il convient de préciser ici que la constitution des unités finales d'imputation représentées dans ITAR K[®] est soumise exactement aux mêmes règles dans le domaine stationnaire et ambulatoire.

De cette façon, la comptabilité par unité finale d'imputation permet de présenter de manière simple les coûts générés dans les domaines ambulatoire ou hospitalier ainsi que les ressources utilisées.

Coûts indirects (CI), selon la méthode d'imputation	Unité d'	CHF		Tx charges		Quantité
		CI, CUI exclus	CUI	CI, CUI exclus	CUI	
Centres de charges						
10 Administration des patients	Cas administratif, pondérée	6.61	0.38	6.61	0.36	1
20 Salles d'opérations	Min. effective					
21 Laboratoire de cathétérisme cardiaque	Min. effective					
23 Anesthésie	Min. effective, PT et min. ²					
24 Unités de soins intensifs (SI)	Points NEMS ou min. ³					
25 Urgences	PT et min. ⁴					
26 Procédé d'imagerie médicale	PT et min. ⁴					
27 Salle d'accouchement	PT et min. ⁴					
28 Médecine nucléaire et radiooncologie	PT et min. ⁴					
29 Laboratoire	PT et min. ⁴					
30 Dialyses	Nombre de dialyses					
31 Corps médical-Activités 1 jusqu'à 5	PT et min. ⁴	434.76	8.56	1.38	0.03	316.00
31 Corps médical de la salle d'OP - Activité 6a1	Min. effective ⁵ , pondérée					
Corps médical du laboratoire de cathétérisme cardiaque - Activités 6a2	Min. effective ⁵ , pondérée					
Corps médical des unités de SI - Activité 6b1	PT et min. ⁴					
Corps médical des soins intermédiaires IMCU - Activité 6b2	PT et min. ⁴					
Corps médical du service des urgences - Activité 6b3	PT et min. ⁴					
Corps médical des salles d'accouchement - Activité 6b4	PT et min. ⁴					
Corps médical du diagnostic médical et thérapeutique - Activité 6b5	PT et min. ⁴					
32 Physiothérapie	PT					
33 Ergothérapie	PT					
34 Logopédie	PT					
35 Thérapies non médicales et conseils	PT					
36 Diagnostic médical et thérapeutique	PT et min. ⁴					
38 Unités de soins intermédiaires (IMCU)	PT et min. ⁴					
39 Soins	Min.	39.87	1.36	1.73	0.06	23.00
40 Psychologie	PT					
41 Hôtellerie chambre	Journée hosp. (JH) pondérée					
42 Hôtellerie cuisine	JH ou repas					
43 Hôtellerie service	JH					
44 Autres fournisseurs de prestations	JH					
45 Pathologie	PT et min. ⁴					
47 Recherche et formation universitaire (uniquement lié aux mandats de recherche et de formation universitaire)	% des rémunérations					
77 Service de sauvetage et d'ambulance (uniquement transports secondaires)	Montant CHF					
Total coûts indirects, part CUI des CI		481.26	10.30			
Total des coûts UFI (directs et indirects, y.c. supplément CG sur coûts directs), Total CUI (part des CD et CI)		481.26	10.30			
Total des coûts UFI		491.56				
Résultat (bénéfice/perte)		29.05				

² Les charges d'anesthésie liées à la salle d'opération (OP) sont imputées uniquement à l'aide de minutes effectives. Les charges d'anesthésie non-liées à la salle d'OP peuvent être imputées à l'aide de point de taxe (PT) et/ou de minutes, suivant la note n°4 en bas de page.

³ L'abréviation "Min." correspond à des minutes d'intervention du personnel. Les minutes de durée de séjour du patient au SI ne reflètent pas l'investissement en ressources et ne sont donc pas admises comme unité

⁴ PT = point tarifé. L'abréviation "min." désigne des minutes normatives et réelles. TARMED repose sur des unités de temps normatives. L'utilisation des points tarifaires TARMED comme valeur de référence est autorisée. Si, pour certaines composantes de coûts indirects, la valeur de référence du point tarifaire TARMED est choisie, alors on prendra en compte uniquement les points techniques ou les points médicaux et techniques.

⁵ Le groupe d'activité 6a est saisi et imputé uniquement à l'aide de minutes effectives pondérées (à l'aide du facteur de simultanéité).

Le même exercice peut être répété pour les autres coûts indirects

- coûts indirects 10 – Administration des patients

Exprimés en francs suisses, ces coûts correspondent aux prestations du service d'administration des patients, comprenant notamment les activités suivantes : réception, facturation, comptabilité des débiteurs, centrale téléphonique, disposition des salles d'opération, disposition des lits, répartition des équipes de thérapeutes, travail de codification. Dans l'exemple précédent, ces coûts s'élèvent à 6,61 CHF (+ 0,38 CHF de CUI). Dans l'hôpital XY, la gestion et l'administration des patients sont chiffrées au moyen de la valeur de référence / l'unité d'œuvre « Nombre pondéré de factures » (c.-à-d. de la somme des coûts des activités d'administration des patients / somme des factures = 6.99 CHF (CUI compris). Dans ce cas précis, le volume / la quantité correspond alors à « 1 ».

- coûts indirects 39 – Soins

Exprimés en francs suisses, ces coûts correspondent aux prestations des soins. Dans cet exemple, ils s'élèvent à 39,87 CHF (+ 1,36 CHF de CUI). Le temps requis pour administrer des soins est exprimé en minutes. Dans l'hôpital XY, la prestation « Soins » est calculée en fonction du temps réel et du temps normé (selon le service des soins concerné). Dans le présent exemple, les prestations de soins sont évaluées au moyen de minutes réelles. Le nombre de minutes attribuées au cas donné est indiqué dans la colonne « Quantité » ; ici, il s'agit de 23 minutes. Si l'on multiplie ces minutes par le taux de charges du centre de charges « Soins », on obtient 39,87 CHF. Cette démarche est répétée avec les CUI correspondants. Pour plus d'informations sur la définition de la saisie des prestations de soins dans le centre de charges « Soins », veuillez consulter la solution de branche REKOLE® au chapitre 10.5, à partir de la page 17.

D'éventuelles autres prestations médicales fournies par d'autres centres de charges (qui n'apparaissent pas dans l'exemple de cas ci-dessus), telles que les prestations de laboratoire, les examens radiologiques, etc. sont également imputés selon la même méthode - mais avec des valeurs de référence / unité d'œuvre spécifiques (voir à ce sujet le résumé de la méthode d'imputation) - au cas administratif précité. Ensemble, les coûts directs, les coûts indirects et les charges d'utilisation des immobilisations constituent le coût total (CUI compris) du cas, soit 491,56 CHF.

1.5 Quantification et calcul des coûts du domaine d'activités TARMED

Pour pouvoir déterminer les coûts par point tarifaire TARMED d'un hôpital donné (« valeur du point basée sur les coûts »), il faut d'une part saisir et évaluer tous les coûts (en CHF) et, d'autre part, toutes les prestations de cet hôpital dans les domaines d'activité concernés. Cette opération ne vaut pas uniquement pour TARMED mais, par analogie, pour tous les tarifs, notamment ceux qui concernent la composition des unités finales d'imputation, comme les unités finales d'imputation tarifaires dans le domaine stationnaire (p. ex. délimitation entre la médecine aiguë (Swiss-DRG) et la psychiatrie stationnaire (TARPSY)). Dans de tels cas, les coûts et prestations correspondantes sont déterminés par type de tarif et additionnés par unité finale d'imputation ambulatoire. La sélection et la totalisation des cas administratifs idoines s'effectuent sur la base des données de référence enregistrées pour chaque cas (cf. REKOLE®, au chapitre 9.8).

Les coûts des prestations TARMED résultent par exemple de la somme des éléments suivants :

- les honoraires des médecins comptabilisés comme coûts directs (valeur de facturation) pour les cas administratifs attribués au tarif TARMED. Les honoraires médicaux peuvent également provenir de coûts indirects du centre de charges « Corps médicaux », imputés au cas donné par la saisie des prestations liées au patient, toujours en fonction du principe de causalité.
- sont également considérés comme coûts indirects les coûts provenant de centres de charges tels que « Salle d'opération » et « Salle d'accouchement ».
- les coûts indirects proportionnels du service d'administration des patients.
- les coûts indirects des services d'anesthésie, y compris ceux des corps médicaux.
- les coûts indirects des soins intermédiaires et des soins intensifs, à l'exclusion des corps médicaux.
- les coûts indirects du service des urgences, à l'exclusion des corps médicaux.
- les coûts indirects des services d'imagerie médicale, y compris ceux des corps médicaux.
- les coûts indirects de la médecine nucléaire et de la radio-oncologie, y compris ceux des corps médicaux.
- les coûts indirects du service de pathologie, y compris ceux des corps médicaux.
- les coûts indirects pour les thérapies non médicales, conseils et soins (si tarifés dans TARMED).

1.6 Analyses de cas administratifs ambulatoires au niveau ITAR_K®

L'unité finale d'imputation des coûts et des recettes selon REKOLE® est toujours considérée comme un « cas administratif », tant dans le domaine stationnaire que dans le domaine ambulatoire. Elle constitue la plus petite unité comptabilisable de la comptabilité analytique. Les règles des cas administratifs sont arrêtées de manière exhaustive et s'appliquent en principe à tous les patients et toutes les patientes d'un hôpital, qu'ils et elles soient traités en mode ambulatoire ou stationnaire. Seul le traitement des « cas ambulatoires de longue durée » nécessite une dérogation, à savoir une approche d'exception qui, au fil des ans, a toutefois fait ses preuves. Aussi, la comptabilité analytique REKOLE® **n'applique pas de directives différentes quand il s'agit de**

prestations ambulatoires ou stationnaires quant à la structure de la comptabilité par unité finale d'imputation. Dans les deux types de traitement et de séjour, l'élaboration des données pertinentes concernant les coûts et les recettes s'effectue sous forme d'évaluations pour lesquelles les coûts des différents cas administratifs ou, dans des cas exceptionnels, ceux des prestations individuelles spécifiques⁸ sont regroupés de manière appropriée (p. ex. pour la formation des unités finales d'imputations tarifaires dans ITAR_K®).

Dans la comptabilité analytique par unité finale d'imputation, deux évaluations sont admises : le calcul unitaire par unité finale d'imputation et le calcul périodique par unité finale d'imputation. Pour la première, les coûts sont déterminés par cas ou par mandat. Pour la deuxième, les coûts de chaque prestation sont calculés pour une période donnée (p. ex. mensuelle, trimestrielle ou annuelle).

Le cas administratif, qui sert de centre de collecte de toutes les prestations hospitalières fournies à un patient / une patiente, constitue le tableau des différentes prestations individuelles - comme décrit ci-dessus - dans un relevé d'unité finale d'imputation (voir REKOLE®, au chapitre 9.8). Les évaluations portant sur les relevés d'unités finales d'imputation ne sont prises en compte que si les cas administratifs sont rassemblés selon certains critères de regroupement (p. ex. par tarif ou par garant).

En créant la solution ITAR_K®⁹, les hôpitaux se sont dotés d'un outil efficace basé sur REKOLE® qui rassemble toutes les informations comptables par unité finale d'imputation et pour des groupes spécifiques. Ces groupes correspondent à des tarifs et à des activités spécifiques, soumis à des règles de financement différentes. Ainsi, chaque hôpital sait quels coûts d'exploitation il devra couvrir, ventilés par tarif et source de financement (outil valable à partir de la version 10.0, y compris la distinction entre les différents types de cas ambulatoires et les différents garants LAA/LAMal, etc.).

ITAR_K® représente l'ensemble des prestations d'une institution, l'approche tarifaire clairement au premier plan, fournissant entre autres les bases pour effectuer des comparaisons entre établissements selon l'art. 49, al.1, LAMal et pour les négociations tarifaires. La somme des coûts par tarif figure de façon détaillée dans ITAR_K® (onglet Excel : « Relevé CUF1 aperçu global »).

La solution ITAR_K® est régulièrement mise à jour, notamment pour l'adapter aux nouvelles décisions du TAF. Pour visualiser les coûts d'exploitation hospitaliers de l'année 2017, la version 8.0 d'ITAR_K® a été déterminante¹⁰. Par conséquent, les lignes/colonnes spécifiques du fichier Excel de même que leurs désignations indiquées dans le présent document se réfèrent à cette version 8.0, et non à la version actuellement en vigueur (V13.0).

En principe, dans le domaine ambulatoire également, les cas administratifs ambulatoires sont regroupés/rassemblés pour certains tarifs. S'il arrive qu'un patient / une patiente bénéficie de prestations ambulatoires relevant de domaines différents et financées par un tarif différent (p. ex., points TARMED et points physiothérapie), les prestations médicales et de physiothérapie spécifiques de ce cas administratif devront être affectées aux tarifs correspondants dans ITAR_K® afin de constituer des unités finales d'imputation tarifaires correctes (cf. chiffre 1.7, à partir de la page 18). Les postes de frais non encore attribués du cas administratif, tels que les frais de matériel > 3 CHF, les médicaments, le sang, les dialyses, le laboratoire et les autres domaines d'activité ambulatoires et tarifs, devront également être ventilés spécifiquement dans une colonne appropriée et ne pas être déclarés comme des « coûts TARMED ».

⁸ Par exemple, lorsqu'un cas ambulatoire contient à la fois des prestations médicales et thérapeutiques

⁹ ITAR_K® - Modèle de tarif intégré basé sur la comptabilité analytique par unité finale d'imputation

¹⁰ H+: Explications sur l'Aperçu global des coûts indicateurs sur les prestations pour ITAR_K®, version 8.0, oct. 2017, Berne, chap. 1.1, p. 4.

De même, les coûts et les prestations pour les patients autopayeurs, les prestations obligatoires non-AOS ou les prestations relevant d'une facturation forfaitaire ne sont pas saisis dans la colonne TARMED, mais figurent sous « Autre tarif ambulatoire ».

Les coûts qui apparaissent, dans la colonne EE « Pas de tarif séparé » de l'onglet Excel « Relevé CUIF, Aperçu global »¹¹ concernent principalement les natures de charges indirectes comme l'administration des patients et les CUI des activités ambulatoires. Il est également prévu de faire figurer dans cette colonne les natures de charges indirectes « Autres fournisseurs de prestations » qui pourraient survenir lors de traitements ambulatoires (si c'est le cas, les coûts liés à l'aumônerie p. ex.), étant précisé que l'aumônerie concerne en premier lieu l'activité stationnaire. Cela dit, pour garantir que les hôpitaux puissent néanmoins indiquer leurs coûts là où ils surviennent effectivement, la solution ITAR_K® permet de saisir également les coûts de l'aumônerie pour les activités ambulatoires :

Illustration 1 : onglet Excel « Relevé CUIF, Aperçu global », colonne EE « Pas de tarif séparé »

The screenshot shows a detailed Excel spreadsheet titled 'Hôpital modèle' and 'Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®'. The main table is a grid with columns for different cost categories and rows for various medical services. The columns include 'Total traitement ambulatoire', 'Total', and several 'Tarif' columns (TARMED, LIBERTARIUM, Physio, Ergothérapeute, Cassevis, Diététicien, Langage, Douleur). There are also columns for 'Autres tarifs amb.' (1-4) and 'Médic. Adjuvants, sang', 'Prestations de base', and 'Pas de tarif séparé'. The rows list services such as 'Administration des patients', 'Soins médicaux', 'Soins infirmiers', 'Soins dentaires', 'Soins de physiothérapie', etc. The 'Pas de tarif séparé' column shows the allocation of indirect costs to these services.

Lors du regroupement de cas administratifs ambulatoires, ces 3 natures de charges indirectes peuvent également *ne pas* être attribuées directement aux colonnes des tarifs et/ou activités prévues et utilisées dans ITAR_K®. Leur affectation directe s'avère en effet particulièrement difficile lorsqu'un cas ambulatoire bénéficie de prestations de différents tarifs (p. ex. une prestation TARMED et une prestation de physiothérapie). Cette situation s'explique par le fait que ces prestations sont liées à un cas précis et non à un tarif spécifique. Il faudra néanmoins s'assurer que, même pour les traitements de patients pour lesquels deux (ou plusieurs) tarifs sont concernés (p. ex. TARMED et physiothérapie), la quote-part correcte des coûts de l'administration des patients et des CUI soit ventilée et comptabilisée sur les deux tarifs ambulatoires correspondants (fractionnement des coûts indirects)¹².

Afin de garantir l'exécution de ce fractionnement des coûts indirects, le modèle ITAR_K® a prévu et comprend la colonne EE « Pas de tarif séparé » dans l'onglet Excel « Relevé CUIF, Aperçu global » permettant d'assurer une attribution automatique et proportionnelle de ces natures de charges indirectes à tous les tarifs et à toutes les activités qui concernent des patients ambulatoires (procédure d'attribution indirecte). L'attribution proportionnelle s'effectue dans l'onglet Excel « Aperçu global ». L'illustration suivante présente ce fractionnement des coûts indirects en 2 étapes :

¹¹ H+: Explications sur l'Aperçu global des coûts indicateurs sur les prestations pour ITAR_K®, version 8.0, oct. 2017, Berne, chap.9.

¹² H+: Explications sur l'Aperçu global des coûts indicateurs sur les prestations pour ITAR_K®, version 8.0, oct. 2017, Berne, p. 13, chap.7.8 & renvoi 4

Étape 1 : saisie des coûts indirects des composantes « Administration des patients » et « CUI » (éventuellement d'autres fournisseurs de prestations aussi) des activités ambulatoires dans les cellules prévues à cet effet dans l'onglet-Excel « Relevé CUFI, Aperçu global » (cf. illustration 1).

Étape 2 : les coûts totaux figurant à la colonne EE « Pas de tarif séparé » (= cellule EE77 onglet Excel « Relevé CUFI, Aperçu global ») sont automatiquement attribués à l'onglet Excel Aperçu global (ligne 31, colonne DR à EE) proportionnellement aux coûts totaux CEN II, ligne 27, onglet Excel, « Aperçu global ») des tarifs/activités ambulatoires concernés :

Illustration 2 : onglet Excel « Relevé CUFI, Aperçu global », coûts totaux de la colonne EE « Pas de tarif séparé »

Illustration 3 : onglet Excel « Aperçu global », affectation proportionnelle des coûts totaux « Pas de tarif séparé »

Certains hôpitaux (c'est le cas de l'hôpital XY) peuvent déjà paramétrer le « fractionnement des coûts indirects » automatique des coûts de l'administration des patients et des CUI dans leurs systèmes de comptabilité analytique (procédure d'attribution directe) et, ainsi, assurer la répartition de ces natures de charges indirectes dès le regroupement / la saisie des cas administratifs ambulatoires dans ITAR_K® (procédure d'attribution directe). Ce « fractionnement des coûts indirects » s'effectue alors également de façon proportionnelle aux prestations tarifaires dont a bénéficié le patient / la patiente ambulatoire. Dans ITAR_K®, les cellules suivantes du « Relevé CUFI, Aperçu global » sont remplies par les services concernés des hôpitaux :

Illustration 6 : attribution des unités totales de prestations ambulatoires conformément au tarif (p.ex. total des points tarifaires selon TARMED)

Aperçu global des données relatives aux coûts et prestations pour ITAR_K CH V8.0																		
Hôpital modélisé																		
Base des coûts = comptabilité analytique par unité finale d'imputation selon REKOLE® en coûts complets																		
Modèle comptabilité par unité finale d'imputation																		
Personne à contacter																		
Etablissement																		
Description	Total Charges COFI	Ajustement par objet	Total COEX	Total traitement ambulatoire	Tarif TARMED	Tarif Laboratoire	Tarif Physio	Tarif Ergothérapie	Tarif Coordination	Tarif Diabétologie	Tarif Hospitalier	Tarif Diabète	Autres tarifs ambulatoires à l'établissement	Autres tarifs ambulatoires à l'établissement	Autres tarifs ambulatoires à l'établissement	Autres tarifs ambulatoires à l'établissement	Autres tarifs ambulatoires à l'établissement	Matériel médicaments
* Produits groupe de comptes de 1er et 2e ordre en dernier lieu des coûts dans la colonne pr(CO)																		
Coûts d'exploitation nets (ECEN I)																		
J. Déductions subsidiaires : coûts de Pansement universel + recherche																		
J. Déductions subsidiaires : coûts des prestations d'																		
Coûts d'exploitation nets II (ECEN II)																		
J. Déduction pour coûts supplémentaires issus de prestations pour assurés avec ass. complémentaires																		
J. Déductions des rémunérations complémentaires (voir EPD livrables et non livrables)																		
* Compensation des contributions cantonales pour																		
* Coûts non-tarifés à part par tarif																		
Répartition des déductions complètes sur les tarifs amb.																		
Déduction des matériels et autres accessoires, à part selon la méthode du surcoûtant des prix																		
Supplément pour hôpital en compte des entrées sur actifs circulants																		
Charges d'exploitation pertinentes pour le benchmarking (CPB)																		
* Nombre moyen de prestations (CUI, MUC, MUC, points, heures, produits, etc.)																		
* Nombre de cas (par EPD non livrable et/ou)																		
* Cas livrés, Cas livrés pour le devis de séjour moyen lorsque l'unité de prestation correspond au jour (d'adaptation, séjour, hôpital de jour)																		
Valeur de base pertinente pour le benchmarking (référence : cas, journée, ... par régime tarifaire)																		
Charges d'utilisation des immobilisations REKOLE																		
Charges d'exploitation pertinentes pour le benchmarking (CPB) s.o. charges d'utilisation des immobilisations REKOLE																		
Part des immobilisations aux charges d'exploitation pertinentes pour le benchmarking (CPB)																		
Valeur de base pertinente pour le benchmarking (référence : cas, journée, ...) s.o. CUI REKOLE																		
Charges d'utilisation des immobilisations CUI																		
Charges d'exploitation pertinentes pour le benchmarking (CPB) s.o. charges d'utilisation des immobilisations DCP																		
Part des immobilisations aux charges d'exploitation pertinentes pour le benchmarking (CPB)																		
Valeur de base pertinente pour le benchmarking (référence : cas, journée, ...) s.o. CUI DCP																		
* Coûts de benchmark																		
DQI, valeur de base de cas après benchmarking / autres : coûts par unité de prestation																		
Ambulatoire : coûts par point tarifaire et tarif, après déductions/comprécessions incl. CUI REKOLE																		
* Calcul de projection des coûts de prestations de personnes à besoins changeants (personnes âgées)																		
* Calcul de projection spécifique à l'hôpital																		
* Supplément déduction pour nouvelles déductions légales																		
Valeur de base de cas 2018 ou coûts dérivés par unité de prestation, CUI résidus																		
* Part de charges d'utilisation des immobilisations (CUI) (supplément normal)																		
Valeur de base de cas pour CUI temp. coûts totaux pertinents par unité de prestations																		
Somme des corrections ambulatoires, nettes CUI																		
Valeur de l'année précédente de la valeur de base pertinente pour le benchmarking (référence : cas, jour, ...) selon CUI																		
Ambulatoire : point tarifaire de l'année précédente & compris CUI selon REKOLE																		
Différence en %																		
Ambulatoire : point tarifaire de l'année précédente & compris CUI selon DCP																		
Différence en %																		

Pour les cas ambulatoires, toutes les prestations doivent être additionnées conformément aux points tarifaires TARMED saisis, car il est important que les coûts correspondent aux prestations. En d'autres termes, il s'agira de prendre en compte les mêmes cas ambulatoires, tant pour les coûts que pour le nombre de points tarifaires (congruence). Ce n'est qu'ainsi qu'il sera possible de déterminer la valeur du point basée sur les coûts des différents tarifs (coûts totaux liés au tarif / prestations totales liées au tarif).

1.7 Exemple d'attribution des composantes de coûts à l'unité finale d'imputation (tarif / activités) selon ITAR_K®

Dans l'exemple ci-dessus (« Douleurs abdominales »), le cas administratif ne concernait que des prestations tarifées et facturées au moyen du TARMED. Dans ce cas, l'attribution des coûts par unité finale d'imputation est relativement triviale. Concrètement, l'attribution s'effectuera comme suit : les composantes de coûts du cas administratif seront affectées aux activités / tarifs d'ITAR_K® de l'hôpital XY en appliquant la procédure d'attribution directe :

Tableau 5 : attribution des composantes de coûts à l'unité finale d'imputation (tarif / activités) selon ITAR_K® (sur la base du cas administratif « Douleurs abdominales »)

CN	Définition	Coûts	Colonne ITAR_K® dans l'onglet Excel « Relevé CUI, Aperçu global » (Version 8.0 ¹³)
10	Administration des patients	6.61	Colonne DQ Tarif TARMED, cellule DQ42 (procédure d'attribution directe)

¹³ Désignation des colonnes selon la version ITAR_K® 8.0; la numérotation de la colonne et sa désignation peuvent différer dans les versions antérieures et postérieures.

Tableau 7: attribution des composantes de coûts à l'unité finale d'imputation selon ITAR_K®, sur la base du cas administratif « Déchirure du périnée ».

CN	Définition	Coûts	Colonne ITAR_K® dans l'onglet Excel « Relevé CUFI, Aperçu Global » (Version 8.0 ¹⁴)
401	Matériel	65.23	Colonne EC, cellule EC 27
10	Administration des patients	6.61	Répartition proportionnelle des coûts entre : - colonne DQ Tarif TARMED, cellule DQ42 - colonne DS Tarif Physio., cellule DQ42 (procédure d'attribution directe)
31	Activités médicales 1 à 5	223.19	Colonne DQ Tarif TARMED, cellule DQ52
32	Physiothérapie	401.05	Colonne DS Tarif Physio, cellule DS59
	CUI	67.82	Répartition proportionnelle des coûts entre : - colonne DQ Tarif TARMED, cellule DQ75 - colonne DS Tarif Physio, cellule DQ75

Illustration 8: Onglet Excel « Relevé CUFI, Aperçu global », attribution des composantes de coûts à l'unité finale d'imputation selon ITAR_K®, sur la base du cas administratif « Déchirure du périnée ».

The screenshot shows an Excel spreadsheet with the following structure:

- Columns:** A, B, C, DQ, DP, DR, DS, DT, DU, DV, DW, DX, DY, EZ, EA, EB, EC.
- Row 1:** Hôpital modèle
- Row 2:** Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®
- Row 3:** Calcul unitaire par unité finale d'imputation 1.1.-31.12.2017 (green cell)
- Row 4:** Total traitements ambulatoires, Total, Tarif TARMED, Tarif Laboratoire, Tarif Physio, Tarif Ergothérapie, Tarif Conseils nutritionnels, Tarif Diabétologie, Tarif Logopédie, Tarif Dialyse, Autres tarifs ambulatoires à l'établissement, Autres tarifs ambulatoires à l'établissement, Autres tarifs ambulatoires à l'établissement, Autres tarifs ambulatoires à l'établissement, Médical, médicaments, sang.
- Row 5:** Coûts directs
- Row 6:** Coûts directs
- Row 7:** Coûts directs
- Row 8:** Coûts directs
- Row 9:** Coûts directs
- Row 10:** Coûts directs
- Row 11:** Coûts directs
- Row 12:** Coûts directs
- Row 13:** Coûts directs
- Row 14:** Coûts directs
- Row 15:** Coûts directs
- Row 16:** Coûts directs
- Row 17:** Coûts directs
- Row 18:** Coûts directs
- Row 19:** Coûts directs
- Row 20:** Coûts directs
- Row 21:** Coûts directs
- Row 22:** Coûts directs
- Row 23:** Coûts directs
- Row 24:** Coûts directs
- Row 25:** Coûts directs
- Row 26:** Coûts directs
- Row 27:** Coûts directs
- Row 28:** Coûts directs
- Row 29:** Coûts directs
- Row 30:** Coûts directs
- Row 31:** Coûts directs
- Row 32:** Coûts directs
- Row 33:** Coûts directs
- Row 34:** Coûts directs
- Row 35:** Coûts directs
- Row 36:** Coûts directs
- Row 37:** Coûts directs
- Row 38:** Coûts directs
- Row 39:** Coûts directs
- Row 40:** Coûts directs
- Row 41:** Coûts directs
- Row 42:** Coûts directs
- Row 43:** Coûts directs
- Row 44:** Coûts directs
- Row 45:** Coûts directs
- Row 46:** Coûts directs
- Row 47:** Coûts directs
- Row 48:** Coûts directs
- Row 49:** Coûts directs
- Row 50:** Coûts directs
- Row 51:** Coûts directs
- Row 52:** Coûts directs
- Row 53:** Coûts directs
- Row 54:** Coûts directs
- Row 55:** Coûts directs
- Row 56:** Coûts directs
- Row 57:** Coûts directs
- Row 58:** Coûts directs
- Row 59:** Coûts directs
- Row 60:** Coûts directs
- Row 61:** Coûts directs
- Row 62:** Coûts directs
- Row 63:** Coûts directs
- Row 64:** Coûts directs
- Row 65:** Coûts directs
- Row 66:** Coûts directs
- Row 67:** Coûts directs
- Row 68:** Coûts directs
- Row 69:** Coûts directs
- Row 70:** Coûts directs
- Row 71:** Coûts directs
- Row 72:** Coûts directs
- Row 73:** Coûts directs
- Row 74:** Coûts directs
- Row 75:** Coûts directs
- Row 76:** Coûts directs
- Row 77:** Coûts directs
- Row 78:** Coûts directs
- Row 79:** Coûts directs
- Row 80:** Coûts directs
- Row 81:** Coûts directs
- Row 82:** Coûts directs
- Row 83:** Coûts directs
- Row 84:** Coûts directs
- Row 85:** Coûts directs
- Row 86:** Coûts directs
- Row 87:** Coûts directs
- Row 88:** Coûts directs
- Row 89:** Coûts directs
- Row 90:** Coûts directs
- Row 91:** Coûts directs
- Row 92:** Coûts directs
- Row 93:** Coûts directs
- Row 94:** Coûts directs
- Row 95:** Coûts directs
- Row 96:** Coûts directs
- Row 97:** Coûts directs
- Row 98:** Coûts directs
- Row 99:** Coûts directs
- Row 100:** Coûts directs

¹⁴ Désignation des colonnes selon la version ITAR_K® 8.0; la numérotation de la colonne et sa désignation peuvent différer dans les versions antérieures et postérieures.

Hôpital modèle		Colonne DQ										Colonne DS				Veuillez nommer chaque des tarifs				Médic. additionnés, moy	Prestations de base	Pas de tarif séparé
Rélevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®		Total traitement ambulatoire	Total	Tarif TARMED	Tarif Laboratoire	Tarif Physio	Tarif Ergothérapie	Tarif Kinésithérapie	Tarif Diététique	Tarif Logopédie	Tarif Dialyse	Autres tarifs applicables à l'ambulatoire	Autres tarifs applicables à l'ambulatoire	Autres tarifs applicables à l'ambulatoire	Autres tarifs applicables à l'ambulatoire							
Calcul unitaire par unité finale d'imputation 1.1.-31.12.2017																						
Cellule 42	10 Administration de patients																					
Cellule 52	20 Administration de patients																					
Cellule 59	30 Administration de patients																					
Cellule 75	40 Administration de patients																					
Total coûts indirects excepté les charges d'utilisation des immobilisations de base de cellule A3)																						
Total coûts (directs et indirects) à l'attribution des immobilisations selon REKOLE																						

Ces deux exemples démontrent en détail comment les différentes composantes de coûts sont attribuées aux différentes unités finales d'imputation (par tarifs et activités) selon ITAR_K®.

Les CUI et l'administration des patients suivent proportionnellement (en pourcentage) les coûts des prestations (médicales et thérapeutiques) fournies sur les domaines d'activités et les tarifs correspondants. L'attribution peut se faire directement (comme dans le cas de l'hôpital XY) ou au moyen de la colonne « Pas de tarif séparé » (voir les explications ci-dessus).

Le total des activités ambulatoires de l'hôpital XY (= tous les traitements ambulatoires de l'hôpital) figure également à la colonne DO, Aperçu global dans ITAR_K®, où le rapport avec les coûts totaux et la comptabilité des immobilisations peut être retracé.

1.8 ITAR_K® Aperçu global

Dans l'Aperçu global d'ITAR_K®, le total des coûts hospitaliers provenant des coûts directs, des coûts indirects et des charges d'utilisation des immobilisations figure à la ligne 19. À partir de la ligne 20 sont apportées les corrections nécessaires au calcul du tarif, au niveau de l'établissement et non pas au niveau du cas. Pour cette raison, elles sont saisies dans ITAR_K® et non directement au niveau des cas administratifs. Cette procédure est également appelée *Détermination des charges d'exploitation pertinentes pour les tarifs*, et peut être résumée comme suit dans le secteur ambulatoire, au moyen des étapes suivantes :

- Déduction des charges calculées (ou d'exploitation) d'utilisation des immobilisations.
- Déduction des produits du groupe de comptes 65 provenant d'autres prestations aux patients.
- Déduction subsidiaire pour les prestations d'intérêt général, dans la mesure où elles ne sont pas déjà comptabilisées par unité finale d'imputation, p. ex. comme « mandat »
- Compensation des contributions cantonales (pour autant qu'elles aient été comptabilisées comme diminution des charges).
- Déduction des intérêts sur les actifs circulants, si pas calculés selon la méthode du Surveillant des prix.
- Supplément pour les intérêts sur les actifs circulants selon la méthode du Surveillant des prix.
- Compensation des charges financières d'utilisation des immobilisations selon l'OCP (ligne 41)

Au final, le résultat des coûts ambulatoires par point tarifaire (= valeur du point tarifaire basée sur les coûts) est obtenu à la ligne 57 en divisant les coûts d'exploitation pertinents pour le tarif par le nombre de points tarifaires fournis et saisis (ligne 36).

2. ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES SYSTÈMES (REKOLE® ET ITAR_K®) DANS LE SECTEUR AMBULATOIRE

En 2002, au vu de la diversité des modèles de comptabilité analytique et de la nécessité d'harmoniser les données pour et dans l'ensemble du monde hospitalier, H+ a décidé de concevoir le manuel REKOLE®. Le but visé : se doter d'un fondement qui permettra d'assurer une pratique suisse uniforme en matière de comptabilité analytique, afin que les hôpitaux puissent répondre aux exigences futures.

Voici un récapitulatif des objectifs poursuivis de façon conséquente par REKOLE® :

- Créer un système de comptabilité d'entreprise suisse uniforme, dont la structure de base est prédéfinie et dont les caractéristiques sont évolutives (niveaux obligatoire et facultatif).
- S'appuyer sur des normes comptables reconnues au niveau national (au moins celles du *Swiss GAAP FER*).
- Se doter avant toute chose d'un instrument de fixation des prix pour traiter les priorités suivantes :
 - Assurer la traçabilité des coûts présentés et, par-là, favoriser la prise de conscience de la responsabilité des coûts.
 - Disposer d'une base pour les calculs prévisionnels et définitifs.
 - Déterminer les indicateurs principaux et des moyens d'évaluation comme des comparaisons budgets / chiffres réels, analyses chronologiques, comparaisons entre établissements.
- Veiller à ce que le cadre légal et les ordonnances (l'OCP) soient pleinement respectés.
- Veiller à ce que le système de comptabilité de l'établissement serve de base aux négociations tarifaires.
- Veiller à ce que le cadre réglementaire s'applique à long terme (protection des investissements).

Les recommandations de REKOLE® constituent des exigences minimales (= niveau obligatoire) pour une gestion d'entreprise moderne. Elles ont été développées par des praticiens pour le quotidien opérationnel. Leur application uniforme contribue et contribuera à garantir des procédures de tarification de plus en plus importantes aux niveaux supérieurs, à la comparabilité des coûts et des prestations de même qu'à une gestion des ressources en fonction des besoins.

2.1 L'instrument de fixation des prix de l'entreprise s'appelle la comptabilité en coûts complets sur la base des coûts réels et normaux.

REKOLE® est une méthode de calcul en coûts complets sur la base des coûts réels et normaux. Cette approche s'explique par le fait que :

- la part des coûts fixes dans les hôpitaux est élevée ;
- les exigences minimales actuelles servant à déterminer des coûts hospitaliers sont conçues avant tout pour pouvoir calculer et/ou arrêter des prix ;
- les comparaisons entre établissements sont prévues par la loi, dans le cadre de la procédure de fixation des prix ;
- pour fournir des prestations de façon efficace, les coûts complets doivent être couverts à long terme.

Lorsque tous les coûts sont imputés aux différents objets de calcul, notamment aux prestations, on parle de **comptabilité analytique des coûts complets**, approche qui implique entre autres choses que les coûts fixes sont inclus dans les imputations et les répartitions.

Dans la **comptabilité analytique réelle** sont facturés les coûts réellement encourus, c'est-à-dire que les quantités réelles effectives sont multipliées par les prix réels pour une période spécifique.

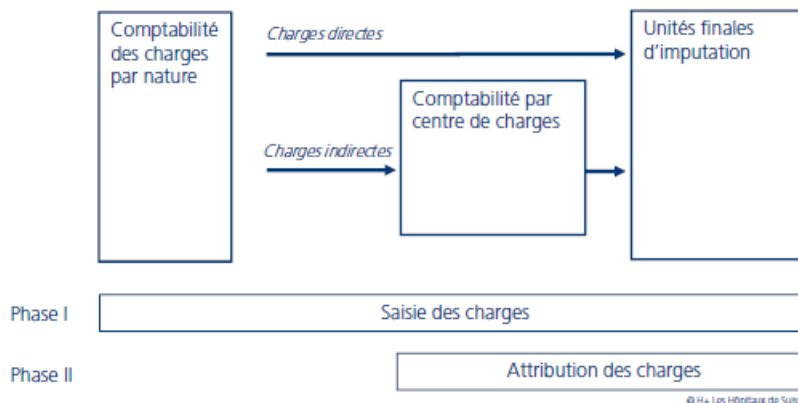
La comptabilité analytique réelle est établie à la fin d'une période comptable ; elle sert de compte de résultat avec la présentation du résultat effectif et d'instrument de post-calculations pour déterminer ultérieurement les prix de revient des différentes prestations hospitalières.

La comptabilité analytique des coûts normaux repose sur des valeurs moyennes du passé. Les moyennes (normalisations) peuvent être élaborées pour les prix et pour les quantités en tenant compte des changements réels ou pronostiqués dans les facteurs d'influence des coûts (p. ex. des augmentations de salaire)¹⁵.

2.2 Domaines partiels de la comptabilité analytique

REKOLE® se compose de la comptabilité des charges par nature, de la comptabilité par centres de charges et de la comptabilité par unités finales d'imputation. Chacune de ces comptabilités fournit des réponses à une question précise concernant l'origine des coûts. Ainsi, dans la comptabilité des charges par nature, figurent tous les coûts encourus ou prévus pour une période donnée. La comptabilité par centres de charges indique où et comment les coûts indirects ont été générés. Dans la comptabilité par unités finales d'imputation, les coûts encourus sont imputés, précisément, à ces unités finales d'imputation selon le principe de causalité, une fois tous les coûts enregistrés dans la comptabilité des charges par nature et que les coûts indirects ont été refacturés dans les centres de charges concernés. La comptabilité par unité finale d'imputation indique ce pourquoi les coûts ont été générés. Le calcul des coûts dans les domaines partiels de la comptabilité analytique s'effectue en deux phases : la saisie et la répartition des coûts :

Tableau 8 : Élaboration des coûts (saisie et répartition des coûts)



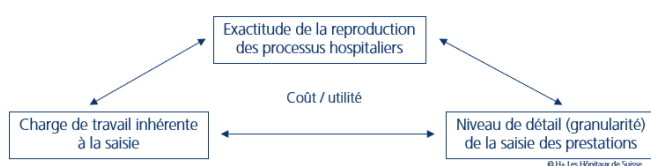
¹⁵ Se référer aussi au manuel REKOLE®, chapitre 3.1 page 3, pour d'autres explications relatives aux divers modèles et buts de calcul des coûts

2.3 La saisie des prestations, pièce maîtresse de la comptabilité analytique

Dans la comptabilité analytique, il est indispensable de procéder à une saisie complète des prestations par centres de charges et objets de coûts. Afin de déterminer et de saisir les coûts de production d'une prestation, il faut la définir et la délimiter ; ensuite, elle pourra être évaluée correctement.

La précision de la représentation des processus hospitaliers, le degré de détail de la saisie des prestations de même que le temps et les coûts requis pour ces saisies sont étroitement liés. Il est donc essentiel de toujours veiller à ce qu'il y ait un rapport coûts / bénéfices équilibré entre les trois objectifs.

Tableau 9 : Coûts/bénéfices des types de saisie des prestations



La saisie des prestations doit être complète : il ne suffit pas de simplement saisir les prestations facturables, mais aussi celles qui ne le sont pas. En effet, ces saisies ne servent pas en premier lieu aux facturations, mais à l'évaluation des moyens de production utilisés.

Il existe différentes manières de saisir une prestation. L'énumération suivante est classée selon le degré décroissant du niveau de détails et du temps de travail requis :

- la mesure du temps réel reflète la durée effective consacrée à l'exécution d'une tâche, par exemple au moyen du minutage ou de rapports horaires ;
- la mesure du temps normalisé équivaut au temps normalisé prédéfini (sur la base de mesures passées, proches de la réalité) pour l'exécution d'une tâche, par exemple sur la base de minutes normalisées ou de rapports horaires ; les tarifs tels que TARMED en font également partie. TARMED doit être considéré comme un tarif de temps standard ; à chaque position tarifaire est associé un temps standard ;
- autres structures tarifaires indépendantes du temps: on saisit les positions tarifaires qui correspondent à une prestation donnée.

La précision du calcul des coûts dépend du degré de détail de la saisie des prestations (phase I), mais également de la façon dont la facturation des prestations est effectuée (phase II).

2.4 Pourquoi ne pas saisir le temps effectif dans/pour chaque cas ?

L'une des principales critiques adressées à REKOLE® porte sur l'utilisation de temps normalisés (p. ex. TARMED) comme valeur de référence / unité d'œuvre pour la répartition des coûts, au lieu de la saisie et de l'utilisation des temps réels. Or, comme il ressort des explications suivantes, le choix des valeurs de référence / des unités d'œuvre utilisées est tout à fait justifié. Explications.

Vouloir saisir toutes les prestations au moyen du temps réel investi est certes envisageable en théorie, mais ni raisonnable ni réalisable dans la pratique : les ressources qu'impliqueraient de telles saisies complètes des prestations en temps réel ne seraient ni défendables sur le plan de la gestion d'entreprise, ni au niveau du principe de l'économicité, ni sur le plan politique (gonfle-

ment inutile de l'appareil et des processus administratifs hospitaliers). Là où les processus et activités internes d'un hôpital peuvent être standardisés/normalisés, il faudrait en effet, si possible, saisir les prestations avec des temps normalisés (p. ex. au moyen des temps normalisés tels que définis dans TARMED) ou avec des valeurs empiriques normalisées internes à l'établissement. Il n'est nullement prouvé que l'on perdrait ainsi beaucoup en précision en procédant de la sorte. Il n'est pas prouvé non plus, et il ne faut pas s'attendre à ce qu'une éventuelle imprécision se répercute directement et spécifiquement sur le domaine ambulatoire ou le domaine TARMED. À l'inverse, il convient de relativiser les attentes à l'égard de saisies complètes et continues des temps réels, notamment lorsque celles-ci sont effectuées de manière incorrecte ou schématique, ce qui se traduirait par des exactitudes fictives.

Il existe par ailleurs divers domaines de prestations où, pour des raisons objectives, il a été décidé de renoncer complètement à ces valeurs de référence / unités d'œuvre de temps, où les prestations sont indiquées avec d'autres paramètres. **Exemples : l'administration des patients**, secteur pour lequel on utilise la valeur de référence / unité d'œuvre « Nombre de cas administratifs ».

Tableau 10 : indicateurs du CC obligatoire pour l'administration des patients

Administration des patients		(10)		
		© H+ Les Hôpitaux de Suisse		
Centres de charges facultatifs	- Accueil - Facturation - Comptabilité débiteurs - Centrale téléphonique	- Disposition de SOP - Disposition des lits - Personnel pour l'affectation thérapeutique - Codage - etc.		
Contenu (coûts primaires)	- Toutes les charges (charges de personnel et de matériel). - A l'exclusion des charges du CC obli. 03 Services de gestion et de coordination décentralisés - Y compris archives des dossiers médicaux (CC Archives)			
Nombre de blocs de charges	A	Charges de personnel et de matériel (coûts primaires et secondaires), à l'exclusion des charges du bloc de charges A' et B.		
	A'	Charges d'utilisation des immobilisations (y compris les coûts secondaires). Les charges par nature suivantes sont concernées: 442, 444, 448		
	B	Charges de personnel et de matériel du centre de charges facultatif Codage (coûts primaires et secondaires), à l'exclusion des charges du bloc de charges A'		
Nombre de blocs de prestations	A A'	Toutes les prestations sont évaluées en fonction du nombre de cas.		
	B	Toutes les prestations sont évaluées en fonction du nombre de cas stationnaires.		
Imputation		Unité d'œuvre	Taux de charges	
Variante minimale	A A'	Nombre de cas administratifs	Bloc de charges A / \sum nombre de cas administratifs	CHF/cas administratif
	B	Nombre de cas administratifs stationnaires	Bloc de charges B / \sum nombres de cas administratifs stationnaires	CHF/cas administratif stationnaire
Variante maximale	A A'	Cas administratif, pondéré	Bloc de charges A / \sum cas administratif, pondéré	CHF/cas administratif, pondéré
Destinataire de l'imputation	A A' B	Cas administratif		

D'après l'état actuel des connaissances, celle-ci est la valeur de référence / unité d'œuvre la plus adéquate pour facturer les différentes activités de l'administration de patients en fonction du principe de causalité (cf. centre de charges facultatifs, tableau 4) :

- Réception
- Facturation
- Comptabilité des débiteurs
- Centrale téléphonique / standard téléphonique
- Disposition des salles d'OP
- Disposition des lits
- Équipe de répartition des thérapies
- Codage

En 2017, une demande REK visait à modifier ces valeurs de référence / unité d'œuvre (cf. Décision REK_17_001¹⁶) et proposait d'utiliser comme alternative la valeur de référence / unité d'œuvre « Nombre de factures ». Cette proposition était motivée par le fait que les valeurs de référence / unités d'œuvre « Sorties - nombre de cas administratifs » poseraient un problème, parce que certains cas administratifs ambulatoires restent parfois « ouverts » pendant plusieurs années¹⁷ (notamment les cas d'arthrite). En raison des valeurs de référence / unités d'œuvre en vigueur, ces cas se verraient imputés qu'une seule fois des coûts de l'administration de patients, alors qu'en réalité, ils génèrent plusieurs types de coûts (réception, facturation, factures intermédiaires, etc.). Cette facturation différencierait donc trop de la réalité et les coûts de l'administration de patients seraient sous-évalués dans le domaine ambulatoire.

La demande avait été rejetée à l'unanimité par la commission REK au motif qu'en règle générale, la nouvelle valeur de référence / unité d'œuvre « Nombre de factures » proposée pourrait certes s'avérer plus précise en matière de coûts de facturation, mais pas pour tous les autres potentiels centres de charges et activités qui devront également figurer sous le CC obligatoire « Administration de patients ». Afin de pouvoir tenir compte d'éventuels cas d'exception, la variante maximale a été adaptée de manière à permettre d'autres pondérations que seulement la pondération selon le type de traitement. Nous reviendrons plus loin sur le traitement des coûts de l'administration de patients dans le chapitre ITAR_K®.

Cependant, il existe aussi des domaines hospitaliers - des domaines onéreux et ceux pour lesquels l'engagement des ressources par patients / patientes peut fortement différer - dans lesquels, pour illustrer de manière adéquate la charge de prestations à fournir aux patients, leur saisie doit effectivement se baser sur les temps réels. Ceci vaut par exemple pour les durées en salles d'opération, le laboratoire de cathétérisme cardiaque, les unités de soins intensifs et l'anesthésie (depuis 2018¹⁸).

L'exemple du traitement de l'administration des patients démontre également que même un calcul des coûts complets sur la base des coûts réels et normaux ne pourra jamais prétendre être une science exacte. En effet, toute comptabilité analytique interne est et reste un système de calcul qui doit répondre à différents objectifs tout en évaluant les avantages et les inconvénients des différentes options. Cela étant, les compromis qui en résulteront ne devront entraver ni les prises de décisions au sein de l'établissement, ni le calcul des coûts par cas ou par regroupement à des niveaux d'analyse appropriés.

L'un des nombreux **défis de REKOLE® et d'ITAR_K®** a été et reste celui d'évaluer en continu dans quel cas et/ou quelles circonstances quel type de saisie des prestations doit être **appliqué**, non seulement au sein de l'établissement, mais également **dans toute la Suisse** (= définition du niveau obligatoire, considéré après comme exigence minimale dans la procédure de certification). Ceci est à comprendre dans le contexte de l'art. 49, al. 7 LAMal, selon lequel les hôpitaux doivent disposer d'instruments de gestion appropriés et, notamment, tenir une comptabilité analytique de même que des statistiques des prestations - selon une méthode unifiée - pour déterminer leurs coûts d'exploitation et d'investissement et saisir leurs prestations. Dans la solution de branche REKOLE® au chapitre 10.4 à partir de la page 10, vous trouverez de plus amples informations sur le mode de saisie des prestations, notamment sur la complexité de leur saisie (surtout pour mesurer les temps réels) afin de garantir un calcul des coûts par cas selon une méthode uniforme au niveau national.

¹⁶<https://www.hplus.ch/fr/portrait/commissionstechniques/decisionsrek>

¹⁷ Voir aussi la définition de l'unité finale d'imputation dans le manuel REKOLE® chapitre 9.7 Ensemble de règles du cas administratif obligatoire

¹⁸ Cf. Décision REK 14_006: à partir du 1.1.2018 nouvelle période de temps «Anesthésie» (période déterminante dans la salle d'OP: dorénavant qu'en minutes réelles), car déterminant pour le certification depuis le 1.1.2019.

2.5 Ensemble, REKOLE® et ITAR_K® satisfont à toutes les exigences légales

Avec REKOLE®, au fil des années, les hôpitaux suisses ont conçu et développé un modèle de comptabilité analytique clair et compréhensible qui répond aux exigences de l'art. 49 al. 7 LAMal. Selon ce modèle, les hôpitaux sont tenus de disposer d'instruments de gestion appropriés, à savoir : tenir une comptabilité analytique et une statistique des prestations **selon une méthode uniforme pour déterminer leurs coûts d'exploitation et d'investissement et pour saisir leurs prestations**. Celles-ci devront comprendre toutes les données nécessaires à l'évaluation de l'économicité, aux comparaisons d'établissements, à la tarification et à la planification hospitalière. Le gouvernement cantonal et les parties contractantes peuvent consulter ces documents.

En outre, REKOLE® et ITAR_K® satisfont entièrement à toutes les exigences de l'OCP, même si celles-ci vont à l'encontre des objectifs de la LAMal, du moins dans le domaine de l'évaluation des coûts d'utilisation des immobilisations¹⁹. Nous rappelons d'ailleurs ici que la solution de branche REKOLE® garantit une évaluation des charges d'utilisation des immobilisations conformément à l'OCP de même que selon les principes de gestion d'entreprise qui devraient normalement être appliqués dans le cadre de la constitution des prix basée sur les coûts. Depuis plus de 10 ans, les hôpitaux certifiés REKOLE® appliquent deux procédures d'évaluation des CUI : une qui correspond à l'OCP et une qui suit les principes généraux de gestion d'entreprise. Cette dernière procédure (basée sur des principes de gestion d'entreprise) est d'ailleurs utilisée depuis 2010 pour déterminer les forfaits SwissDRG et est saluée par tous les financeurs (cantons et assureurs). C'est un constat réjouissant, car les forfaits SwissDRG doivent refléter l'étendue et le volume des ressources utilisées par DRG.

Il demeure que H+ et les hôpitaux suisses ne comprennent toujours pas pourquoi les principes de gestion d'entreprise ne sont pas repris pour l'évaluation des charges d'utilisation des immobilisations (CUI) dans la formation des prix de base hospitaliers, mais ceux qui sont consignés dans l'OCP. En effet, les principes de l'OCP sont incomplets (comme la définition d'une immobilisation) voire incorrects (la détermination du taux d'intérêt WACC de 3,7 % p.ex.). L'OCP ressemble bien plus à un instrument réglementaire de « plafonnement des prix du secteur hospitalier », qui empêche finalement d'atteindre les objectifs de la révision de la LAMal (financement des hôpitaux).

Jusqu'à présent, il n'a pas été possible de présenter des exigences légales / réglementaires à H+ qu'ensemble, REKOLE® et ITAR_K® ne respecteraient pas. Pourtant, et ce depuis des années, les deux solutions de branche récoltent des critiques infondées et discriminatoires ainsi que des insinuations incompréhensibles.

Avec REKOLE® et ITAR_K®, les hôpitaux suisses disposent d'une solution de branche exhaustive et détaillée. REKOLE® sert de base d'harmonisation nationale des comptabilités analytiques hospitalières (au niveau obligatoire), qui - considérées au cas par cas - diffèrent dans leur granularité et leurs caractéristiques d'un hôpital suisse à l'autre (au niveau facultatif), car ces derniers sont soumis à des environnements entrepreneuriaux différents en termes d'économie, de réglementation, de droit et d'économie de marché. La comptabilité analytique de chaque établissement doit tenir compte de tous ces facteurs. En d'autres termes, un modèle de comptabilité analytique qui serait identique dans les moindres détails pour tous les hôpitaux (en optant tous, par exemple, pour la saisie des temps réels !) serait certes envisageable en théorie, mais sur le plan pratique, cette approche manque d'une part de réalisme (le fonctionnement effectif des processus d'un hôpital) et, d'autre part, de connaissances (les objectifs et les limites d'une comptabilité

¹⁹ MICHAEL WALDNER: Immobilisationsnutzungskosten und neue Spitalfinanzierung- Die geltende VKL gefährdet eine KVG-konforme Immobilisations bewertung, AJP/PJA, 10. 2017

analytique). Elle conduirait donc à des représentations et à des attentes dans lesquelles les rapports coûts / bénéfiques ne seraient plus de mise.

2.6 Le « Niveau obligatoire REKOLE® » : la base d'harmonisation nationale et la garantie d'une méthode uniforme de comptabilité analytique

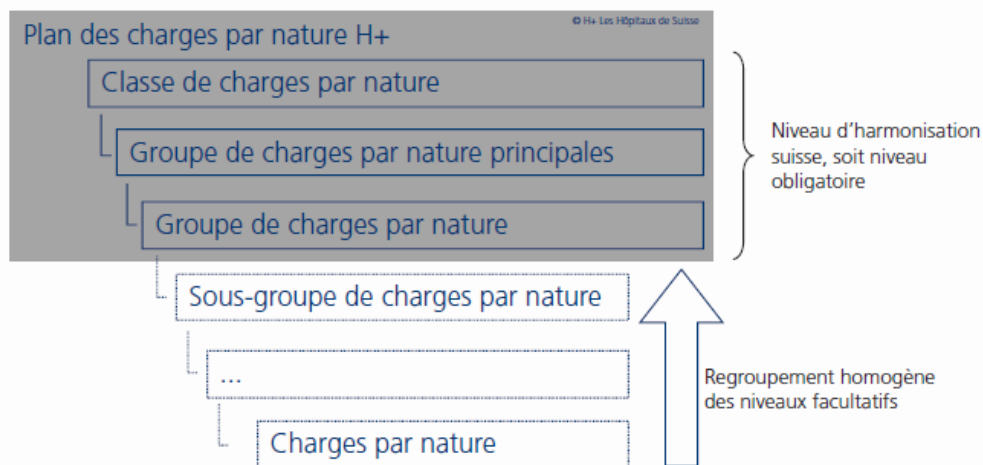
Les niveaux « obligatoire » et « facultatif » sont les fils conducteurs de toute la solution de branche REKOLE® et permettent d'obtenir, dans certains éléments de la comptabilité analytique, une agrégation uniforme des spécificités de chaque hôpital. REKOLE® compte de nombreux éléments de comptabilité analytique et de situations de ce type pour lesquels la branche s'autorégule finalement pour se conformer à la loi.

Cette caractéristique de REKOLE® (niveaux obligatoire et facultatif) n'a, pour l'heure, pas d'équivalent. Elle permet surtout aux hôpitaux de représenter dans leur comptabilité analytique des situations spécifiques et non comparables et, en même temps, de les regrouper à un niveau d'harmonisation nationale, selon des procédures et des critères définis pour, au final, déterminer les coûts pertinents pour l'AOS de manière uniforme.

Les cinq éléments de comptabilité analytique suivants (plan comptable des charges par nature, plan des centres de charges, méthode d'imputation, catégories d'immobilisations et définition précise des coûts directs) illustrent le concept des niveaux obligatoire et facultatif. Bien sûr, il existe encore nombre d'autres éléments de comptabilité analytique pour lesquels cette approche est utilisée dans REKOLE®, mais nous ne pouvons pas tous les décrire ici :

2.6.1 Le cadre des natures de charges

Tableau 11: Procédure de regroupement et niveau d'harmonisation nationale



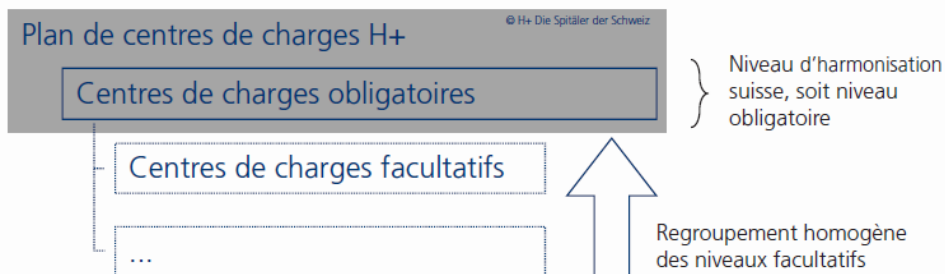
Le niveau obligatoire du plan comptable des charges par nature H+ a été défini jusqu'au groupe des natures de charges (un chiffre à trois positions). Gérer et administrer les chiffres des natures de charges de quatre à X chiffres est laissé à l'appréciation de chaque institution et correspond au niveau dit facultatif. Il en va de même pour les natures de produits.

Le regroupement correct des niveaux facultatifs dans le niveau obligatoire doit cependant être assuré par chaque institution et être effectué selon les descriptions détaillées de chaque type de

nature des charges²⁰ ainsi qu'à l'aide des directives de comptabilisation²¹ de H+ comme de l'index qui y est intégré et qui attribue plus de 3'000 frais de personnel et de matériel au niveau obligatoire du plan des centres de charges !

2.6.2 Le plan des centres de charges

Tableau 12: Regroupement uniforme du centre de charges facultatif dans le niveau obligatoire



Le plan obligatoire des centres de charges est défini au niveau national.

Chaque description des centres de charges *obligatoires* comprend une rubrique « Centres de charges *facultatifs* ». Celui-ci indique quels centres de charges facultatifs doivent impérativement être regroupés dans le présent centre de charges obligatoire (voir l'illustration du centre de charges obligatoire « Administration de patients » à la page 25 de ce document), des indicateurs essentiels pour la formation et la base de comparaison des taux de charges. Ainsi, il peut arriver que des centres de charges obligatoires soient constitués d'une agrégation ou d'un regroupement de centres de charges facultatifs ayant des valeurs de référence / unités d'œuvre différentes. Dans de tels cas, toutes les valeurs de référence / unités d'œuvre ainsi que les blocs de coûts correspondants définis au niveau facultatif sont conservés au niveau obligatoire, aussi en vue de la procédure d'imputation. Dans le relevé du centre de charges et de la comptabilité par unité finale d'imputation, cela signifie que les champs « Taux de charges » et « Quantité » correspondants ne peuvent pas être remplis et doivent donc être laissés vides.

2.6.3 La méthode d'imputation

L'une des caractéristiques de REKOLE® consiste dans le fait que, pour tous les centres de charges obligatoires, des exigences minimales ont été arrêtées pour les valeurs de référence / unités d'œuvre destinées à déterminer les taux de charges (la variante dite minimale). La variante minimale constitue le niveau d'harmonisation national en matière de granularité (précision) de l'imputation.

Chaque centre de charges obligatoire est également doté d'une variante maximale en ce qui concerne les valeurs de référence. Celle-ci comporte une dimension (méthodologique) visionnaire pour les hôpitaux qui souhaiteraient être encore plus précis qu'avec la variante minimale. Ci-dessous, un exemple comportant les centres de charges obligatoires :

- 20 Salle d'opération
- 21 Laboratoire de cathétérisme cardiaque

²⁰ Cf. Solution de branche REKOLE® chapitre 6

²¹ Dans Salzmann/Besson: Règles de comptabilisation, y compris le plan comptable 8e édition 2014, Version 1

- 23 Anesthésie
- 24 Soins intensifs (SI)

Tableau 13: Extrait du récapitulatif de la méthode d'imputation REKOLE®²²

Centre de Charges	Imputation	Unité d'œuvre	Remarque
20 Salle d'opération	variante minimale	Minute effective	
	variante maximale	Minute pondérée	
21 Laboratoire de catétérisme cardiaque	variante minimale	Minute effective	pertinent pour la certification REKOLE à partir du 01.01.2021
	variante maximale	Minute pondérée	
23 Anesthésie	variante minimale	A-A' Minute effective B Point de taxe et minute	A = charges de personnel et de matériel (primaires et secondaires) du centre de charges à l'exclusion des charges A' ou autre bloc de charges mentionné A' = charges d'utilisation des immobilisations (charges par nature 442, 444, 448) B = charges d'anesthésie non liées à la salle d'OP (frais de personnel et de matériel)
	variante maximale	A-A'-B Minute pondérée selon la classe de risque	
24 Unité de soins intensifs (SI) et soins intermédiaires	variante minimale	Points NEMS ou minute	
	variante maximale	Aucune recommandation	

La variante minimale est pertinente pour la certification. La précision obtenue en appliquant une variante maximale doit être prouvée au cas par cas.

La méthode d'imputation REKOLE® s'applique à tous les cas administratifs, le type de séjour (ambulatoire/stationnaire) du patient / de la patiente ne jouant toutefois aucun rôle.

2.6.4 Les catégories d'immobilisations

Le tableau des catégories d'immobilisations ci-dessous ainsi que leurs valeurs de référence respectives (définition et délimitation des immobilisations, fixation des durées d'utilisation normatives moyennes par catégorie) est une autre caractéristique de la solution REKOLE® grâce à laquelle le calcul uniforme des coûts exigé par la loi (art. 49, al. 7 LAMal) est rendu possible²³.

²² <https://www.hplus.ch/fr/comptabilite/solution-de-branche-rekoler> : cf. Sous Résumé des clefs de ventilation REKOLE®

²³ Plus d'informations sur la comptabilité des immobilisations : cf. chapitre 7 REKOLE®

Tableau 14: Catégories d'immobilisations dans REKOLE®

Catégories d'immobilisations		Taux en %	Durée d'utilisation économique moyenne normative (nombre d'année)
Biens immobiliers			
A0	Terrains bâtis et non bâtis, droits de superficie	---	---
A1 An	Bâtiments hospitaliers et autres bâtiments (p. ex. bâtiments administratifs, immeubles d'habitation, immeubles pour le pers.)	3,0 %	33,3
B1	Bâtiments provisoires	100 % duési*	duési*
Installations fixes			
C1	Installations d'exploitation générale (installations de chauffage, de ventilation, de climatisation et de refroidissement, installations sanitaires et électriques, y compris le câblage)	5,0 %	20
C2	Installations spécifiques aux immobilisations	5,0 %	20
Biens mobiliers			
D1	Mobilier et installations (y compris de 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
Immobilisations médico-techniques			
E1	Appareils, machines, instruments (y compris les logiciels acquis avec l'appareil)	12,5 %	8
E2	Mises à niveau de logiciels	33,3 %	3
Immobilisations informatiques			
F1	Matériel (serveurs, PC, imprimantes, etc.)	25 %	4
F2	Logiciels (licences achetées, comme p. ex. pour les systèmes d'exploitation)	25%	4
F3	ERP (Enterprise Resource Planning) / SIC (Système d'information clinique)	12.5%	8
Valeurs incorporelles			
Seulement si elles subissent une dépréciation, telle que l'expiration d'un brevet ou d'une licence. Les marques et autre goodwill (clientèle, raison sociale, logos, etc.) ne sont pas amortis.		100 % duési*	duési*
Immobilisation financières			
Immobilisations à long terme dans des entreprises tierces ou des projets d'investissement (titres, papiers-valeurs, participations, emprunts, cédules hypothécaires)		---	---
*duési = Durée d'utilisation économique spécifique à l'immobilisation			

D'autres valeurs de référence nécessaires définies au niveau national en matière de comptabilité par centre de charges peuvent être consultées dans la solution de branche REKOLE® aux chapitres 7 « Comptabilité des immobilisations » et 8 « Comptabilité par centre de charges ».

2.6.5 Définition précise des coûts directs

Dans le système de comptabilité analytique REKOLE®, les natures de charges suivantes sont considérées comme des coûts directs :

Tableau 15: Coûts directs dans REKOLE®

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

La méthode ABC est expliquée plus en détail dans la solution de branche REKOLE® au chapitre 10.9. Lorsque, dans le domaine des soins somatiques aigus, les coûts totaux (au prix de revient) d'un produit (prix d'achat du produit x quantités achetées + supplément pour coûts indirects) dépassent 200 CHF par cas (à l'exception des implants, y compris le matériel d'ostéosynthèse, pour lesquels la limite est fixée à 50 CHF), les charges générées par ce produit doivent toujours être traitées comme des coûts directs (= l'exigence minimale) ou alors, ce produit est doté de la mention « valeur A / valeur B ».

Lorsque certains biens issus de la catégorie des charges par nature 400 « Médicaments » (y compris le sang et les produits sanguins), 401 « Matériel, instruments, ustensiles, textiles » ou 404 « Produits chimiques, réactifs » sont financés séparément dans le cadre d'un traitement, ils doivent être traités comme des coûts directs, indépendamment de leur classification selon la méthode ABC mentionnée ci-dessus. Depuis le 1er janvier 2012, SwissDRG SA publie et tient à jour, en collaboration avec l'Association suisse des pharmaciens de l'administration et des hôpitaux (GSASA), plusieurs listes de produits (cf. SwissDRG, Listes de produits) que les hôpitaux doivent livrer au Casemix Office (CMO) en plus de leurs coûts par cas:

- liste des médicaments / substances à relever dans la Statistique médicale des hôpitaux
- liste de certains implants.

Ces informations portant sur certains médicaments, produits sanguins et implants servent à calculer les rémunérations supplémentaires prévues. Elles permettent aussi de procéder à des projections pour assurer l'évolution du groupeur SwissDRG. On tente par exemple d'identifier des substances discriminantes au niveau des coûts, par le fait qu'elles ne sont pas représentées dans la dispersion habituelle des coûts d'un DRG telle qu'elle est reproduite dans la structure tarifaire.

2.7 La procédure de certification REKOLE®

Grâce aux directives de certification, un système de certification a été développé concernant les coûts et les prestations des hôpitaux, destiné à pouvoir vérifier la conformité du système de comptabilité analytique avec les directives REKOLE® et avec l'OCP, tout en servant de label de qualité pour la mise en œuvre correcte de REKOLE®. Objectifs : attester la grande fiabilité des

données des coûts, faciliter ainsi le benchmarking entre les hôpitaux et, de manière plus générale, soutenir la mise en œuvre de REKOLE® dans la branche.

Les directives de certification se fondent sur la solution de branche REKOLE® et offrent aux hôpitaux et aux organisations une solution de certification claire, uniforme et réaliste. Elles ont été conçues de manière à pouvoir être appliquées par tous les hôpitaux (publics ou privés) qui travaillent dans les domaines des

- soins somatiques aigus,
- réadaptation,
- psychiatrie,
- soins de longue durée,

qui utilisent REKOLE® et qui souhaitent faire attester cette mise en œuvre conformément aux directives de certification établies.

L'objectif de la certification consiste à confirmer de manière professionnelle et impartiale la haute fiabilité des données des coûts selon les exigences minimales de REKOLE®, à faciliter ainsi les opérations de benchmarking entre les hôpitaux et de manière plus générale, à soutenir la mise en œuvre de REKOLE® dans la branche.

2.7.1 Le certificat REKOLE®, attestation de la mise en œuvre correcte de l'OCP

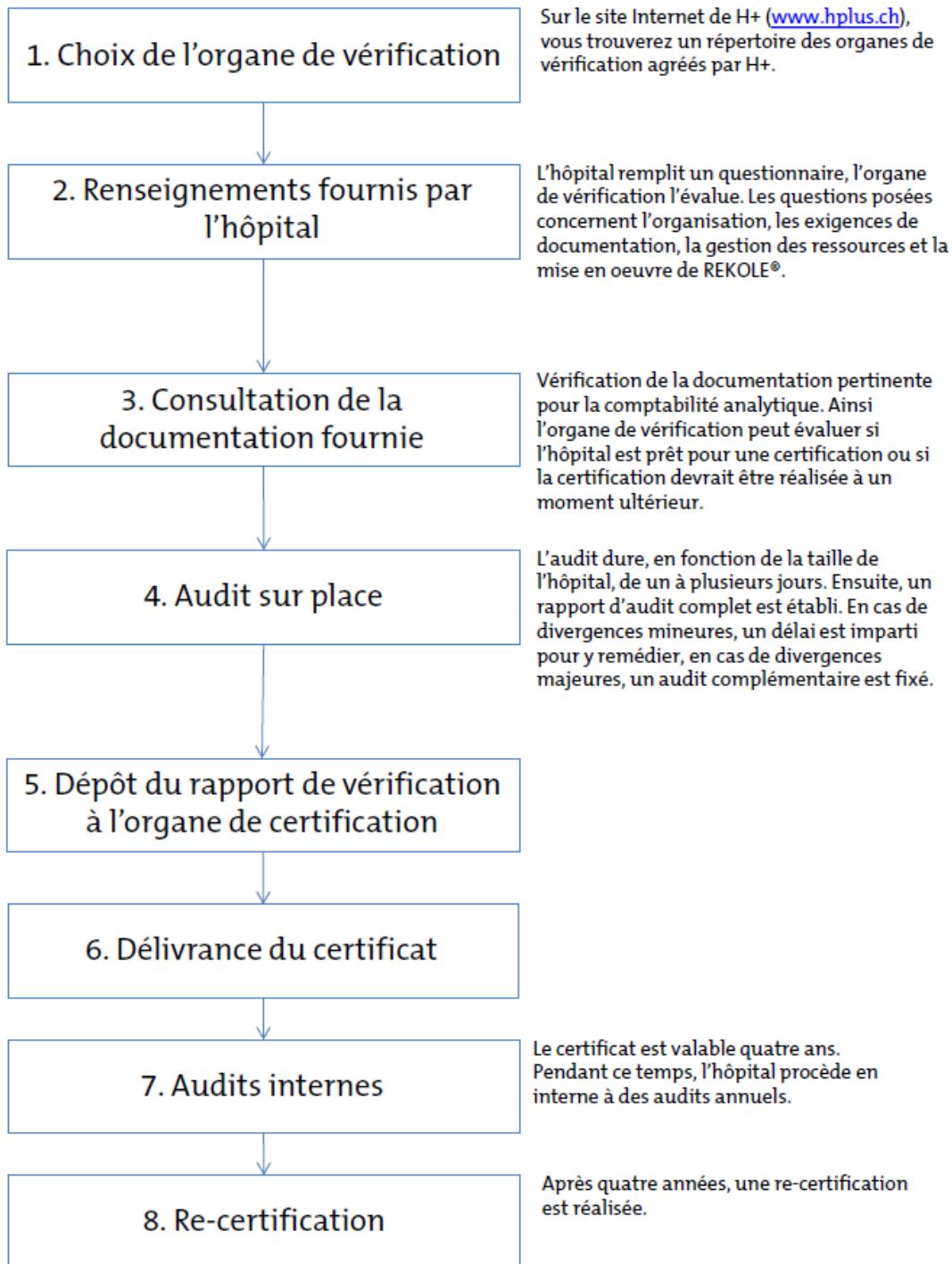
Le certificat REKOLE® atteste que les directives selon la solution de branche REKOLE® - le système de comptabilité analytique - sont mises en œuvre de manière conforme dans l'hôpital, notamment pour confirmer que :

- la comptabilité des ajustements et la notion de passerelle sont conformes aux directives ;
- les ajustements sont corrects ;
- la comptabilité des immobilisations est tenue conformément aux directives REKOLE® et à l'OCP ;
- les autres exigences de l'OCP sont appliquées de manière appropriée ;
- le plan comptable des charges par nature correspond à celui de H+ ;
- les directives de comptabilisation et d'imputation des coûts directs et indirects sont correctes et respectent les critères du Manuel ;
- le plan des centres de charges est appliqué conformément au niveau d'harmonisation nationale ;
- l'unité finale d'imputation correspond à la définition du cas administratif et/ou des mandats ;
- les règles du cas administratif sont intégralement et correctement appliquées et suivies dans tous les domaines d'activité de l'hôpital ;
- la saisie des prestations (y compris la variante minimale de la méthode d'imputation) est conforme aux directives REKOLE®

2.7.2 La procédure de certification en 8 étapes

La procédure de certification suit une procédure prédéfinie, résumée en huit étapes :

Tableau 16: La procédure de certification en 8 étapes



Durant l'audit de certification, la mise en œuvre et l'application correctes des directives de certification et du système de comptabilité analytique REKOLE® dans l'hôpital sont contrôlées à l'aide d'interviews, de contrôles aléatoires, etc. De cette façon, chaque hôpital s'engage à présenter ouvertement à l'organe de révision les documents et les informations nécessaires.

Lors du processus de certification, les résultats consignés dans le rapport d'audit (situation réelle) sont comparés aux prescriptions (situation escomptée) des directives de certification et de REKOLE® au niveau dit d'harmonisation (niveau obligatoire). Lorsque les exigences sont remplies, la certification est accordée. En cas d'écarts par rapport aux exigences, des mesures correctives sont définies et doivent être appliquées dans un délai de 6 mois.

2.7.3 Le programme de contrôle REKOLE®, partie intégrante des directives de certification

Reposant sur les bases d'audit suivantes, le programme de contrôle certifié par H+ sert d'outil aux organes de contrôle pour la certification :

- les directives de certification REKOLE®.
- la solution de branche REKOLE® - système de comptabilité analytique à l'hôpital, 5e édition 2018
- des décisions REK
- des décisions du Tribunal administratif fédéral.

L'objectif du programme de contrôle est d'évaluer le bon fonctionnement et la conformité du système de comptabilités d'entreprise, y compris l'informatique, avec les directives selon REKOLE®, y compris la mise en œuvre de l'OCP.

L'audit sur place est déterminé selon ce programme de contrôle défini au niveau national, adapté en continu aux développements de la solution REKOLE®. La granularité du programme d'audit est arrêtée de façon à pouvoir partir du principe que les exigences minimales de REKOLE®, notamment la compatibilité avec l'OCP de la comptabilité analytique de l'établissement contrôlé, sont garanties et données. Pour illustrer ce que l'on entend par granularité d'une analyse d'audit, quelques questions ont été extraites du programme d'audit REKOLE® et sont présentées ci-après:

- Question sur la détermination des amortissements des catégories d'immobilisations A1-An & C1

Est signalé en **rouge**, le fait que pour déterminer les amortissements des catégories d'immobilisations A1-An & C1, tant l'évaluation de la base de calcul de l'immobilisation que la procédure d'amortissement doivent être effectuées et présentées selon les critères de gestion d'entreprise et selon les directives de l'OCP. À défaut, ce critère de l'audit n'est pas rempli et doit être adapté en conséquence dans les six mois – pour autant que le certificat doit être établi.

Tableau 17: Extrait du programme d'audit REKOLE®, chapitre 7, comptabilité des immobilisations, question 7.5.3

7.5	Catégories d'immobilisations et détermination des bases d'amortissement	N/A	Oui	Non	Technique de contrôle	Documentation	Remarque/Recommandation
7.5.3	<p>Les amortissements calculés pour les immobilisations de la catégorie d'immobilisation A1 – An, de même que C1, sont-ils déterminés sur la base de la valeur d'acquisition historique et de l'indexation ultérieures des amortissements (REKOLE®, variante A) ainsi que de la valeur d'acquisition sans indexation des amortissements (OCP)?</p> <p>Note: Si la valeur d'acquisition n'est pas connue, une évaluation est effectuée, par ex. en ramenant par rétro-indexation la valeur d'assurance incendie à l'année de mise en service (méthode d'évaluation). Avant de procéder à la rétro-indexation, il convient de s'assurer que la valeur d'assurance incendie prend en compte tous les éléments des coûts de construction. S'il n'est pas possible de répartir la valeur d'assurance incendie entre les catégories d'immobilisations A1 – An et C1, on utilisera les taux de répartition (moyennes déterminées) de la valeur d'assurance incendie suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A1 – An: 65 % • C1: 35 % <p>Le justificatif des amortissements calculés des immobilisations des catégories d'immobilisations A1 – An et C1 comprend obligatoirement le calcul suivant REKOLE® et suivant l'OCP.</p> <p>L'utilisation de la valeur d'assurance incendie (y. c. indexation) comme base de calcul (REKOLE®, variante B) revêt un caractère subsidiaire. Voir aussi la décision REK 13_002.</p> <p>(cf chapitre 7.5.1 Biens immobiliers (catégories d'immobilisations A0/A1–An/B1)</p>					Tableau d'amortissement	

- Question sur l'analyse des activités de la recherche et de l'enseignement universitaire

Est signalé en **rouge**, le lien direct avec l'OCP et la LPMéd. En bas, aussi **en rouge**, le lien direct avec la solution de branche REKOLE® de même qu'avec les exigences minimales prescrites et rendues obligatoires par l'octroi d'un certificat :

Tableau 18 : Extrait du programme d'audit REKOLE®, chapitre 9.11, recherche et enseignement universitaire, question 9.11.1

9.11	Recherche et formation universitaire	N/A	Oui	Non	Technique de contrôle	Documentation	Remarque/Recommandation
<p>La comptabilité analytique REKOLE® doit montrer le montant des charges liées à l'exploitation pour la recherche et l'enseignement universitaire et les charges d'exploitation déterminantes pour l'AOS qui doivent en être déduites à des fins de transparence et de contrôles. Elle permet également de déterminer la part universitaire de l'enseignement universitaire. Les charges liées à la recherche et à l'enseignement universitaire varient en fonction des activités y afférentes.</p> <p>Par conséquent, le processus du calcul de ces charges doit s'appuyer sur ces activités. Au regard de la réglementation relative à la détermination des coûts de la recherche et de la formation universitaire énoncée dans le manuel, ce processus est fondé sur les prestations, harmonisé à l'échelle nationale et conforme aux dispositions légales.</p> <p>Les actes de contrôle ci-dessous s'appliquent pour tous les hôpitaux universitaires et hôpitaux avec des mandats universitaires et/ou des mandats de recherche de tiers:</p> <p>Note: dans une perspective de comparaison des établissements et des activités, il est important au final de se rappeler que les situations varient en Suisse pour ce qui concerne les délimitations des activités de la recherche et de la formation universitaire (par ex. entre les hôpitaux universitaires et les universités). Certes, ces différences n'influencent pas la détermination objective des charges d'exploitation déterminante pour l'AOS mais il convient d'en tenir impérativement compte dans le cadre de comparaisons nationales des activités de recherche et de formation universitaire.</p>							
9.11.1	<p>Un relevé d'activités a-t-il été effectué au cours des quatre dernières années?</p> <p>Note: Le relevé des activités de formation universitaire selon l'art. 7 OCP concerne toutes les catégories professionnelles du personnel hospitalier dans le cadre de la formation de base théorique et pratique ainsi que dans le cadre de la formation postgrade des professions médicales universitaires¹ définies dans la LPMéd</p> <ul style="list-style-type: none"> • qui assument une activité d'enseignement (formation prodiguée, point de vue de l'enseignant) et • les étudiants (formation reçue, point de vue de l'étudiant) <p>L'analyse de la production jumelée doit être menée sans faille dans le cadre de l'analyse des activités pour la saisie des coûts d'exploitation relevant de l'AOS, resp. pour la saisie des coûts de la recherche et de la formation universitaire.</p> <p>¹Les professions médicales universitaires suivantes sont définies à l'art. 2 al. LPMéd:</p> <ul style="list-style-type: none"> • les médecins, • les dentistes, • les chiropracticiens, • les pharmaciens, • les vétérinaires. 						

Tableau 19: Extrait du programme d'audit REKOLE®, chapitre 9.11, recherche et enseignement universitaire, question 9.11.3

9.11.3	Le relevé d'activités a-t-il au moins été subdivisé en (prodiguée et reçue):						
<ul style="list-style-type: none"> • formation de base • formation postgrade et • recherche <p>Note: Les activités de formation continue et les coûts qui en découlent sont des coûts déterminant pour l'AOS et ne figurent pas parmi les activités de la recherche et de la formation universitaire selon la LAMal. Le relevé des activités de la formation continue demeure donc optionnel, car la loi n'exige pas de présentation séparée de ces activités. Les activités de formation doivent être comptabilisées sur les cas administratifs.</p> <p>Les groupes d'activités selon le manuel REKOLE® chapitre 10.3 ont été définies pour les professions médicales. Si un hôpital procède à une saisie encore plus fine des activités, il convient alors de s'assurer que les informations (par ex. taux d'occupation en pour-cent) soient regroupées correctement. D'éventuels groupes d'activités manquants et spécifiques pour les autres catégories professionnelles doivent être créés.</p> <p>D'autres détails sont disponibles dans le manuel REKOLE®, Comptabilité analytique à l'hôpital, 4e édition 2013, au chapitre 9.11.6 Conditions préalables au sein de REKOLE® et au chapitre 10.3 Formation de groupes d'activités pour la saisie des activités de la recherche et de la formation universitaire.</p>							

2.7.4 État des certifications REKOLE® dans toute la Suisse

Le niveau de certification de l'ensemble des charges d'exploitation des hôpitaux est très réjouissant : en 2020, 84% des charges d'exploitation de tous les hôpitaux et toutes les cliniques suisses étaient certifiées selon REKOLE® :

Tableau 20 : Niveau de certification REKOLE® des hôpitaux suisses au 18.08.2022

Catégories d'hôpital	Charges d'exploitation 2020	Certifiées en %
Somatique aiguë médecine de base	2'663'454'111	67
Somatique aiguë prise en charge centralisée	7'958'740'907	83
Cliniques privées	2'839'561'699	76
Psychiatrie	1'565'203'000	72
Réhabilitation	840'630'229	84
Hôpitaux universitaires	5'620'988'939	100
Total charges d'exploitation	21'488'578'885	84

3. RÉPONSES AUX CRITIQUES SPECIFIQUES CONCERNANT REKOLE® ET ITAR_K® DE LA PART DES ASSUREURS-MALADIE

Sur la base des explications ci-dessus, H+ peut prendre position comme suit sur les critiques suivantes des assureurs-maladie :

Réf.	Critiques des assureurs-maladies et réactions de H+
	<p>« <i>Comment procède-t-on exactement pour établir une comptabilité par unité finale d'imputation dans le domaine ambulatoire ? Comment les coûts sont-ils constitués exactement dans l'unité d'imputation tarifaire TARMED-LAMAL ?</i> »</p> <p>Avis/position de H+:</p> <p>Il n'existe pas de comptabilité « ambulatoire » par unité finale d'imputation uniforme ou standard, mais une comptabilité par unité finale d'exploitation où les cas ambulatoires et stationnaires sont soumis aux mêmes principes. Le terme « ambulatoire » ne constitue pas une caractéristique de la comptabilité analytique, mais un type de séjour tel que défini dans l'OCP, qui détermine les cas administratifs.</p> <p>Ladite « <i>unité finale d'imputation tarifaire TARMED LAMal</i> » évoqué par les assureurs-maladie se réfère à ITAR_K® et à la colonne Excel ainsi libellée. ITAR_K® permet de regrouper judicieusement les cas administratifs et les prestations individuelles y relatives afin de pouvoir les représenter sous forme d'unités finales d'imputation regroupées.</p> <p>Cette « <i>unité finale d'imputation tarifaire TARMED LAMal</i> » représente le regroupement de toutes les prestations hospitalières fournies qui sont indemnisées par le tarif TARMED. Regrouper toutes les prestations individuelles TARMED en fonction de l'« <i>unité finale d'imputation TARMED LAMal</i> » s'effectue par une attribution spécifique des prestations médicales (y compris les frais de matériel et de répartition) à partir de tous les cas administratifs ambulatoires traités dans un hôpital donné. En règle générale, dans le domaine ambulatoire comme dans le domaine stationnaire, les cas administratifs sont simplement regroupés selon le ou les tarifs idoines.</p> <p>S'il arrive que des cas administratifs comportent des prestations faisant l'objet d'indemnités par différents systèmes tarifaires, celles-ci doivent être attribuées à ces différents tarifs. Dans ce cas, il convient de tenir compte avec encore plus de précision des coûts indirects (administration des patients et CUI), car ces coûts indirects devront éventuellement être répartis proportionnellement (en fonction des systèmes d'exploitation de l'hôpital) aux coûts totaux des différents systèmes tarifaires concernés.</p> <p>À l'aide de deux exemples, le chapitre 1 ci-dessus présente la manière dont l'utilisation de ressources est évaluée en termes de coûts, imputée aux cas administratifs et finalement regroupée selon les différents tarifs ambulatoires.</p> <p>Conclusion :</p> <p>Le processus intégral d'évaluation, d'imputation et de représentation de la formation des coûts par tarif est présenté de manière transparente dans REKOLE® et ITAR_K®. Certes, compte tenu des prescriptions légales imposées aux hôpitaux, à savoir, tenir une comptabilité par unité finale d'imputation, la méthode de comptabilité analytique des hôpitaux est devenue beaucoup plus complexe, comparée à celle des années 90, connue sous le nom de « Centre de charges VESKA ». Une étude approfondie de la solution de</p>

	<p>branche REKOLE® et ITAR_K® de même que des connaissances et une maîtrise concrète des processus de traitement dans les hôpitaux améliorent la compréhension de l'actuelle comptabilité analytique et des modes de calcul des coûts dans les hôpitaux.</p>
30	<p>« <i>Les modèles comptables et de détermination tarifaire (selon REKOLE® et ITAR_K®) utilisent des clés et des refacturations normatives. Ainsi, lors de la saisie des prestations, il est possible de se baser sur des temps normatifs selon les minutes TARMED plutôt que sur le temps effectif (manuel REKOLE®, chapitre 10) ».</i></p> <p>Avis/position de H+:</p> <p>REKOLE® et ITAR_K® ne sont pas des modèles de présentation des comptes. En effet, les modèles ou normes comptables sont des termes et des définitions déjà utilisés en matière de comptabilité financière qui règlent la manière dont le bilan, le compte des résultats et les comptes d'une entreprise/d'un groupe sont évalués, structurés et présentés.</p> <p>Cela dit, REKOLE® prévoit certes la possibilité de saisir les prestations d'activités médicales au moyen de TARMED (par point tarifaire et/ou minutes normalisées déposées) lorsque cela s'avère judicieux pour des raisons de coûts/bénéfices. Toutefois, pour les domaines stationnaire et ambulatoire, REKOLE® a également prévu que partout où un secteur ou une division d'hôpital nécessite beaucoup de ressources, la saisie des prestations soit effectuée en saisissant leur temps réel.</p> <p>Conclusion :</p> <p>Dans la saisie des prestations et la méthode d'imputation, les « approches normatives » ne sont pas en soi une approche à éviter dans chaque cas de comptabilité analytique. Au contraire : le défi que pose chaque comptabilité analytique efficace consiste précisément à déterminer où il est possible d'opter pour des approches normatives, sans pour autant nuire à la prise de décisions dans le cadre de la gestion de l'entreprise ou à une saisie réaliste des coûts. Il s'agit toujours de trouver un équilibre entre la précision, l'exactitude apparente et le temps à investir pour les saisies des coûts. Tenir une comptabilité analytique est une opération coûteuse et n'apporte aucune valeur ajoutée pour le patient / la patiente. Pour cela, d'un point de vue des coûts / bénéfices, il fait sens de faire reposer autant que possible la comptabilité analytique sur des informations déjà collectées à d'autres fins dans l'établissement telles que l'anamnèse du patient / de la patiente, rapports opératoires, rapports de laboratoire, facture des débiteurs, etc.</p> <p>Dans toutes les activités nécessitant des ressources importantes, la saisie des prestations selon REKOLE® est basée sur des temps réels, comme l'exigent les assureurs maladie.</p>
30	<p>« <i>Pour TARMED, une structure tarifaire en phase d'exploitation, ne pas exiger l'indication de clés et de refacturations normatives, mais de clés basées sur des valeurs effectives (p. ex. les temps réels) »</i></p> <p>Avis/position de H+:</p> <p>Comme expliqué ci-dessus, les clés normatives peuvent s'avérer un instrument très approprié pour saisir des prestations, puisqu'elles fournissent également des résultats crédibles et réalistes. Décider d'utiliser des clés normatives ou des temps réels doit toujours se faire sur la base d'une évaluation de la notion de rentabilité. Lorsque les bénéfices et avantages attendus justifient le surcroît de travail, REKOLE® exige obligatoirement l'indication des temps réels pour les secteurs stationnaire et ambulatoire. Ceci vaut par</p>

	<p>exemple pour tous les processus partiels coûteux d'un traitement médical et de soins. Pour d'autres domaines moins intensifs en termes de prestations, la pesée des différents intérêts peut conduire à ce que l'utilisation de clés normatives s'avère plus appropriée.</p> <p>En comptabilité analytique, opter pour une « approche normative » ne signifie en aucun cas que les coûts seraient saisis de manière inexacte, imprécise ou non transparente. De même, avec une saisie des temps réels, on pourrait aussi se retrouver avec des faux-semblants en matière d'exactitude.</p> <p>Dans le quotidien hospitalier, une saisie continue des temps réels entraînerait un énorme surcroît de travail administratif et une charge supplémentaire pour le personnel médical, une démarche en contradiction certaine avec les critères EAE (efficacité, adéquation et économicité) ! De plus, cette approche ne serait en aucun cas applicable aux hôpitaux, car le gain de précision escompté ne justifierait en aucun cas le surcroît de travail nécessaire.</p> <p>Par ailleurs, H+ ne connaît aucune branche dont la comptabilité analytique reposerait uniquement sur la saisie des temps réels !</p>
33	<p><i>« Le formulaire ITAR_K® définit ce que l'on appelle l'« unité finale d'imputation tarifaire » (le tarif CUF). Or, selon REKOLE®, l'unité finale d'imputation proprement dite est (et est seulement) le cas administratif.</i></p> <p>Avis/position de H+:</p> <p>ITAR_K® représente une possibilité de regrouper de manière judicieuse les unités finales d'imputation telles que définies dans REKOLE® (cas administratifs et mandats).</p> <p>Le cas administratif et le mandat constituent les plus petites unités comptabilisables.</p> <p>Grâce à ITAR_K®, tous les cas administratifs peuvent être regroupés dans des structures tarifaires tout en garantissant que des activités et des coûts qui, par exemple, ne relèvent pas de l'AOS, soient regroupés dans des colonnes appropriées et présentés séparément.</p> <p>Conclusion:</p> <p>ITAR_K® fait partie intégrante de REKOLE® et définit une certaine façon de regrouper utilement les unités finales d'imputation (cas administratif et mandat).</p>
33	<p><i>« L'unité d'imputation tarifaire » (lorsqu'une comptabilité analytique correcte est appliquée) devrait être constitué en additionnant les cas administratifs de chaque structure tarifaire ».</i></p> <p>Avis/position de H+ :</p> <p>L'élaboration des unités finales d'imputation tarifaires s'effectue exactement selon les exigences des assureurs-maladie (soi-disant addition). Lors du regroupement des cas administratifs (ambulatoires) en unités finales d'imputation tarifaires, soit ceux qui figurent ensuite dans ITAR_K®, les cas administratifs sont regroupés et additionnés sur la base des données de référence enregistrées pour chaque cas (cf. Manuel REKOLE®, chapitre 9.8). Cette procédure ne diffère en rien de celle utilisée dans le domaine stationnaire, où les tarifs représentés dans ITAR_K® sont formés (et regroupés) de la même manière.</p> <p>Exception : elle concerne les cas dans lesquels des prestations relevant de plusieurs tarifs sont attribuées à un cas administratif (p. ex. TARMED et physiothérapie, voir aussi</p>

	<p>les exemples ci-dessus au chapitre 1). Toutefois, cette particularité ne permet d'aucune façon de discriminer l'ensemble de la solution de branche.</p>
33	<p>« Dans le domaine stationnaire, la formation de l'unité finale d'imputation tarifaire devrait se faire conformément à cette directive (voir ci-dessus). Dans le domaine ambulatoire, cela ne devrait pas être le cas ».</p> <p>Avis/position de H+ :</p> <p>Voir également la réponse à la question ci-dessus. La formation de l'unité finale d'imputation tarifaire s'effectue de manière identique en ambulatoire et en stationnaire en additionnant des données de référence déposées pour chaque tarif.</p>
33	<p>« Peut-être que les coûts des centres de charges devraient être reportés directement sur les unités finales d'imputation tarifaires puisqu'aucun tarif ni aucune loi (LAMal, LAA, etc.) ne peuvent être attribués aux cas administratifs ambulatoires » (hypothèse sur la formation effective des unités finales d'imputation tarifaires) ».</p> <p>Avis/position de H+:</p> <p>Cette hypothèse ne s'applique pas. Les données requises pour les regroupements selon les unités finales d'imputation tarifaires sont déposées comme données de référence dans les différentes données administratives (cf. solution de branche REKOLE[®], chap. 9.8).</p>
33	<p>« Une détermination des coûts du tarif « TARMED LAMal » qui ne se base pas sur une addition des cas administratifs de chaque tarif TARMED LAMal concerné ne peut pas être qualifiée de comptabilité (correcte) par unité finale d'imputation.</p> <p>Avis/position de H+:</p> <p>Le regroupement des cas administratifs ambulatoires sur les actuels tarifs ambulatoires appropriés en vigueur est possible et peut être justifié.</p> <p>Par ailleurs, pour autant que des motifs y relatifs sont avérés, il ne faut pas oublier que les tarifs devraient bien plus s'adapter aux réalités hospitalières et non l'inverse !</p> <p>Enfin, il ne faut pas oublier que tant ITAR_K[®] que REKOLE[®] sont des systèmes apprenants qui doivent s'adapter en permanence pour tenir compte, d'une part, de la réalité changeante au sein des établissements et, d'autre part, des nouvelles exigences légales (y compris les interprétations du TAF).</p> <p>Les mises à jour d'ITAR_K[®] ont été effectuées comme suit : en 2018, la version 8.0 ITAR_K[®] a été définie et actualisée, de sorte qu'en 2019, les données d'exploitation hospitalière de 2017 ont pu être saisies avec cette version.</p> <p>Conclusion</p> <p>En 2019, les assureurs-maladie avaient exigé un degré des détails ITAR_K[®] prévu pour la version 10.0, pas la 8.0. À l'époque, ils n'y avaient pas encore songé eux-mêmes (officiellement du moins, H+ n'a jamais reçu de demande en ce sens).</p> <p>H+ regrette cette démarche, d'autant plus que les hôpitaux et H+ mettent tout en œuvre pour adapter le plus rapidement possible les solutions de branche REKOLE[®] et ITAR_K[®] aux exigences croissantes.</p> <p>Il convient de préciser en outre ici que selon REKOLE[®], il est prévu depuis le début (soit 2005) que la comptabilité analytique hospitalière comprenne évidemment de telles don-</p>

	<p>nées administratives relatives aux patients – tous comme les garants. Sans cela, les hôpitaux ne pourraient pas facturer de manière adéquate. Par ailleurs, les hôpitaux n'auraient pas pu préparer les évaluations détaillées supplémentaires à ITAR_K® 8.0 exigées par les assureurs en 2018.</p> <p>Le fait que de telles évaluations détaillées (par ex. selon les garants) soient intégrées maintenant dans ITAR_K® et devenues obligatoires au niveau national relève d'un autre niveau, certes prévu, comme nous venons de le mentionner, à partir de la version 10.0.</p>
34	<p>« <i>Les comptabilités par unité finale d'imputation des hôpitaux sont insuffisantes dans le domaine ambulatoire, notamment en ce qui concerne l'unité finale d'imputation TARMED-LAMal</i> » (résultats pas assez réalistes) ».</p> <p>Avis/position de H+:</p> <p>Grâce à REKOLE® et ITAR_K®, les activités hospitalières ambulatoires et stationnaires peuvent être représentées simultanément et de manière réaliste. Jusqu'à présent, les résultats d'une année opérationnelle des hôpitaux sont mis à la disposition des assureurs-maladie dès le 1^{er} mai de l'année suivante (art. 15 OCP) pour consultation et pour des analyses de plausibilité.</p>

4. AUTRES QUESTIONS DES ASSUREURS-MALADIE

Outre les critiques susmentionnées, qui concernent le cœur du mode de fonctionnement de REKOLE® et d'ITAR_K®, d'autres questions et critiques ont été soulevées, auxquelles nous allons également répondre ci-après. Comme H+ n'a pas accès à la comptabilité analytique de chaque hôpital, nous ne pouvons réagir à ces critiques que de manière générale.

Réf.	Critiques et prises de position/explications
40	<p>« <i>La ventilation des coûts dans et pour le secteur ambulatoire a mis en évidence une part très élevée de coûts indirects</i> ».</p> <p>Avis/position de H+:</p> <p>Si les assureurs-maladie critiquent le fait que la part des coûts indirects est élevée, il faudrait d'abord clarifier, sur la base de comparaisons, dans quelle mesure cette part semble élevée.</p> <p>Permettez-nous de rappeler ici trois faits essentiels :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans REKOLE®, il n'existe qu'une seule procédure d'imputation et de répartition et par conséquent, les activités ambulatoires et stationnaires sont soumises aux mêmes règles : saisie de la prestation par patient/patiente puis procédure d'imputation et de répartition en fonction du principe de causalité. ▪ Basé sur les coûts réels et normaux, le calcul des coûts complets constitue uniquement le « socle » qui permet de comparer les coûts directs et indirects des cas administratifs. En revanche, elle ne permet pas de comparaisons entre les coûts directs et indirects sans avoir au préalable défini des règles idoines supplémentaires et sans procéder à des analyses plus précises.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manifestement, REKOLE® et ITAR_K® ne sont pas des systèmes de comparaison interentreprises ni des composantes des coûts par cas. Dans un tel modèle de comptabilité analytique, seul le total des coûts par cas peut être comparé, si tant est qu'il puisse l'être. Et même là, des paramètres supplémentaires des établissements et des cas devront être pris en compte et examinés : critères médicaux et thérapeutiques des cas ainsi que les procédures et les traitements effectués, qui doivent être identiques. <p>Explications :</p> <p>Un calcul des coûts complets n'est pas un calcul des coûts de processus !</p> <p>Les coûts indirects reflètent 1) des étapes de traitements, les processus d'assistance et les structures organisationnelles internes à l'établissement qui ne sont pas comparables en tant que tels, car différents (les hôpitaux ne sont pas des entreprises standardisées comme le sont Mc Donalds ou Lidl) et 2) les coûts directs et indirects constituent toujours une face de la même médaille puisque complémentaires. Ainsi, des hôpitaux peuvent définir leurs prestations de laboratoire soit comme des coûts indirects, soit des coûts directs. Dans le premier cas, les hôpitaux exploitent un laboratoire eux-mêmes et dans le second, ils achètent des prestations de laboratoires. Il n'y a donc pas grand sens à vouloir comparer les coûts directs et les coûts indirects des cas administratifs entre hôpitaux au niveau ITAR_K®.</p>
	<p><i>« Une part de coûts indirects aussi élevée n'est pas crédible ».</i></p> <p>Avis/position de H+: Voir plus haut.</p>
40	<p><i>« La part des coûts directs dans la ventilation des coûts du secteur ambulatoire diffère très fortement entre les hôpitaux ».</i></p> <p>Avis/position de H+:</p> <p>Les coûts directs ne sont pas répartis, mais un montant lié au patient (en francs suisses) sans clef de ventilation est imputé tel quel aux patients et patientes qui ont occasionné ces coûts. Dans de tels cas également, il importe de ne pas vouloir faire des comparaisons entre établissements ou entre cas.</p> <p>Explications:</p> <p>Les motifs expliquant les écarts entre montants peuvent être multiples (voir l'exemple susmentionné concernant les coûts liés à l'exploitation d'un laboratoire). Une raison importante est, par exemple, le fait qu'un hôpital travaille ou non avec des médecins agréés. Dans le premier cas – et dans la mesure où il reçoit les informations sur les honoraires du médecin agréé - l'hôpital indique ces coûts, à la rubrique de coûts directs 405, dans le second cas sous de coûts indirects 31 ! Pour cela aussi, il existe une foule d'explications !</p>
40	<p><i>« Une part de coûts directs aussi élevée n'est pas crédible ».</i></p> <p>Avis/position de H+: Voir plus haut.</p>
40	<p><i>« Les clés de répartition des coûts indirects ne sont pas visibles dans ITAR_K® ».</i></p>

Avis/position de H+:

Partant des mécanismes de la comptabilité analytique REKOLE® expliqués au chapitre 2, notamment ceux sur la formation du niveau de l'harmonisation nationale, il est compréhensible qu'une représentation des répartitions dans l'aperçu global d'ITAR_K® ne peut pas être envisagée. Cela n'est pas possible non plus dans l'onglet ITAR_K® « Relevé CUFI Aperçu global ». Précisons également que ceci n'était déjà plus possible dans le relevé par unité finale d'imputation des différents cas administratifs. Cette conséquence découle de la solution de branche REKOLE®, chapitre 9.8, page 17, où il est précisé, dans le modèle Excel, que : « Les colonnes « Quantité » et « Taux de charges », resp. « Taux de supplément de coûts généraux », dans le modèle Excel du cas administratif ont un caractère facultatif et servent uniquement à l'information interne de l'entreprise. ».

Lorsque, par ailleurs, les centres de charges obligatoires sont constitués d'une agrégation ou d'un regroupement de centres de charges facultatifs comprenant des valeurs de référence / unités d'œuvre différentes, les champs correspondants « Taux de charges » et « Quantité » des relevés des centres de charges et des unités finales d'imputation ne peuvent pas être remplis doivent donc être laissés vides.

46

« Une série de centres de charges de la série de formulaires ITAR_K® comprend des coûts qui ne relèvent plutôt pas des coûts TARMED LAMaI. Si de tels centres de charges figurent malgré tout dans l'unité finale d'imputation TARMED LAMaI, les demandeurs devront fournir des détails et des justifications. Ceci concerne les centres de charges suivants : 29 laboratoire, 30 dialyses, 32 physiothérapie, 33 ergothérapie, 34 logopédie, 35 thérapies et conseils non médicaux, 39 soins, 41 hôtellerie/chambres, 42 hôtellerie/cuisine, 43 hôtellerie/service, 44 autres fournisseurs de prestations et 77 services de sauvetage et/ou d'ambulance ».

Avis/position de H+ :

Un distinguo est à opérer entre les centres de charges énumérés par les assureurs, en distinguant les natures de coûts indirects figurant qu'à titre qu'exceptionnel dans la colonne « Tarif TARMED » et celles qui figurent régulièrement dans les unités finales d'imputation « Tarif TARMED ».

Pour les natures de coûts indirects suivantes, il faut s'attendre à ce qu'elles ne soient pas attribuées à la colonne ITAR_K® « Tarif TARMED », mais à l'une des colonnes tarifaires suivantes (selon le contexte de la prestation fournie, la saisie exceptionnelle peut aussi être effectuée dans la rubrique « Tarif TARMED ») :

Natures de coûts indirects	ITAR_K® colonne dans l'onglet Excel « Relevé CUFI, Aperçu global » (Version 8.0 ²⁴)
29 Laboratoire	DR
30 Dialyses	DX
32 Physiothérapie	DS

²⁴ Définition d'une colonne selon l'actuelle version ITAR_K® 8.0; la numérotation de la colonne et sa définition peuvent diverger de versions antérieures et futures.

33 Ergothérapie	DT
34 Logopédie	DW
44 Autres fournisseurs de prestations	I-Q ²⁵
77 Services de sauvetage et d'ambulance	Transports primaires: DN Transports secondaires pour des tiers: I-Q

En revanche, les coûts des centres de charges suivants peuvent figurer sans problème dans la colonne ITAR_K® « Tarif TARMED », d'autant plus que les prestations « Thérapies non médicales et conseils », « Soins » ainsi que les éventuels coûts liés à l'hôtellerie sont indiqués dans le taux de matériel et redevances » (taux SUK²⁶) dans TARMED.

Natures de coûts indirects	ITAR_K® colonne dans l'onglet Excel « Relevé CUFI, Aperçu global » (Version 8.0 ²⁷)
35 <i>Thérapies non médicales et conseils</i>	DQ
39 <i>Soins</i>	DQ
41 <i>Hôtellerie/ chambres</i>	DQ
42 <i>Hôtellerie/ cuisine</i>	DQ
43 <i>Hôtellerie/ service</i>	DQ

Concernant les coûts indirects, 35 « Thérapies non médicales et conseils », il convient de noter que le TARMED comprend plusieurs dizaines de positions tarifaires²⁸ pour la fourniture de prestations « non médicales ». En font aussi partie, par exemple, les prestations déléguées de psychothérapie (psychologues) ou de neuropsychologie, ainsi que des prestations spécifiques et indépendantes du personnel soignant spécialisé.

Les coûts des prestations de soins relatives aux prestations du TARMED sont représentés dans les coûts indirects 39 « Soins ». Dans les hôpitaux, les soins ne sont pas seulement prodigués dans les prestations stationnaires, mais aussi - et cela dans une large mesure - dans les prestations ambulatoires.

Nous voudrions rappeler en outre que selon le TARMED 01.08.01 BR (01.102014), les frais d'hôtellerie peuvent aussi être facturés lors de traitements ambulatoires. Reste à savoir si la position TARMED 35.0510 prévue à cet effet couvre bien les coûts, un aspect non abordé ici. Mais le fait qu'il existe une position TARMED idoine démontre qu'il existe des cas ambulatoires au bénéfice de prestations hôtelières.

²⁵ Dans ITAR-K 2017 de l'hôpital XY, les natures de coûts indirects 44 concernent exclusivement les prestations d'aumônerie, et ce uniquement dans les unités finales d'imputation stationnaires.

²⁶ Sach- und Umlagekosten (voir explications sous <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/kuv-leistung/tarifstruktur-tarmed/faq-anpassungen-tarmed-01-01-2018.pdf.download.pdf/FAQ%20TARMED.pdf>)

²⁷ Définition d'une colonne selon la version ITAR_K® 8.0; la numérotation de la colonne et sa définition peuvent diverger de versions antérieures et futures.

²⁸ Cf. le catalogue de tarifs TARMED.

47	<p>« La méthode décrite pour comptabiliser l'administration des patients montre clairement que dans le domaine ambulatoire, les demandeurs ont recours à des méthodes normatives. Comme il s'agit souvent de montants considérables, ce type d'imputations normatives des coûts de l'administration des patients sont tout sauf précis, ce qui est inacceptable ».</p> <p>Avis/position de H+:</p> <p>À ce sujet, nous vous renvoyons aux explications déjà fournies aux chapitres 1 et 2 du présent document. La méthodologie choisie repose sur une évaluation réfléchie des différentes possibilités de même que sur les avantages et les inconvénients y relatifs en termes d'effort et de résultats réalistes.</p>
48	<p><i>Certains requérants comptabilisent d'abord différents coûts dans l'unité finale d'imputation tarifaire « Sans tarif » pour ensuite, dans un deuxième temps, les répartir sur les unités finales d'imputation tarifaires ambulatoires. Cette répartition se fait dans la feuille de calcul « Aperçu global », à la ligne 31. Une telle procédure doit en tout cas être expliquée séparément et l'assujettissement des coûts à l'AOS doit être justifié ».</i></p> <p>Avis/position de H+ :</p> <p>Remarque : la critique se réfère probablement à l'unité finale d'imputation à la rubrique « Pas de tarif séparé » puisqu'il n'existe pas d'unité finale d'imputation libellée « Sans tarif ». Les assureurs-maladie se réfèrent à la ligne 31 de l'onglet Excel « Aperçu global », qui concerne la répartition de la colonne « Pas de tarif séparé » (procédure d'attribution indirecte).</p> <p>Nous renvoyons ici aux explications données dans le présent document aux ch. 1.6 et 1.7, à partir des pages 12 et 17 concernant le traitement des évaluations des cas administratifs ambulatoires au niveau ITAR_K®, notamment le traitement de la colonne « Pas de tarif séparé ».</p> <p>Rappelons simplement à cet endroit que la colonne « Pas de tarif séparé » ne comporte pas les prestations qui ont déjà été facturées directement au patient / à la patiente ou à l'assurance en dehors de la structure tarifaire TARMED ou d'autres tarifs (p. ex. les médicaments). Pour cette raison, ces coûts sont répartis proportionnellement entre tous les tarifs ambulatoires restants, donc aussi TARMED, dans l'Aperçu global, à la ligne 31 d'ITAR_K® (nouveau : ligne 30, ITAR_K® version 11).</p>
	<p>« Les VPT (coûts issus de la CoAn/PT) basées sur les coûts des hôpitaux diffèrent fortement entre les hôpitaux et varient considérablement selon leur évolution dans le temps (données d'un seul et même hôpital). Cette procédure n'est pas justifiée et, de plus, est un indice d'une comptabilité analytique insuffisante.</p> <p>Avis/position de H+:</p> <p>Ce constat peut découler d'une série de causes externes (nouvelles réglementations concernant les frais de formations, adaptation de la structure tarifaire, etc.) impactant le coût du point. D'autre part, pour certains hôpitaux l'adaptation et l'application de ces règles peut s'avérer plus difficiles et entraîner des variations dans le temps.</p> <p>Mais vouloir en déduire <i>in globo</i> que la comptabilité analytique des hôpitaux ou de certains d'entre eux est insuffisante nous semble un peu trop simpliste. Après tout, les <i>base rates</i> du domaine SwissDRG présentent également d'importants écarts.</p>

5. CONCLUSION GÉNÉRALE

REKOLE® (y compris ITAR_K®) est la solution de branche nationale des hôpitaux suisses et correspond à un modèle approprié qui répond à toutes les exigences méthodologiques / techniques d'une comptabilité analytique par unité finale d'imputation et satisfait ainsi aux exigences légales (art. 49 al. 7 LAMal).

En l'absence de directives légales (y compris l'OCP), les développeurs des systèmes REKOLE® et ITAR_K® ont dû et doivent également prendre certaines décisions eux-mêmes concernant la conception du système.

Les décisions prises en matière de configuration ont toutes été prises pour des raisons à la fois factuelles et réfléchies.

Depuis l'entrée en vigueur de REKOLE® et ITAR_K®, les assureurs, les cantons, l'OFSP et d'autres acteurs du secteur de la santé, comme SwissDRG SA, peuvent - comme tous les hôpitaux - soumettre des demandes à H+ et les présenter personnellement dans le cadre de la Commission REK ou ITAR_K®. Il existe à cet effet une procédure de demande ordinaire qui figure sur le site web de H+. Jusqu'à ce jour, la plupart des hôpitaux et SwissDRG SA en ont fait usage. Du côté des offices fédéraux, seul l'OFS l'a fait une fois alors que les cantons et les assureurs n'ont jamais recouru à cette option.

Au travers de leurs critiques et questions, les différents acteurs remettent fondamentalement en question les solutions de branche REKOLE® et ITAR_K®, pour le domaine ambulatoire. On peut alors s'interroger d'autant plus sur cette manière de procéder du fait que, depuis le début, les différents acteurs ont eu la possibilité de participer de manière constructive au développement de REKOLE® par le biais de la REK. Or, et comme nous l'avons déjà mentionné, ces derniers n'ont, jusqu'à présent, que très peu fait usage de cette possibilité. En outre, dans le domaine stationnaire, REKOLE® et le mode de calcul des coûts par cas censés déterminer les coûts relatifs et absolus (groupe SwissDRG pour les domaines de la somatique aigu, de la réadaptation et de la psychiatrie) ainsi que les prix de base liés aux hôpitaux semblent parfaitement suffisants !

H+ souhaite une fois de plus exprimer et réaffirmer sa volonté d'instaurer de la compréhension et de la confiance, à l'égard des différents acteurs, dans les modes de calcul des coûts d'exploitation AOS (ambulatoires et stationnaires) et répète être toujours et volontiers disposé à examiner ensemble, en tant que partenaires, toutes les questions, incertitudes et hypothèses formulées ici.

ANNEXES

Les explications contenues dans le document original « Prise de position concernant les critiques du système à propos des solutions REKOLE® et ITAR_K® » présente le fonctionnement de la comptabilité analytique selon REKOLE® et ITAR_K® à l'aide d'exemples reposant sur des données de 2017, pour lesquelles la version ITAR_K® 8.0 était pertinente. Etant donné que les solutions de branche REKOLE® et ITAR_K® s'adaptent continuellement aux nouvelles exigences et dispositions du TAF, les chapitres 1.6 à 1.8 du document susmentionné ont été repris avec la même numérotation et mis à jour dans les annexes suivantes afin de présenter le fonctionnement d'ITAR_K® pour les années antérieures ou ultérieures à 2017. Nous vous renvoyons au document de base afin d'obtenir de plus amples détails et de comprendre le contexte de cette démarche.

ANNEXE 1 : EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES POUR LES DONNEES 2016, BASEES SUR LA VERSION 7.0 D'ITAR_K®

Historique des versions d'ITAR_K®

Version	Base de données	Destinée à l'année de facturation
V 1.0 Complément	2010	2012
V 2.0	2011	2013
V 3.0	2012	2014
V 4.0	2013	2015
V 5.0	2014	2015
V 6.0	2015	2016
V 7.0	2016	2018
V 8.0	2017	2019
V 9.0	2018	2020
V 10.0	2019	2021
V 11.0	2020	2022
V 12.0	2021	2023
V 13.0	2022	2024

Introduction :

Entre les versions ITAR_K® 7.0 et 8.0, les principales améliorations suivantes ont été apportées :

- Impact TARPSY: le Daymix est appliqué et présenté de manière similaire aux soins somatiques aigus.
- Depuis 2017, le nouveau relevé CUFI est appliqué selon REKOLE®. Pour les frais généraux, les postes de frais «Soins intensifs» et «Intermediate-Care» figurent désormais séparément et pour le corps médical, l'activité 6 est présentée de manière plus détaillée.
- Le nom des colonnes de tarifs SCTM est changé en CTM (adaptation légale).

1.6 Analyses de cas administratifs ambulatoires au niveau ITAR_K®

L'unité finale d'imputation des coûts et des recettes selon REKOLE® est toujours considérée comme un « cas administratif », tant dans le domaine stationnaire que dans le domaine ambulatoire. Elle constitue la plus petite unité comptabilisable de la comptabilité analytique. Les règles des cas administratifs sont arrêtées de manière exhaustive et s'appliquent en principe à tous les patients et toutes les patientes d'un hôpital, qu'ils et elles soient traités en mode ambulatoire ou stationnaire. Seul le traitement des « cas ambulatoires de longue durée » nécessite une dérogation, à savoir une approche d'exception qui, au fil des ans, a toutefois fait ses preuves. Aussi, la comptabilité analytique REKOLE® **n'applique pas de directives différentes quand il s'agit de prestations ambulatoires ou stationnaires** quant à la structure de la comptabilité par unité finale d'imputation. Dans les deux types de traitement et de séjour, l'élaboration des données pertinentes concernant les coûts et les recettes s'effectue sous forme d'évaluations pour lesquelles les coûts des différents cas administratifs ou, dans des cas exceptionnels, ceux des prestations individuelles spécifiques²⁹ sont regroupés de manière appropriée (p. ex. pour la formation des unités finales d'imputations tarifaires dans ITAR_K®).

Dans la comptabilité analytique par unité finale d'imputation, deux évaluations sont admises : le calcul unitaire par unité finale d'imputation et le calcul périodique par unité finale d'imputation. Pour la première, les coûts sont déterminés par cas ou par mandat. Pour la deuxième, les coûts de chaque prestation sont calculés pour une période donnée (p. ex. mensuelle, trimestrielle ou annuelle).

Le cas administratif, qui sert de centre de collecte de toutes les prestations hospitalières fournies à un patient / une patiente, constitue le tableau des différentes prestations individuelles - comme décrit ci-dessus - dans un relevé d'unité finale d'imputation (voir REKOLE®, au chapitre 9.8). Les évaluations portant sur les relevés d'unités finales d'imputation ne sont prises en compte que si les cas administratifs sont rassemblés selon certains critères de regroupement (p. ex. par tarif ou par garant).

En créant la solution ITAR_K®³⁰, les hôpitaux se sont dotés d'un outil efficace basé sur REKOLE® qui rassemble toutes les informations comptables par unité finale d'imputation et pour des groupes spécifiques. Ces groupes correspondent à des tarifs et à des activités spécifiques, soumis à des règles de financement différentes. Ainsi, chaque hôpital sait quels coûts d'exploitation il devra couvrir, ventilés par tarif et source de financement (outil valable partir de la version 10.0, y compris la distinction entre les différents types de cas ambulatoires et les différents garants LAA/LAMal, etc.).

ITAR_K® représente l'ensemble des prestations d'une institution, l'approche tarifaire clairement au premier plan, fournissant entre autres les bases pour effectuer des comparaisons entre établissements selon l'art. 49, al.1, LAMal et pour les négociations tarifaires. La somme des coûts par tarif figure de façon détaillée dans ITAR_K® (onglet Excel : « Relevé CUF1 aperçu global »).

La solution ITAR_K® est régulièrement mise à jour, notamment pour l'adapter aux nouvelles décisions du TAF. Pour visualiser les coûts d'exploitation hospitaliers de l'année 2016, la version 7.0 d'ITAR_K® est déterminante³¹. Par conséquent, les lignes/colonnes spécifiques du fichier Excel de même que leurs désignations indiquées dans la présente annexe se réfèrent à cette version 7.0, et non à la version actuellement en vigueur.

²⁹ Par exemple, lorsqu'un cas ambulatoire contient à la fois des prestations médicales et thérapeutiques

³⁰ ITAR_K® - Modèle de tarif intégré basé sur la comptabilité analytique par unité finale d'imputation

³¹ H+: Explications sur l'Aperçu global des coûts indicateurs sur les prestations pour ITAR_K®, version 7.0, déc. 2016, Berne, chap. 1.1, p. 4.

En principe, dans le domaine ambulatoire également, les cas administratifs ambulatoires sont regroupés/rassemblés pour certains tarifs. S'il arrive qu'un patient / une patiente bénéficie de prestations ambulatoires relevant de domaines différents et financées par un tarif différent (p. ex., points TARMED et points physiothérapie), les prestations médicales et de physiothérapie spécifiques de ce cas administratif devront être affectées aux tarifs correspondants dans ITAR_K® afin de constituer des unités finales d'imputation tarifaires correctes (cf. chiffre 1.7). Les postes de frais restants du cas administratif, tels que les frais de matériel > 3 CHF, les médicaments, le sang, les dialyses, le laboratoire et les autres domaines d'activité ambulatoires et tarifs, devront également être ventilés spécifiquement dans une colonne appropriée et ne pas être déclarés comme des « coûts TARMED ».

De même, les coûts et les prestations pour les patients autopayeurs, les prestations obligatoires non-AOS ou les prestations relevant d'une facturation forfaitaire ne sont pas saisis dans la colonne TARMED, mais figurent sous « Autre tarif ambulatoire ».

Les coûts qui apparaissent, dans la colonne EF « Pas de tarif séparé » de l'onglet Excel « Relevé CUI, Aperçu global »³² concernent principalement les natures de charges indirectes comme l'administration des patients et les CUI des activités ambulatoires. Il est également prévu de faire figurer dans cette colonne les natures de charges indirectes « Autres fournisseurs de prestations » qui pourraient survenir lors de traitements ambulatoires (si c'est le cas, les coûts liés à l'aumônerie p. ex.), étant précisé que l'aumônerie concerne en premier lieu l'activité stationnaire. Cela dit, pour garantir que les hôpitaux puissent néanmoins indiquer leurs coûts là où ils surviennent effectivement, la solution ITAR_K® permet de saisir également les coûts de l'aumônerie pour les activités ambulatoires.

Illustration 1 : onglet Excel « Relevé CUI, Aperçu global », colonne EF « Pas de tarif séparé ».

Hôpital modèle		Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®																
Calcul unitaire par unité finale d'imputation 1.1.-31.12.2016		Total	Tarif TARMED	Tarif Laboratoire	Tarif Physio	Tarif Ergothérapie	Tarif Coûts institutionnels	Tarif Dialyse	Tarif Langage	Tarif Soins	Autres tarifs ambulatoires à l'établissement				Médicaments, sang	Prestation de soins	Pas de tarif séparé	
Coûts indirects		Veuillez nommer chacun des tarifs																
Code	Description																	
00	Administration des patients																	
01	Administration ambulatoire																	
02	Administration de soins																	
03	Administration de soins ambulatoires																	
04	Administration de soins médicaux																	
05	Administration de soins infirmiers																	
06	Administration de soins dentaires																	
07	Administration de soins de rééducation																	
08	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
09	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
10	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
11	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
12	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
13	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
14	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
15	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
16	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
17	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
18	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
19	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
20	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
21	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
22	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
23	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
24	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
25	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
26	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
27	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
28	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
29	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
30	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
31	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
32	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
33	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
34	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
35	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
36	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
37	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
38	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
39	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
40	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
41	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
42	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
43	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
44	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
45	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
46	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
47	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
48	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
49	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
50	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
51	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
52	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
53	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
54	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
55	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
56	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
57	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
58	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
59	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
60	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
61	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
62	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
63	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
64	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
65	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
66	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
67	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
68	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
69	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
70	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
71	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
72	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
73	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
74	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
75	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
76	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
77	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
78	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
79	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
80	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
81	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
82	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
83	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
84	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
85	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
86	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
87	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
88	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
89	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
90	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
91	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
92	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
93	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
94	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
95	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
96	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
97	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
98	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
99	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	
100	Administration de soins de rééducation ambulatoire																	

Lors du regroupement de cas administratifs ambulatoires, ces 3 natures de charges indirectes peuvent également ne pas être attribuées directement aux colonnes des tarifs et/ou activités prévues et utilisées dans ITAR_K®. Leur affectation directe s'avère en effet particulièrement difficile lorsqu'un cas ambulatoire bénéficie de prestations de différents tarifs (p. ex. une prestation TARMED et une prestation de physiothérapie). Cette situation s'explique par le fait que ces prestations sont liées à un cas précis et non à un tarif spécifique. Il faudra néanmoins s'assurer que, même pour les traitements de patients pour lesquels deux (ou plusieurs) tarifs sont concernés (p. ex. TARMED et physiothérapie), la quote-part correcte des coûts de l'administration des patients

³² H+: Explications concernant l'aperçu global des données relatives aux coûts et prestations pour ITAR_K®, version 7.0, décembre 2016, Berne, chap.9.

et des CUI soit ventilée et comptabilisée sur les deux tarifs ambulatoires correspondants (fractionnement des coûts indirects)³³.

Afin de garantir l'exécution de ce fractionnement des coûts indirects, le modèle ITAR_K® a prévu et comprend la colonne EF « Pas de tarif séparé » dans l'onglet Excel « Relevé CUFI, Aperçu global » permettant d'assurer une attribution automatique et proportionnelle de ces natures de charges indirectes à tous les tarifs et à toutes les activités qui concernent des patients ambulatoires (procédure d'attribution indirecte). L'attribution proportionnelle s'effectue dans l'onglet Excel « Aperçu global ». L'illustration suivante présente ce fractionnement des coûts indirects en 2 étapes :

Étape 1 : saisie des coûts indirects des composantes « Administration des patients » et « CUI » (éventuellement d'autres fournisseurs de prestations aussi) des activités ambulatoires dans les cellules prévues à cet effet dans l'onglet-Excel « Relevé CUFI, Aperçu global » (cf. illustration 1).

Étape 2 : les coûts totaux figurant à la colonne EF « Pas de tarif séparé » (= cellule EF71 onglet Excel « Relevé CUFI, Aperçu global ») sont automatiquement attribués à l'onglet Excel Aperçu global (ligne 31, colonne DR à EE) proportionnellement aux coûts totaux CEN II, ligne 27, onglet Excel, « Aperçu global ») des tarifs/activités ambulatoires concernés.

Illustration 2 : onglet Excel « Relevé CUFI, Aperçu global », coûts totaux de la colonne EF « Pas de tarif séparé »

Illustration 3: onglet Excel « Aperçu global », affectation proportionnelle des coûts totaux « Pas de tarif séparé »

Certains hôpitaux (c'est le cas de l'hôpital XY) peuvent déjà paramétrer le « fractionnement des coûts indirects » automatique des coûts de l'administration des patients et des CUI dans leurs

³³ H+: Explications concernant l'aperçu global des données relatives aux coûts et prestations pour ITAR_K®, version 7.0, décembre 2016, Berne, p. 13, chap.7.8 & renvoi 5

systèmes de comptabilité analytique (procédure d'attribution directe) et, ainsi, assurer la répartition de ces natures de charges indirectes sur les cas administratifs ambulatoires dans ITAR_K® (procédure d'attribution directe). Ce « fractionnement des coûts indirects » s'effectue alors également de manière directe proportionnellement aux prestations tarifaires dont a bénéficié le patient / la patiente ambulatoire. Dans ITAR_K®, les cellules suivantes du « Relevé CUI, Aperçu global » sont remplies par les services concernés des hôpitaux :

Illustration 4 : onglet Excel « Relevé CUI, Aperçu global » affectation directe des coûts proportionnels générés par l'administration des patients

Hôpital modèle		Veuillez nommer chacun des tarifs															
Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®		Total	Tarif TARIFFED	Tarif Laboratoire	Tarif Physio	Tarif Ergothérapie	Tarif Coordonnateurs	Tarif Diabétologue	Tarif Logopède	Tarif Dialyse	Autres tarifs amb. spécifiques à l'établissement	Autres tarifs amb. spécifiques à l'établissement	Autres tarifs amb. spécifiques à l'établissement	Autres tarifs amb. spécifiques à l'établissement	Matériel, médicaments, ISG	Prestations de tiers	Part de tarif séparé
Calcul unitaire par unité finale d'imputation 1.1.-31.12.2016																	
Coûts indirects		Unité d'usage															
Centre de charges																	
30 Administration des patients	Cas administratif																
31 Soins d'opinion	Pr et mb																
32 Anesthésie	Pr et mb																
33 Unités de soins intensifs et soins intermédiaires	Pr et mb																
34 Urgences	Pr et mb																
35 Service d'aiguës médicale	Pr et mb																
36 Unité d'anesthésiologie	Pr et mb																
37 Médecine nucléaire et radiocardiologie	Pr et mb																
38 Laboratoire	Pr et mb																
39 Diabète	Nombre de diabètes																
40 Coordonnateur - Anesthésie S&S	Pr et mb																
41 Coordonnateur - Anesthésie S	Pr et mb																
42 Pharmacopne	Pr																
43 Ergothérapie	Pr																
44 Logopédie	Pr																
45 Thérapies non-médicales et conseils	Pr																
46 Diagnostic médical et thérapeutique	Pr et mb																
47 Soins	Pr																
48 Hébergement chambre	Journalière hébergement																
49 Hébergement cuisine	Journalière hébergement																
50 Hébergement soins de prothèse	Journalière hébergement																
51 Hébergement	Pr et mb																
52 Recherche et formation universitaires (quelqu'en soit le mandataire de l'Etat)	Montant en CHF																
53 Service de nettoyage et d'entretien (quelqu'en soit le mandataire de l'Etat)	Montant en CHF																
54 Coût non lié aux patients (quelqu'en soit le mandataire de l'Etat)	Montant en CHF																
Total coûts indirects affectés aux charges d'utilisation des immobilisations du bloc de soins																	
Somme des charges d'utilisation des immobilisations selon REKOLE																	
Total de la utilisation des immobilisations																	
Total coûts (directs et indirects) p.u. d'utilisation des immobilisations selon REKOLE																	
Total des coûts (coût directs et indirects) sans utilisation des immobilisations																	
Résultat (r = bénéfice / - = perte)																	

Illustration 5: onglet Excel « Relevé CUI, Aperçu global » affectation directe des coûts proportionnels CUI ambulatoires.

Hôpital modèle		Veuillez nommer chacun des tarifs															
Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®		Total	Tarif TARIFFED	Tarif Laboratoire	Tarif Physio	Tarif Ergothérapie	Tarif Coordonnateurs	Tarif Diabétologue	Tarif Logopède	Tarif Dialyse	Autres tarifs amb. spécifiques à l'établissement	Autres tarifs amb. spécifiques à l'établissement	Autres tarifs amb. spécifiques à l'établissement	Autres tarifs amb. spécifiques à l'établissement	Matériel, médicaments, ISG	Prestations de tiers	Part de tarif séparé
Calcul unitaire par unité finale d'imputation 1.1.-31.12.2016																	
Coûts indirects		Unité d'usage															
Centre de charges																	
30 Administration des patients	Cas ambulatoire																
31 Soins d'opinion	Pr et mb																
32 Anesthésie	Pr et mb																
33 Unités de soins intensifs et soins intermédiaires	Pr et mb																
34 Urgences	Pr et mb																
35 Service d'aiguës médicale	Pr et mb																
36 Unité d'anesthésiologie	Pr et mb																
37 Médecine nucléaire et radiocardiologie	Pr et mb																
38 Laboratoire	Pr et mb																
39 Diabète	Nombre de diabètes																
40 Coordonnateur - Anesthésie S&S	Pr et mb																
41 Coordonnateur - Anesthésie S	Pr et mb																
42 Pharmacopne	Pr																
43 Ergothérapie	Pr																
44 Logopédie	Pr																
45 Thérapies non-médicales et conseils	Pr																
46 Diagnostic médical et thérapeutique	Pr et mb																
47 Soins	Pr																
48 Hébergement chambre	Journalière hébergement																
49 Hébergement cuisine	Journalière hébergement																
50 Hébergement soins de prothèse	Journalière hébergement																
51 Hébergement	Pr et mb																
52 Recherche et formation universitaires (quelqu'en soit le mandataire de l'Etat)	Montant en CHF																
53 Service de nettoyage et d'entretien (quelqu'en soit le mandataire de l'Etat)	Montant en CHF																
54 Coût non lié aux patients (quelqu'en soit le mandataire de l'Etat)	Montant en CHF																
Total coûts indirects affectés aux charges d'utilisation des immobilisations du bloc de soins																	
Somme des charges d'utilisation des immobilisations selon REKOLE																	
Total de la utilisation des immobilisations																	
Total coûts (directs et indirects) p.u. d'utilisation des immobilisations selon REKOLE																	
Total des coûts (coût directs et indirects) sans utilisation des immobilisations																	
Résultat (r = bénéfice / - = perte)																	

Dans la mesure où un hôpital a déjà paramétré les 3 natures de charges indirectes dans son système de comptabilité analytique et assure ainsi finalement la répartition de ces natures de charges indirectes dès la saisie des cas administratifs ambulatoires dans ITAR_K®, l'étape 2 est inutile pour cet hôpital.

Il est également envisageable qu'un hôpital assure par exemple l'attribution coûts indirects issus de l'administration des patients selon la procédure d'attribution indirecte et les CUI ambulatoires selon la procédure d'attribution directe. Dans ce cas, l'étape 2 s'applique, mais uniquement pour l'affectation des coûts indirects liés à l'administration des patients. Il ne serait pas admissible dans ce contexte que les CUI soient également intégrés dans l'étape 2, car cela conduirait à une double imputation des CUI !

Les coûts d'une structure tarifaire ou d'une activité sont finalement comparés aux prestations:

Illustration 6 : attribution des unités totales de prestations ambulatoires conformément au tarif (p.ex. total des points tarifaires selon TARMED)

Pour les cas ambulatoires, toutes les prestations doivent être additionnées conformément aux points tarifaires TARMED saisis, car il est important que les coûts correspondent aux prestations. En d'autres termes, il s'agira de prendre en compte les mêmes cas ambulatoires, tant pour les coûts que pour le nombre de points tarifaires (congruence). Ce n'est qu'ainsi qu'il sera possible de déterminer la valeur du point basée sur les coûts des différents tarifs (coûts totaux liés au tarif / prestations totales liées au tarif).

1.7 Exemple d'attribution des composantes de coûts à l'unité finale d'imputation (tarif / activités) selon ITAR_K®

Dans l'exemple ci-dessus (« Douleurs abdominales »), le cas administratif ne concernait que des prestations tarifées et facturées au moyen du TARMED. Dans ce cas, l'attribution des coûts par unité finale d'imputation est relativement triviale. Concrètement, l'attribution s'effectuera comme suit : les composantes de coûts du cas administratif seront affectées aux activités / tarifs d'ITAR_K® de l'hôpital XY en appliquant la procédure d'attribution directe :

Tableau 5 : attribution des composantes de coûts à l'unité finale d'imputation (tarif / activités) selon ITAR_K® (sur la base du cas administratif « Douleurs abdominales »)

CN	Définition	Coûts	Colonne ITAR_K® dans l'onglet Excel « Relevé CUIFI, Aperçu global » (Version 7.0 ³⁴)
10	Administration des patients	6.61	Colonne DR Tarif TARMED, cellule DR42 (procédure d'attribution directe)

³⁴ Désignation des colonnes selon la version ITAR_K® 7.0; la numérotation de la colonne et sa désignation peuvent différer dans les versions antérieures et postérieures.

31	Activités médicales 1 à 5	434.78	Colonne DR Tarif TARMED, cellule DR52
39	Soins	39.87	Colonne DR Tarif TARMED, cellule DR59
	CUI	10.30	Colonne DR Tarif TARMED, cellule DR69 (procédure d'attribution directe)

Illustration 7: onglet Excel « Relevé CUIFI, Aperçu global », attribution des composantes de coûts à l'unité finale d'imputation selon ITAR_K® (sur la base du cas administratif « Douleurs abdominales »)

Hôpital modèle		Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®															
Calcul unitaire par unité finale d'imputation 1.1.-31.12.2016		Total	Tarif TARMED	Tarif Laboratoire	Tarif Plaques	Tarif Ergothérapie	Tarif Kinésithérapie	Tarif Diabétologie	Tarif Logopédie	Tarif Soins	Autres tarifs (autres établissements)				Matériel, médicaments, sang	Prestation de soins	Plus de tarif séjéré
											Autres tarifs, autres établissements 1	Autres tarifs, autres établissements 2	Autres tarifs, autres établissements 3	Autres tarifs, autres établissements 4			
01	Admission des patients																
02	Soins médicaux																
03	Soins infirmiers																
04	Soins dentaires																
05	Soins optiques																
06	Soins podologiques																
07	Soins de kinésithérapie																
08	Soins de physiothérapie																
09	Soins de logopédie																
10	Soins de psychiatrie																
11	Soins de psychologie																
12	Soins de psychomotricité																
13	Soins de psychopédagogie																
14	Soins de psychiatrie infantile																
15	Soins de psychiatrie adulte																
16	Soins de psychiatrie gériatrique																
17	Soins de psychiatrie pédiatrique																
18	Soins de psychiatrie infantile																
19	Soins de psychiatrie adulte																
20	Soins de psychiatrie gériatrique																
21	Soins de psychiatrie pédiatrique																
22	Soins de psychiatrie infantile																
23	Soins de psychiatrie adulte																
24	Soins de psychiatrie gériatrique																
25	Soins de psychiatrie pédiatrique																
26	Soins de psychiatrie infantile																
27	Soins de psychiatrie adulte																
28	Soins de psychiatrie gériatrique																
29	Soins de psychiatrie pédiatrique																
30	Soins de psychiatrie infantile																
31	Soins de psychiatrie adulte																
32	Soins de psychiatrie gériatrique																
33	Soins de psychiatrie pédiatrique																
34	Soins de psychiatrie infantile																
35	Soins de psychiatrie adulte																
36	Soins de psychiatrie gériatrique																
37	Soins de psychiatrie pédiatrique																
38	Soins de psychiatrie infantile																
39	Soins de psychiatrie adulte																
40	Soins de psychiatrie gériatrique																
41	Soins de psychiatrie pédiatrique																
42	Soins de psychiatrie infantile																
43	Soins de psychiatrie adulte																
44	Soins de psychiatrie gériatrique																
45	Soins de psychiatrie pédiatrique																
46	Soins de psychiatrie infantile																
47	Soins de psychiatrie adulte																
48	Soins de psychiatrie gériatrique																
49	Soins de psychiatrie pédiatrique																
50	Soins de psychiatrie infantile																
51	Soins de psychiatrie adulte																
52	Soins de psychiatrie gériatrique																
53	Soins de psychiatrie pédiatrique																
54	Soins de psychiatrie infantile																
55	Soins de psychiatrie adulte																
56	Soins de psychiatrie gériatrique																
57	Soins de psychiatrie pédiatrique																
58	Soins de psychiatrie infantile																
59	Soins de psychiatrie adulte																
60	Soins de psychiatrie gériatrique																
61	Soins de psychiatrie pédiatrique																
62	Soins de psychiatrie infantile																
63	Soins de psychiatrie adulte																
64	Soins de psychiatrie gériatrique																
65	Soins de psychiatrie pédiatrique																
66	Soins de psychiatrie infantile																
67	Soins de psychiatrie adulte																
68	Soins de psychiatrie gériatrique																
69	Soins de psychiatrie pédiatrique																
70	Soins de psychiatrie infantile																
71	Soins de psychiatrie adulte																
72	Soins de psychiatrie gériatrique																
73	Soins de psychiatrie pédiatrique																
74	Soins de psychiatrie infantile																
75	Soins de psychiatrie adulte																
76	Soins de psychiatrie gériatrique																
77	Soins de psychiatrie pédiatrique																
78	Soins de psychiatrie infantile																
79	Soins de psychiatrie adulte																
80	Soins de psychiatrie gériatrique																
81	Soins de psychiatrie pédiatrique																
82	Soins de psychiatrie infantile																
83	Soins de psychiatrie adulte																
84	Soins de psychiatrie gériatrique																
85	Soins de psychiatrie pédiatrique																
86	Soins de psychiatrie infantile																
87	Soins de psychiatrie adulte																
88	Soins de psychiatrie gériatrique																
89	Soins de psychiatrie pédiatrique																
90	Soins de psychiatrie infantile																
91	Soins de psychiatrie adulte																
92	Soins de psychiatrie gériatrique																
93	Soins de psychiatrie pédiatrique																
94	Soins de psychiatrie infantile																
95	Soins de psychiatrie adulte																
96	Soins de psychiatrie gériatrique																
97	Soins de psychiatrie pédiatrique																
98	Soins de psychiatrie infantile																
99	Soins de psychiatrie adulte																
100	Soins de psychiatrie gériatrique																

Lorsqu'un patient / une patiente bénéficie, outre de prestations TARMED, de prestations médicales supplémentaires financées par d'autres tarifs (p. ex. une prestation de laboratoire → tarif LA (laboratoire) de même que de prestations thérapeutiques (physiothérapie ou logopédie), et lorsque ces prestations sont toutes indiquées pour et dans un seul et même cas administratif, les coûts des prestations médicales et thérapeutiques seront attribués aux tarifs correspondants. Les unités de prestations (PT) et les produits pour les prestations des « autres tarifs » seront également saisis dans ces « autres tarifs ».

L'illustration ci-dessous représente l'affectation de coûts pour des prestations thérapeutiques issues de plusieurs domaines, à l'aide d'un exemple supplémentaire, celui d'une « déchirure du périnée ». Ce cas administratif ambulatoire comprend des prestations relevant à la fois du domaine du TARMED que du domaine de la physiothérapie :

Tableau 6: relevé par unité finale d'imputation du cas administratif « Déchirure du périnée »

Unité finale d'imputation: cas administratif et mandat Rup1							© H+ Les Hôpitaux de Suisse			
Numéro du cas administratif/Numéro de mandat			Diagnostics principal et secondaire							
Debut/fin du traitement ou admission/sortie/debut et fin de mandat			No DRG							
Unité organisationnelle responsable (service)			Autres critères de classification							
Classe d'assurance (assurance de base/assurance complémentaire)			Traitement principal							
Garant (AA, AI, AM, AM, répondants)			Date de naissance							
Type de traitement (hospitalier, ambulatoire)			Sexe, âge, domicile, etc.							
Revenu	N°	Désignation	CHF							
	60	Produits résultant de prestations médicales, infirmières et thérapeutiques								
	61	Prestations unitaires médicales				-109.35				
	62	Autres prestations unitaires hospitalières				154.18				
	65	Autres produits de prestations aux patients				-429.51				
	66	Produits financiers								
	67	Variation des stocks de produits finis et semi-finis ainsi que variation des livraisons et des prestations de services non facturées								
	68	Produits résultant de prestations au personnel ou à des tiers								
Total des revenus						-693.64				
Coûts directs (CD), selon la méthode d'affectation			Unité d'œuvre	CHF			Tx de supplément de CG		Quantité	
				Prix d'achat calculé	supplément CG, CUI exclus	Supplément CUI	CUI exclus	CUI		
Matériel médical d'exploitation										
	400	Médicaments (non-compris sang et produits sanguins)								
		Sang et produits sanguins	Prix d'achat calculé (catégorie A et B ¹)		65.23					
	401	Matériel (non-compris implants), instruments, ustensiles, textiles								
		Implants								
	405	Prestations médicales, diagnostiques et thérapeutiques de tiers (non-compris honoraires médicaux)	Facture							
		Honoraires médicaux (non-soumis aux assurances sociales)								
Charges des honoraires de médecins (soumis aux assurances sociales)										
	380	Honoraires de médecins, médecins hospitaliers	CHF selon contrat							
	381	Honoraires de médecins, médecins agréés								
Autres coûts directs										
	480	Transports de patients fournis par des tiers	Facture							
	485	Autres prestations de tiers liées au patient	Facture							
	486	Autres frais liés aux patients	Facture							
Coûts directs, suppléments CG, CUI				65.23						
				0						
										Report dans Total des coûts UFI

¹ Les catégories A et B se réfèrent à la méthode ABC de classification des charges par nature 400 et 401

Coûts indirects (CI), selon la méthode d'imputation			Unité d'œuvre	CHF		Tx charges		Quantité
				CI, CUI exclus	CUI	CI, CUI exclus	CUI	
Centres de charges								
	10	Administration des patients	Cas administratif	6.61	0.38	6.61	0.36	1
	20	Salles d'opérations	Min. effective					
	21	Laboratoire de cathétérisme cardiaque	Min. effective					
	23	Anesthésie	Min. effective, PT et min. ²					
	24	Unités de soins intensifs (SI)	Points NEMS ou min. ³					
	25	Urgences	PT et min. ⁴					
	26	Procédé d'imagerie médicale	PT et min. ⁴					
	27	Salle d'accouchement	PT et min. ⁴					
	28	Médecine nucléaire et radiooncologie	PT et min. ⁴					
	29	Laboratoire	PT et min. ⁴					
	30	Dialyses	Nombre de dialyses					
	31	Corps médical-Activités 1 jusqu'à 5	PT et min. ⁴	223.19	4.39	1.69	0.03	131.76
	31	Corps médical -Activité 6	Min. effective ⁵ , pondérée					
	32	Physiothérapie	PT	401.05	63.05	0.9	0.14	445.85
	33	Ergothérapie	PT					
	34	Logopédie	PT					
	35	Thérapies non médicales et conseils	PT					
	36	Diagnostic médical et thérapeutique	PT et min. ⁴					
	38	Unités de soins intermédiaires (MCU)	PT et min. ⁴					
	39	Soins	Min.					
	40	Psychologie	PT					
	41	Hôtellerie chambre	Journée hosp. (JH) pondérée					
	42	Hôtellerie cuisine	JH ou repas					
	43	Hôtellerie service	JH					
	44	Autres fournisseurs de prestations	JH					
	45	Pathologie	PT et min. ⁴					
	47	Recherche et formation universitaire (uniquement lié aux mandats de recherche et de formation universitaire)	% des rémunérations					
	77	Service de sauvetage et d'ambulance (uniquement transports secondaires)	Montant CHF					
Total coûts indirects, part CUI des CI				630.85	67.82			
Total des coûts UFI (directs et indirects, y.c. supplément CG sur coûts directs), Total CUI (part des CD et CI)				696.08	67.82			
Total des coûts UFI				763.9				
Résultat (bénéfice/perte)				70.86				

² Les charges d'anesthésie liées à la salle d'opération (OP) sont imputées uniquement à l'aide de minutes effectives. Les charges d'anesthésie non-liées à la salle d'OP peuvent être imputées à l'aide de point de taxe (PT) et/ou de minutes, suivant la note n°4 en bas de page.

³ L'abréviation "Min." correspond à des minutes d'intervention du personnel. Les minutes de durée de séjour du patient au SI ne reflètent pas l'investissement en ressources et ne sont donc pas admises comme unité

⁴ PT = point tarifé. L'abréviation "min." désigne des minutes normatives et réelles. TARMED repose sur des unités de temps normatives. L'utilisation des points tarifaires TARMED comme valeur de référence est autorisée.

Si, pour certaines composantes de coûts indirects, la valeur de référence du point tarifaire TARMED est choisie, alors on prendra en compte uniquement les points techniques ou les points médicaux et techniques.

Tableau 7: attribution des composantes de coûts à l'unité finale d'imputation selon ITAR_K®, sur la base du cas administratif « Déchirure du périnée ».

CN	Définition	Coûts	Colonne ITAR_K® dans l'onglet Excel « Relevé CUFI, Aperçu Global » (Version 7.0 ³⁵)
401	Matériel	65.23	Colonne ED, cellule ED27
10	Administration des patients	6.61	Répartition proportionnelle des coûts entre : - colonne DR Tarif TARMED, cellule DR42 - colonne DT Tarif Physio., cellule DT42 (procédure d'attribution directe)
31	Activités médicales 1 à 5	223.19	Colonne DR Tarif TARMED, cellule DR52
32	Physiothérapie	401.05	Colonne DT Tarif Physio, cellule DT54
	CUI	67.82	Répartition proportionnelle des coûts entre : - colonne DR Tarif TARMED, cellule DR69 - colonne DT Tarif Physio, cellule DT69 (procédure d'attribution directe)

Illustration 8: Onglet Excel « Relevé CUFI, Aperçu global », attribution des composantes de coûts à l'unité finale d'imputation selon ITAR_K®, sur la base du cas administratif « Déchirure du périnée ».

³⁵ Désignation des colonnes selon la version ITAR_K® 7.0; la numérotation de la colonne et sa désignation peuvent différer dans les versions antérieures et postérieures.

Hôpital modèle		Veuillez numéroter chacun des tarifs															
Calcul unitaire par unité finale d'imputation 1.1.-31.12.2016		Total	Tarif T10001	Tarif Laboratoire	Tarif Pharm	Tarif Ergothérapie	Tarif Croisée nutritionnel	Tarif Diabétologie	Tarif Linguiste	Tarif Oculiste	Autres tarifs amb. spécialisés à l'établissement	Autres tarifs amb. spécialisés à l'établissement	Autres tarifs amb. spécialisés à l'établissement	Autres tarifs amb. spécialisés à l'établissement	Mandat, médicaments, sang	Provision de tarif	Pas de tarif séparé
Coûts ambulatoires		Unité finale															
19	Administration des patients																
20	Administration des patients																
21	Administration des patients																
22	Administration des patients																
23	Administration des patients																
24	Administration des patients																
25	Administration des patients																
26	Administration des patients																
27	Administration des patients																
28	Administration des patients																
29	Administration des patients																
30	Administration des patients																
31	Administration des patients																
32	Administration des patients																
33	Administration des patients																
34	Administration des patients																
35	Administration des patients																
36	Administration des patients																
37	Administration des patients																
38	Administration des patients																
39	Administration des patients																
40	Administration des patients																
41	Administration des patients																
42	Administration des patients																
43	Administration des patients																
44	Administration des patients																
45	Administration des patients																
46	Administration des patients																
47	Administration des patients																
48	Administration des patients																
49	Administration des patients																
50	Administration des patients																
51	Administration des patients																
52	Administration des patients																
53	Administration des patients																
54	Administration des patients																
55	Administration des patients																
56	Administration des patients																
57	Administration des patients																
58	Administration des patients																
59	Administration des patients																
60	Administration des patients																
61	Administration des patients																
62	Administration des patients																
63	Administration des patients																
64	Administration des patients																
65	Administration des patients																
66	Administration des patients																
67	Administration des patients																
68	Administration des patients																
69	Administration des patients																
70	Administration des patients																
71	Administration des patients																
72	Administration des patients																
73	Administration des patients																
74	Administration des patients																
75	Administration des patients																
76	Administration des patients																
77	Administration des patients																
78	Administration des patients																
79	Administration des patients																
80	Administration des patients																
81	Administration des patients																
82	Administration des patients																
83	Administration des patients																
84	Administration des patients																
85	Administration des patients																
86	Administration des patients																
87	Administration des patients																
88	Administration des patients																
89	Administration des patients																
90	Administration des patients																
91	Administration des patients																
92	Administration des patients																
93	Administration des patients																
94	Administration des patients																
95	Administration des patients																
96	Administration des patients																
97	Administration des patients																
98	Administration des patients																
99	Administration des patients																
100	Administration des patients																
101	Administration des patients																
102	Administration des patients																
103	Administration des patients																
104	Administration des patients																
105	Administration des patients																
106	Administration des patients																
107	Administration des patients																
108	Administration des patients																
109	Administration des patients																
110	Administration des patients																
111	Administration des patients																
112	Administration des patients																
113	Administration des patients																
114	Administration des patients																
115	Administration des patients																
116	Administration des patients																
117	Administration des patients																
118	Administration des patients																
119	Administration des patients																
120	Administration des patients																
121	Administration des patients																
122	Administration des patients																
123	Administration des patients																
124	Administration des patients																
125	Administration des patients																
126	Administration des patients																
127	Administration des patients																
128	Administration des patients																
129	Administration des patients																
130	Administration des patients																
131	Administration des patients																
132	Administration des patients																
133	Administration des patients																
134	Administration des patients																

ANNEXE 2 : EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES POUR LES DONNEES 2019, BASEES SUR LA VERSION 10.0 D'ITAR_K®

Historique des versions d'ITAR_K®

Version	Base de données	Destinée à l'année de facturation
V 1.0 Complément	2010	2012
V 2.0	2011	2013
V 3.0	2012	2014
V 4.0	2013	2015
V 5.0	2014	2015
V 6.0	2015	2016
V 7.0	2016	2018
V 8.0	2017	2019
V 9.0	2018	2020
V 10.0	2019	2021
V 11.0	2020	2022
V 12.0	2021	2023
V 13.0	2022	2024

Introduction :

Depuis la version ITAR_K® 8.0, les principales améliorations suivantes ont été introduites jusqu'à la version 10.0.

- Seule la méthode des coûts effectifs pour la formation universitaire et la recherche est tolérée dans ITAR_K®, en conformité avec les décisions du TAF. Par conséquent, tous les coûts en lien avec la formation universitaire et la recherche sont saisis séparément dans les colonnes dédiées à ces activités.
- Afin d'améliorer la qualité des données, de nouveaux contrôles des données ont été introduits:
 - o Contrôle de l'évolution des coûts des exploitations annexes
 - o Contrôle de l'évolution du degré de couverture des coûts
 - o Contrôle de l'évolution de la part des immobilisations
- Signature électronique du relevé de données définitif d'ITAR_K®. La signature électronique atteste que l'export provient directement de la plateforme ITAR_K® et que le fichier n'a pas été modifié.
- Présentation du domaine de la psychiatrie stationnaire TARPSY similaire à SwissDRG.
- Colonnes ambulatoires détaillées : les tarifs ont été séparés en « Cas LAMal au sens strict / CTM / Autres répondants (incl. part AOS pour les prestations de l'assurance complémentaire) », afin d'apporter une granularité plus fine dans la présentation des coûts dans le domaine ambulatoire, et ainsi répondre aux exigences du TAF.
- Coûts pour l'administration des patients : les coûts pour l'administration des patients dans le domaine ambulatoire sont répartis proportionnellement et automatiquement sur les différents tarifs ambulatoires dans l'onglet « Relevé CUFI Aperçu global » du modèle Excel. La répartition est faite sur la base du total des coûts (coûts directs et indirects) sans les coûts d'utilisation des immobilisations et d'administration des patients. La saisie des coûts d'administration des patients pour le domaine ambulatoire ne se fait plus au travers de la colonne « Pas de tarif sep. ».

- Nouveaux centres de charges : 21 Laboratoire de cathétérisme cardiaque et 40 Psychologie

1.6 Analyses de cas administratifs ambulatoires au niveau ITAR_K®

L'unité finale d'imputation des coûts et des recettes selon REKOLE® est toujours considérée comme un « cas administratif », tant dans le domaine stationnaire que dans le domaine ambulatoire. Elle constitue la plus petite unité comptabilisable de la comptabilité analytique. Les règles des cas administratifs sont arrêtées de manière exhaustive et s'appliquent en principe à tous les patients et toutes les patientes d'un hôpital, qu'ils et elles soient traité.es en mode ambulatoire ou stationnaire. Seul le traitement des « cas ambulatoires de longue durée » nécessite une dérogation, à savoir une approche d'exception qui, au fil des ans, a toutefois fait ses preuves. Aussi, la comptabilité analytique REKOLE® **n'applique pas de directives différentes quand il s'agit de prestations ambulatoires ou stationnaires** quant à la structure de la comptabilité par unité finale d'imputation. Dans les deux types de traitement et de séjour, l'élaboration des données pertinentes concernant les coûts et les recettes s'effectue sous forme d'évaluations pour lesquelles les coûts des différents cas administratifs ou, dans des cas exceptionnels, ceux des prestations individuelles spécifiques³⁶ sont regroupés de manière appropriée (p. ex. pour la formation des unités finales d'imputations tarifaires dans ITAR_K®).

Dans la comptabilité analytique par unité finale d'imputation, deux évaluations sont admises : le calcul unitaire par unité finale d'imputation et le calcul périodique par unité finale d'imputation. Pour la première, les coûts sont déterminés par cas ou par mandat. Pour la deuxième, les coûts de chaque prestation sont calculés pour une période donnée (p. ex. mensuelle, trimestrielle ou annuelle).

Le cas administratif, qui sert de centre de collecte de toutes les prestations hospitalières fournies à un patient / une patiente, constitue le tableau des différentes prestations individuelles - comme décrit ci-dessus - dans un relevé d'unité finale d'imputation (voir REKOLE®, au chapitre 9.8). Les évaluations portant sur les relevés d'unités finales d'imputation ne sont prises en compte que si les cas administratifs sont rassemblés selon certains critères de regroupement (p. ex. par tarif ou par garant).

En créant la solution ITAR_K®³⁷, les hôpitaux se sont dotés d'un outil efficace basé sur REKOLE® qui rassemble toutes les informations comptables par unité finale d'imputation et pour des groupes spécifiques. Ces groupes correspondent à des tarifs et à des activités spécifiques, soumis à des règles de financement différentes. Ainsi, chaque hôpital sait quels coûts d'exploitation il devra couvrir, ventilés par tarif et source de financement (outil valable partir de la version 10.0, y compris la distinction entre les différents types de cas ambulatoires et les différents garants LAA/LAMal, etc.).

ITAR_K® représente l'ensemble des prestations d'une institution, l'approche tarifaire clairement au premier plan, fournissant entre autres les bases pour effectuer des comparaisons entre établissements selon l'art. 49, al.1, LAMal et pour les négociations tarifaires. La somme des coûts par tarif figure de façon détaillée dans ITAR_K® (onglet Excel : « Relevé CUFi aperçu global »).

La solution ITAR_K® est régulièrement mise à jour, notamment pour l'adapter aux nouvelles décisions du TAF. Pour visualiser les coûts d'exploitation hospitaliers de l'année 2019, la version 10.0 d'ITAR_K® est déterminante³⁸. Par conséquent, les lignes/colonnes spécifiques du fichier Excel

³⁶ Par exemple, lorsqu'un cas ambulatoire contient à la fois des prestations médicales et thérapeutiques

³⁷ ITAR_K® - Modèle de tarif intégré basé sur la comptabilité analytique par unité finale d'imputation

³⁸ H+: Explications sur l'Aperçu global des coûts indicateurs sur les prestations pour ITAR_K®, version 10.0, nov. 2019, Berne, chap. 1.1, p. 4.

de même que leurs désignations indiquées dans la présente annexe se réfèrent-elles à cette version 10.0, et non à la version actuellement en vigueur.

En principe, dans le domaine ambulatoire également, les cas administratifs ambulatoires sont regroupés/rassemblés pour certains tarifs. S'il arrive qu'un patient / une patiente bénéficie de prestations ambulatoires relevant de domaines différents et financées par un tarif différent (p. ex., points TARMED et points physiothérapie), les prestations médicales et de physiothérapie spécifiques de ce cas administratif devront être affectées aux tarifs correspondants dans ITAR_K® afin de constituer des unités finales d'imputation tarifaires correctes (cf. chiffre 1.7). Les postes de frais restants du cas administratif, tels que les frais de matériel > 3 CHF, les médicaments, le sang, les dialyses, le laboratoire et les autres domaines d'activité ambulatoires et tarifs, devront également être ventilés spécifiquement dans une colonne appropriée et ne pas être déclarés comme des « coûts TARMED ».

De même, les coûts et les prestations pour les patients autopayeurs, les prestations obligatoires non-AOS ou les prestations relevant d'une facturation forfaitaire ne sont pas saisis dans la colonne TARMED, mais figurent sous « Autre tarif ambulatoire ».

Les coûts qui apparaissent, dans la colonne FU « Pas de tarif séparé » de l'onglet Excel « Relevé CUI, Aperçu global »³⁹ concernent principalement les natures de charges indirectes comme les CUI des activités ambulatoires ainsi que les natures de charges indirectes « Autres fournisseurs de prestations » qui pourraient survenir lors de traitements ambulatoires (si c'est le cas, les coûts liés à l'aumônerie p. ex.), étant précisé que l'aumônerie concerne en premier lieu l'activité stationnaire. Cela dit, pour garantir que les hôpitaux puissent néanmoins indiquer leurs coûts là où ils surviennent effectivement, la solution ITAR_K® permet de saisir également les coûts de l'aumônerie pour les activités ambulatoires. Les coûts d'administration des patients pour le domaine ambulatoire sont saisis dans la colonne EA « Total traitement ambulatoire » du Relevé CUI Aperçu global.

Illustration 1 : onglet Excel « Relevé CUI, Aperçu global », colonne FU « Pas de tarif séparé » et saisie de l'administration des patients ambulatoires (colonne EA).

Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®		Total traitement ambulatoire	Total	TARMED LAMal au sens strict	TARMED CTM	TARMED Autopayeurs (y.c. assurance complémentaire)	TARMED Total	Matériel, médicaments, sang	Prestations de tiers	Pas de tarif séparé
Calcul unitaire par unité finale d'imputation 1.1.- 31.12.2019										
Revenus unitaires										
Coûts indirects										
Unité d'œuvre										
Coûts directs										
10 Administration des patients										
11 Administration des patients										
21 Laboratoire cardiaque de cathétérisme										
22 Serenité										
24 Unités de soins intensifs										
25 Urgences										
26 Service d'imagerie médicale										
27 Salle d'accouchement										
28 Médecine nucléaire et radiobiologie										
29 Laboratoire										
30 Dialyses										
31 Corps médical-Activités 1 jusqu'à 5										
31 Corps médical de la salle d'OP - Activité 6a1										
31 Corps médical du laboratoire de cathétérisme cardiaque - Activité 6a2										
31 Corps médical des unités de SI - Activité 6b										
31 Corps médical des soins intermédiaires (IMCU) - Activité 6b										
31 Corps médical du service des urgences - Activité 6b										
31 Corps médical des salles d'accouchement - Activité 6b										
31 Corps médical du diagnostic médical et thérapeutique - Activité 6b										
32 Physiothérapie										
32 Ergothérapie										
34 Logopédie										
35 Traitement non médicaux et conseils										
36 Diagnostic médical et thérapeutique										
36 Unités de soins intermédiaires (IMCU)										
38 Soins										
40 Psychologie										
41 Hébergement-chambres										
42 Hébergement-cuisine										
43 Hébergement										
44 Autres fournisseurs de prestations										
45 Hébergement										
47 Recherche et formation universitaire (uniquement lié au mandat de recherche et de formation universitaire)										
77 Service de sauvetage et d'ambulance (uniquement transports secondaires)										
Coûts non liés aux patients (peuvent représenter des coûts de charges complètes)										
Total Coûts indirects (coûts des charges d'immobilisations des immobilisations du bloc de coûts A)										
Somme des charges d'utilisation des immobilisations selon REKOLE										
Total des coûts (coûts directs et indirects) sans utilisation des immobilisations										
Relevé (= bénéfice - perte)										

³⁹ H+: Explications sur la Aperçu global des coûts indicateurs sur les prestations pour ITAR_K®, version 10.0, nov. 2019, Berne, chap.9.

Lors du regroupement de cas administratifs ambulatoires, ces 3 natures de charges indirectes peuvent également ne pas être attribuées directement aux colonnes des tarifs et/ou activités prévues et utilisées dans ITAR_K®. Leur affectation directe s'avère en effet particulièrement difficile lorsqu'un cas ambulatoire bénéficie de prestations de différents tarifs (p. ex. une prestation TARMED et une prestation de physiothérapie). Cette situation s'explique par le fait que ces prestations sont liées à un cas précis et non à un tarif spécifique. Il faudra néanmoins s'assurer que, même pour les traitements de patients pour lesquels deux (ou plusieurs) tarifs sont concernés (p. ex. TARMED et physiothérapie), la quote-part correcte des coûts de l'administration des patients et des CUI soit ventilée et comptabilisée sur les deux tarifs ambulatoires correspondants (fractionnement des coûts indirects)⁴⁰.

Afin de garantir l'exécution de ce fractionnement des coûts indirects, le modèle ITAR_K® a prévu et comprend la colonne FU « Pas de tarif séparé » et la cellule EA42 « Administration des patients, Total traitement ambulatoire » dans l'onglet Excel « Relevé CUFI, Aperçu global » permettant d'assurer une attribution automatique et proportionnelle de ces natures de charges indirectes à tous les tarifs et à toutes les activités qui concernent des patients ambulatoires (procédure d'attribution indirecte). L'attribution proportionnelle s'effectue dans l'onglet Excel « Aperçu global ». L'illustration suivante présente ce fractionnement des coûts indirects en 2 étapes :

Étape 1 : saisie des coûts indirects des composantes « Administration des patients » et « CUI » (éventuellement d'autres fournisseurs de prestations aussi) des activités ambulatoires dans les cellules prévues à cet effet dans l'onglet-Excel « Relevé CUFI, Aperçu global » (cf. illustration 1).

Étape 2 : les coûts totaux figurant à la colonne FU « Pas de tarif séparé » (= cellule FU80 onglet Excel « Relevé CUFI, Aperçu global ») sont automatiquement attribués à l'onglet Excel Aperçu global (ligne 30, colonne ED à FU) proportionnellement aux coûts totaux CEN II, ligne 26, onglet Excel, « Aperçu global » des tarifs/activités ambulatoires concernés. Les coûts inscrits dans la cellule EA42 (=administration des patients, Total traitement ambulatoire), sont également répartis automatiquement et proportionnellement sur tarifs/activités ambulatoires concernés à la ligne 42 de l'onglet Excel « Relevé CUFI Aperçu global ».

Illustration 2 : onglet Excel « Relevé CUFI, Aperçu global », coûts totaux de la colonne FU « Pas de tarif séparé » et coûts d'administration des patients pour le domaine ambulatoire

	A	B	C	02	EA	EB	EC	ED	EE	EF	FG	FT	FU	
8	"Aperçu global"TC3													
9	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
10	Calcul unitaire par unité finale d'imputation 1.1.-				Autres mandats de tiers	Total traitement ambulatoire	Total	TARMED LAMM au versé strict	TARMED CTM	TARMED Autoporteur (y compris suppléments)	TARMED Total	Matériel, médicaments, sang	Prestations de tiers	Pas de tarif séparé
11	31.12.2019													
12	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
13	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
14	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
15	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
16	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
17	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
18	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
19	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
20	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
21	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
22	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
23	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
24	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
25	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
26	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
27	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
28	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
29	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
30	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
31	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
32	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
33	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
34	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
35	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
36	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
37	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
38	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
39	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
40	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
41	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
42	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
43	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
44	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
45	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
46	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
47	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
48	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
49	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
50	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
51	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
52	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
53	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
54	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
55	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
56	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
57	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
58	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
59	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
60	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
61	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
62	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
63	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
64	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
65	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
66	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
67	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
68	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
69	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
70	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
71	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
72	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
73	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
74	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
75	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
76	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
77	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
78	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
79	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
80	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
81	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													
82	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®													

⁴⁰ H+: Explications sur l'Aperçu global des coûts indicateurs sur les prestations pour ITAR_K®, version 10.0, nov. 2019, Berne, p. 13, chap.7.8 & renvoi 4

Illustration 3: onglet Excel « Aperçu global », affectation proportionnelle des coûts totaux « Pas de tarif séparé »

Gip. CNI	Description	Total Charges COFI	Ajustement par objet	Total COEX	TARMED LAMal au sens strict	TARMED CTM	TARMED Autopayeurs (y c. assurance complémentaire)	TARMED Total	Tarif Laborat
30 - 39	Frais de personnel, exclus charges des honoraires de médecins	279'676'900		279'676'900					
36	Charges des honoraires de médecins (assujettis aux charges sociales)	17'934'100		17'934'100	1'800'000			1'800'000	
42	Matériel médical d'exploitation	67'474'900		67'474'900	300'000			300'000	
41 - 49	Charges d'exploitation, exclus les charges d'utilisation des immobilisations								
44	Charges d'utilisation des immobilisations (exclu inv. < CHF 10'000)								
46	Charges financières								
7	Charges extraordinaires								
15	Charges selon comptes annuels	451'044'100	23'484'460	474'528'560	2'100'000			2'100'000	
66/68	/ Produits 66/68 traités en diminution des coûts			-5'000'000					
17	Coûts directs				2'100'000			2'100'000	
18	Imputation interne de prestations		23'484'460	468'528'560	21'003'804			21'003'804	2,25
19	Total Coûts selon COEX				23'103'804			23'103'804	2,25
38/405	/ Honoraires médecins des patients avec ass. complémentaires								
44	Charges d'utilisation des immobilisations (CUI = intérêts calc. des actifs immobilisés, amortissements calc. loyers > CHF 10'000 - selon REKOLE)				-2'400'000			-2'400'000	-25
65	/ Produits groupe de comptes 65, exclu marge								
66	+ Produits groupe de comptes 66 (si traité en diminution des coûts dans la compt. p/ CC)	5'000'000		2'825'341					
25	Coûts d'exploitation nets I (CEN I)				20'703'804			20'703'804	1,97
26	/ Déductions subsidiaires: coûts des prestations d'intérêt général (PIG)	100'000		-100'012					
25	Coûts d'exploitation nets II (CEN II)				20'703'804			20'703'804	1,97
27	/ Déduction pour coûts supplémentaires issus de prestations pour assurés avec ass.								
28	/ Déductions des rémunérations complémentaires SissasDRG (évaluées et non évaluées)								
29	+ Compensation des contributions cantonales pour autant qu'elles aient été comptabilisées								
30	+ Coûts non-tarifés à part, part par tarif				84'939			84'939	
31	+ Suppléments honoraires cumulés sur les tarifs ambulat.				2'460			2'460	
32	Déduction des intérêts si actifs circulant, si pas selon la méthode du Surveillant des prix								
33	Supplément pour non-prise en compte des intérêts sur actifs circulant								
34	Charges d'exploitation pertinentes pour le benchmarking (CPB)				20'791'206			20'791'206	1,98

Illustration 4: onglet Excel « Relevé CUFI Aperçu global », affectation proportionnelle des coûts totaux « Administration des patients »

Autres mandats de tiers	Total traitement ambulatoire	Total	TARMED LAMal au sens strict	TARMED CTM	TARMED Autopayeurs (y c. assurance complémentaire)	TARMED Total	Tarif Laboratoire	Physio LAMal au sens strict	Physio CTM
12	Revenus unitaires								
13	Coûts indirects								
14	Unité d'usage								
41	Centres de charges								
42	Administration des patients								
43	Unité d'usage								
44	Laboratoire cardiaque de cathétérisme								
45	Unité d'usage								
46	Unités de soins intensifs								
47	Unité d'usage								
48	Processus d'imagerie médicale								
49	Unité d'usage								
50	Salles d'accouchement								
51	Médecine nucléaire et radiobiologie								
52	Laboratoire								
53	Unité d'usage								
54	Diabète								
55	Corps médical - Activités (jusqu'à 5)								
56	Unité d'usage								
57	Corps médical de la salle d'OP - Activité 5a)								
58	Unité d'usage								
59	Corps médical du laboratoire de cathétérisme cardiaque - Activités 5a)								
60	Unité d'usage								
61	Corps médical des unités de SI - Activité 5b)								
62	Unité d'usage								
63	Corps médical des soins intermédiaires (MCU) - Activité 5b)								
64	Unité d'usage								
65	Corps médical de la salle des opérations - Activité 5b)								
66	Unité d'usage								

Certains hôpitaux (c'est le cas de l'hôpital XY) peuvent déjà paramétrer le « fractionnement des coûts indirects » automatique des coûts de l'administration des patients et des CUI dans leurs systèmes de comptabilité analytique (procédure d'attribution directe) et, ainsi, assurer la répartition de ces natures de charges indirectes sur les cas administratifs ambulatoires. Dans la version 10.0 d'ITAR_K®, la saisie des coûts d'administration des patients ne peut cependant pas être saisie de manière directe sur les cas administratifs ambulatoires. Les coûts totaux d'administration des patients doivent être saisis dans la cellule EA42, comme mentionné ci-dessus⁴¹. Concernant la répartition des CUI ambulatoires, cette dernière peut s'effectuer de manière directe proportionnellement aux prestations tarifaires dont a bénéficié le patient / la patiente ambulatoire. Dans ITAR_K®, les cellules suivantes du « Relevé CUFI, Aperçu global » sont remplies par les services concernés des hôpitaux :

⁴¹ A relever que dès la version ITAR_K® 12.0 il est à nouveau possible de choisir entre une répartition automatique ou manuelle des coûts d'administration des patients dans le domaine ambulatoire.

Illustration 5: onglet Excel « Relevé CUI, Aperçu global » affectation directe des coûts proportionnels CUI ambulatoires.

Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®		Total traitement ambulatoire	Total	TARMED LAM1 au sens strict	TARMED CTM	TARMED Autopayeurs (y c. assurance complémentaire)	TARMED Total	Tarif Laboratoire	Physio LAM1 au sens strict	Physio CTM	Physio Autopayeurs (y c. assurance complémentaire)
Calcul unitaire par unité finale d'imputation 1.1.-31.12.2019											
Relevé des unités finales											
32	Expenses	PT									
33	Logements	PT									
34	Logements	PT									
35	Thérapies non-médicales et conseils	PT et min									
36	Diagnostic médical et thérapeutique	PT et min									
37	Unités de soins intermédiaires (MILU)	PT et min									
38	Soins	Min									
39	Psychologues	PT									
40	Psychologues	Journée hosp									
41	Mobilier-chambres	Journée hosp pondérée									
42	Mobilier-cuisine	Journée hosp ou repas									
43	Mobilier-service	Journée hosp									
44	Autres fournisseurs de prestations	Journée hosp									
45	Téléologie	PT et min									
46	Recherche et formation universitaire (uniquement lié aux mandats de recherche et de formation universitaire)	IC des rémunérations									
47	Service de sauvetage et d'ambulance (uniquement transports secondaires)	Montant en CHF									
48	Coûts non liés aux patients (coûts récurrents des centres de charges complètes)	Montant en CHF									
49	Total coûts indirects excepté les charges d'utilisations des immobilisations du bloc de coûts A)										
50	Somme des charges d'utilisation des immobilisations selon REKOLE										
51	Total IP (y c. utilisation des immobilisations)										
52	Total coûts directs et indirects (y c. réalisation des immobilisations selon REKOLE)										
53	Total des coûts (coûts directs et indirects) sans utilisation des immobilisations										
54	Résultat (= bénéfice / = perte)										

Dans la mesure où un hôpital a déjà paramétré les 3 natures de charges indirectes dans son système de comptabilité analytique et assure ainsi finalement la répartition de ces natures de charges indirectes dès la saisie des cas administratifs ambulatoires dans ITAR_K®, l'étape 2 est inutile pour cet hôpital, exception faite des pour les coûts d'administration des patients qui ne peuvent être répartis qu'automatiquement dans la version 10.0 d'ITAR_K®.

Il est également envisageable qu'un hôpital assure par exemple l'attribution coûts indirects issus de l'administration des patients selon la procédure d'attribution indirecte et les CUI ambulatoires selon la procédure d'attribution directe. Dans ce cas, l'étape 2 s'applique, mais uniquement pour l'affectation des coûts indirects liés à l'administration des patients. Il ne serait pas admissible dans ce contexte que les CUI soient également intégrés dans l'étape 2, car cela conduirait à une double imputation des CUI !

Les coûts d'une structure tarifaire ou d'une activité sont finalement comparés aux prestations:

Illustration 6 : attribution des unités totales de prestations ambulatoires conformément au tarif (p.ex. total des points tarifaires selon TARMED)

Op	CH	Description	Total Charges COEX	Ajustement par objet	Total COEX	TARMED LAM1 au sens strict	TARMED CTM	TARMED Autopayeurs (y c. assurance complémentaire)	TARMED Total	Tarif Laboratoire
Coûts d'exploitation nets I (CEN I)										
/ Déductions subsidiaires: coûts des prestations d'intérêt général (PIG)										
Coûts d'exploitation nets II (CEN II)										
/ Déduction pour coûts supplémentaires issus de prestations pour assurés avec ass. complémentaires										
/ Déductions des rémunérations complémentaires SwissDRG (évaluées et non évaluées)										
+ Compensation des contributions cantonales pour autant qu'elles aient été comptabilisées comme diminution des charges										
+ Coûts non-tarifés à part, part par tarif										
Répartition des déductions cumulées sur les tarifs amb										
Déduction des intérêts si actifs circulants, si pas selon la méthode du Surveillant des prix										
Supplément pour non-prise en compte des intérêts sur actifs circulants										
Charges d'exploitation pertinentes pour le benchmarking (CPB)										
Nombre de cas (cas directs non existants etc.)										
Case Mix Index, Day Mix Index (soit la durée de séjour moyenne lorsque l'unité de prestation correspond au jour (réadaptation, psych, hôpital de jour)										
Valeur de base pertinente pour le benchmarking (référence: cas, journée...) par système tarifaire										
Valeur de base pertinente pour le benchmarking (Référence: cas, journée...) (regroupement)										
Charges d'utilisation des immobilisations REKOLE										
Charges d'exploitations pertinentes pour le benchmarking (CPB) y c. charges d'utilisation des immobilisations REKOLE										
Part des immobilisations aux charges d'exploitations pertinentes pour le benchmarking (CPB)										
Valeur de base pertinente pour le benchmarking (Référence: cas, journée...) y c. CUI REKOLE										
Charges d'utilisation des immobilisations OCP										
Charges d'exploitations pertinentes pour le benchmarking (CPB) y c. charges d'utilisation des immobilisations OCP										
Part des immobilisations aux charges d'exploitations pertinentes pour le benchmarking (CPB)										
Valeur de base pertinente pour le benchmarking (Référence: cas, journée...) y c. CUI OCP										
Procédure de benchmark										
PRD: valeur de base du cas après benchmarking (autres: coûts par unité de prestation)										
Ambulatoire: coûts par point tarifé et tarif, après déductions/compensations incl. CUI REKOLE										
* Calcul de projection nationale: renchérissement s'charges du personnel et autres charges d'exploitations s'1 ans										
*i: Calcul de projection spécifique à l'institution										
*ii: Supplément/déduction pour nouvelles directives légales										
Valeur de base du cas 2021 ou coûts déterminants par unité de prestation, CUI exclus										
+ Part de charges d'utilisation des immobilisations (CUI) selon REKOLE										
Valeur de base du cas pour OCP1 resp. coûts totaux pertinents par unité de prestations										

Pour les cas ambulatoires, toutes les prestations doivent être additionnées conformément aux points tarifaires TARMED saisis, car il est important que les coûts correspondent aux prestations. En d'autres termes, il s'agira de prendre en compte les mêmes cas ambulatoires, tant pour les

coûts que pour le nombre de points tarifaires (congruence). Ce n'est qu'ainsi qu'il sera possible de déterminer la valeur du point basée sur les coûts des différents tarifs (coûts totaux liés au tarif / prestations totales liées au tarif).

1.7 Exemple d'attribution des composantes de coûts à l'unité finale d'imputation (tarif / activités) selon ITAR_K®.

Dans l'exemple ci-dessus (« Douleurs abdominales »), le cas administratif ne concernait que des prestations tarifées et facturées au moyen du TARMED. Dans ce cas, l'attribution des coûts par unité finale d'imputation est relativement triviale. Concrètement, l'attribution s'effectuera comme suit : les composantes de coûts du cas administratif seront affectées aux activités / tarifs d'ITAR_K® de l'hôpital XY en appliquant la procédure d'attribution directe :

Tableau 5 : attribution des composantes de coûts à l'unité finale d'imputation (tarif / activités) selon ITAR_K® (sur la base du cas administratif « Douleurs abdominales »)

CN	Définition	Coûts	Colonne ITAR_K® dans l'onglet Excel « Relevé CUFI, Aperçu global » (Version 10.0 ⁴²)
10	Administration des patients	6.61	Colonne EC Tarif TARMED, cellule EC42 (procédure d'attribution indirecte, ventilation automatique et proportionnelle du montant total d'administration des patients saisi dans la cellule EA42)
31	Activités médicales 1 à 5	434.78	Colonne EC Tarif TARMED, cellule EC53
39	Soins	39.87	Colonne EC Tarif TARMED, cellule EC67
	CUI	10.30	Colonne EC Tarif TARMED, cellule EC78 (procédure d'attribution directe)

⁴² Désignation des colonnes selon la version ITAR_K® 10.0; la numérotation de la colonne et sa désignation peuvent différer dans les versions antérieures et postérieures.

Illustration 7: onglet Excel « Relevé CUFI, Aperçu global », attribution des composantes de coûts à l'unité finale d'imputation selon ITAR_K® (sur la base du cas administratif « Douleurs abdominales »)

	A	B	C	EA	EB	EC	ED	EE	EF
8	=Aperçu global!C3								
9	Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®								
10	Calcul unitaire par unité finale d'imputation 1.1.- 31.12.2019			Total traitement ambulatoire	Total	TARMED LAMal au sens strict	TARMED CTM	TARMED Autopayeurs (y c. assurance complémentaire)	TARMED Total
12	Revenus unitaires								
40	Coûts indirects			Unité d'œuvre					
41	Coûts directs			Unité d'œuvre					
42	10	Administration des patients	Cas administratif						
43	20	Chirurgie	Min. effective						
44	21	Laboratoire cardiaque de cathétérisme	Min. effective						
45	23	Anesthésie	Pt et min.						
46	24	Unités de soins intensifs	Pt et min.						
47	25	Urgences	Pt et min.						
48	26	Procédé d'imagerie médicale	Pt et min.						
49	27	Salle d'accouchement	Pt et min.						
50	28	Médecine nucléaire et radiooncologie	Pt et min.						
51	29	Laboratoire	Pt et min.						
52	30	Dialyses	Nombre de dialyses						
53	31	Corps médical-Activités 1 jusqu'à 5	Pt et min.						
54	31	Corps médical de la salle d'OP - Activité 6a1	Min. effective, pondérée						
55	31	Corps médical du laboratoire de cathétérisme cardiaque - Activité 6a2	Min. effective, pondérée						
56	31	Corps médical des unités de SI - Activité 6b	Pt et min.						
57	31	Corps médical des soins intermédiaires IMCU - Activité 6b	Pt et min.						
58	31	Corps médical du service des urgences - Activité 6b	Pt et min.						
59	31	Corps médical des salles d'accouchement - Activité 6b	Pt et min.						
60	31	Corps médical du diagnostic médical et thérapeutique - Activité 6b	Pt et min.						
61	32	Physiothérapie	PT						
62	33	Ergothérapie	PT						
63	34	Logopédie	PT						
64	35	Thérapies non médicales et conseils	PT						
65	36	Diagnostic médical et thérapeutique	Pt et min.						
66	38	Unités de soins intermédiaires (IMCU)	Pt et min.						
67	39	Soins	Min. PT						
68	40	Psychologie	PT						
69	41	Hôtellerie-chambres	Journée hosp. pondérée						
70	42	Hôtellerie-cuisine	Journée hosp. ou repas						
71	43	Hôtellerie-service	Journée hosp.						
72	44	Autres fournisseurs de prestations	Journée hosp.						
73	45	Pathologie	Pt et min.						
74	47	Recherche et formation universitaire (Uniquement lié aux mandats de recherche et de formation universitaire)	% des rémunérations						
75	77	Service de sauvetage et d'ambulance (Uniquement transports secondaires)	Montant en CHF						
76	78	Coûts rattachés aux patients (peuvent représenter des centres de charges complets)	Montant en CHF						
77	Total coûts indirects excepté les charges d'utilisations des immobilisations du bloc de coûts A)								
78	Somme des charges d'utilisation des immobilisations selon REKOLE								
79	Total (y compris les immobilisations)								
80	Total coûts (directs et indirects) y.c. utilisation des immobilisations selon REKOLE								
81	Total des coûts (coûts directs et indirects) sans utilisation des immobilisations								
82	Résultat (+ = bénéfice / - = perte)								

Lorsqu'un patient / une patiente bénéficie, outre de prestations TARMED, de prestations médicales supplémentaires financées par d'autres tarifs (p. ex. une prestation de laboratoire → tarif LA (laboratoire) de même que de prestations thérapeutiques (physiothérapie ou logopédie), et lorsque ces prestations sont toutes indiquées pour et dans un seul et même cas administratif, les coûts des prestations médicales et thérapeutiques seront attribués aux tarifs correspondants. Les unités de prestations (PT) et les produits pour les prestations des « autres tarifs » seront également saisis dans ces « autres tarifs ».

L'illustration ci-dessous représente l'affectation de coûts pour des prestations thérapeutiques issues de plusieurs domaines, à l'aide d'un exemple supplémentaire, celui d'une « déchirure du périnée ». Ce cas administratif ambulatoire comprend des prestations relevant à la fois du domaine du TARMED que du domaine de la physiothérapie :

Tableau 7: attribution des composantes de coûts à l'unité finale d'imputation selon ITAR_K®, sur la base du cas administratif « Déchirure du périnée ».

CN	Définition	Coûts	Colonne ITAR_K® dans l'onglet Excel « Relevé CUFI, Aperçu Global » (Version 10.0 ⁴³)
401	Matériel	65.23	Colonne FS, cellule FS 27
10	Administration des patients	6.61	Répartition proportionnelle et automatique des coûts entre : <ul style="list-style-type: none"> - colonne EC Tarif TARMED, cellule EC42 - colonne EH Tarif Physio., cellule EH42 (procédure d'attribution indirecte)
31	Activités médicales 1 à 5	223.19	Colonne EC Tarif TARMED, cellule EC53
32	Physiothérapie	401.05	Colonne EH Tarif Physio, cellule EH61
	CUI	67.82	Répartition proportionnelle des coûts entre : <ul style="list-style-type: none"> - colonne EC Tarif TARMED, cellule EC78 - colonne EH Tarif Physio, cellule EH78 (procédure d'attribution directe)

Illustration 8: Onglet Excel « Relevé CUFI, Aperçu global », attribution des composantes de coûts à l'unité finale d'imputation selon ITAR_K®, sur la base du cas administratif « Déchirure du périnée ».

	EC	ED	EE	EF	EG	EH	EI	EJ	FK	FL
Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®										
Calcul unitaire par unité finale d'imputation 1.1.- 31.12.2019	TARMED LAMal au sens strict	TARMED CTM	TARMED Autopayeurs (p.c. assurance complémentaire)	TARMED Total	Tarif Laboratoire	Physio LAMal au sens strict	Physio CTM	Physio Autopayeurs (p.c. assurance complémentaire)	Physio Total	Matériel, médicaments, sang
Revenus unitaires										
Coûts directs										
401 Médicaments (non-compris sang et produits sanguins)										
402 Energie et produits associés										
403 Matériel (non-compris implants), instruments, ustensiles, textiles										
405 Prestations médicales, diagnostiques et thérapeutiques de tiers (non-compris honoraires médicaux)										
300 Honoraires de médecins, médecins hospitaliers										
301 Honoraires de médecins, médecins agréés										
Autres coûts directs										
400 Transports de patients par des tiers										
406 Autres prestations de tiers liées au patient										
408 Autres frais liés au patient										
Total coûts directs										

⁴³ Désignation des colonnes selon la version ITAR_K® 10.0; la numérotation de la colonne et sa désignation peuvent différer dans les versions antérieures et postérieures.

*Aperçu global ITAR_K®		Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®										
Calcul unitaire par unité finale d'imputation 1.1.- 31.12.2019		Total traitement ambulatoire	Total	TAFME D LAMed au sens strict	TAFME D CTM	TAFME D Autonomie (p.c. assurance complémentaire)	TAFME D Total	Tarif Laboratoire	Physio LAMed au sens strict	Physio CTM	Physio Adaptation (p.c. assurance complémentaire)	Physio
10	Admission des patients											
11	Admission des patients											
12	Admission des patients											
13	Admission des patients											
14	Admission des patients											
15	Admission des patients											
16	Admission des patients											
17	Admission des patients											
18	Admission des patients											
19	Admission des patients											
20	Admission des patients											
21	Admission des patients											
22	Admission des patients											
23	Admission des patients											
24	Admission des patients											
25	Admission des patients											
26	Admission des patients											
27	Admission des patients											
28	Admission des patients											
29	Admission des patients											
30	Admission des patients											
31	Admission des patients											
32	Admission des patients											
33	Admission des patients											
34	Admission des patients											
35	Admission des patients											
36	Admission des patients											
37	Admission des patients											
38	Admission des patients											
39	Admission des patients											
40	Admission des patients											
41	Admission des patients											
42	Admission des patients											
43	Admission des patients											
44	Admission des patients											
45	Admission des patients											
46	Admission des patients											
47	Admission des patients											
48	Admission des patients											
49	Admission des patients											
50	Admission des patients											
51	Admission des patients											
52	Admission des patients											
53	Admission des patients											
54	Admission des patients											
55	Admission des patients											
56	Admission des patients											
57	Admission des patients											
58	Admission des patients											
59	Admission des patients											
60	Admission des patients											
61	Admission des patients											
62	Admission des patients											
63	Admission des patients											
64	Admission des patients											
65	Admission des patients											
66	Admission des patients											
67	Admission des patients											
68	Admission des patients											
69	Admission des patients											
70	Admission des patients											
71	Admission des patients											
72	Admission des patients											
73	Admission des patients											
74	Admission des patients											
75	Admission des patients											
76	Admission des patients											
77	Admission des patients											
78	Admission des patients											
79	Admission des patients											
80	Admission des patients											
81	Admission des patients											
82	Admission des patients											
83	Admission des patients											
84	Admission des patients											
85	Admission des patients											
86	Admission des patients											
87	Admission des patients											
88	Admission des patients											
89	Admission des patients											
90	Admission des patients											
91	Admission des patients											
92	Admission des patients											
93	Admission des patients											
94	Admission des patients											
95	Admission des patients											
96	Admission des patients											
97	Admission des patients											
98	Admission des patients											
99	Admission des patients											
100	Admission des patients											

Ces deux exemples démontrent en détail comment les différentes composantes de coûts sont attribuées aux différentes unités finales d'imputation (par tarifs et activités) selon ITAR_K®.

Les CUI suivent proportionnellement (en pourcentage) les coûts des prestations (médicales et thérapeutiques) fournies sur les domaines d'activités et les tarifs correspondants. L'attribution peut se faire directement (comme dans le cas de l'hôpital XY) ou au moyen de la colonne « Pas de tarif séparé » (voir les explications ci-dessus). L'attribution des coûts d'administration des patients se fait dans tous les cas de manière automatique et proportionnelle sur les différents tarifs/activités ambulatoires au travers de la colonne « Total traitement ambulatoire », cellule EA42).

Le total des activités ambulatoires de l'hôpital XY (= tous les traitements ambulatoires de l'hôpital) figure également à la colonne EA, Aperçu global dans ITAR_K®, où le rapport avec les coûts totaux et la comptabilité des immobilisations peut être retracé.

1.8 ITAR_K® Aperçu global

Dans l'Aperçu global d'ITAR_K®, le total des coûts hospitaliers provenant des coûts directs, des coûts indirects et des charges d'utilisation des immobilisations figure à la ligne 19. À partir de la ligne 20 sont apportées les corrections nécessaires au calcul du tarif, au niveau de l'établissement et non pas au niveau du cas. Pour cette raison, elles sont saisies dans ITAR_K® et non directement au niveau des cas administratifs. Cette procédure est également appelée *Détermination des charges d'exploitation pertinentes pour les tarifs*, et peut être résumée comme suit dans le secteur ambulatoire, au moyen des étapes suivantes :

- Déduction des charges calculées (ou d'exploitation) d'utilisation des immobilisations.
- Déduction des produits du groupe de comptes 65 provenant d'autres prestations aux patients.
- Déduction subsidiaire pour les prestations d'intérêt général, dans la mesure où elles ne sont pas déjà comptabilisées par unité finale d'imputation, p. ex. comme « mandat »
- Compensation des contributions cantonales (pour autant qu'elles aient été comptabilisées comme diminution des charges).
- Déduction des intérêts sur les actifs circulants, si pas calculés selon la méthode du Surveillant des prix.

- Supplément pour les intérêts sur les actifs circulants selon la méthode du Surveillant des prix.
- Compensation des charges financières d'utilisation des immobilisations selon l'OCP (ligne 40)

Au final, le résultat des coûts ambulatoires par point tarifaire (= valeur du point tarifaire basée sur les coûts) est obtenu à la ligne 56 en divisant les coûts d'exploitation pertinents pour le tarif par le nombre de points tarifaires fournis et saisis (ligne 35).