

Décision sur la proposition n° 14_004

Traçabilité de la proposition	Date	Statut
Remise le:	10.04.2014	
1 ^{er} traitement	24.04.2014	
2 ^{ème} traitement		
Rendue public le:		
Date de validité		
Remplacée par la proposition n°:		
Soumise au Conseil H+ à titre d'infos le:	Juin 2014	
Soumise au Conseil H+ à titre de proposition de changement le:		
Retenue dans la manuel REKOLE [®] 4 ^e édition 2013		
Décision REK	Rejetée	
Délais de mis en oeuvre	---	

Références générales et relatives au manuel REKOLE[®] 4^e édition 2013 et auteur

N° de chapitre & énoncée	8.6.2 Les centres de charges fournisseurs de prestations
Auteur de la proposition (Institution)	GZO AG Wetzikon

1. Situation initiale / Problématique

Notre proposition porte sur le traitement des coûts médicaux pour les centres de charges obligatoires de REKOLE[®] exposés ci-après:

- 20 Salle OP
- 24 Soins intensifs et soins intermédiaires
- 25 Urgences

La proposition concerne également les centres de charges suivants (2^{nde} priorité):

- 27 Salle d'accouchement
- 30 Dialyses
- 36 Diagnostic médical et thérapeutique

Dans les hôpitaux et cliniques, le personnel médical se voit de plus en plus confier la responsabilité organisationnelle des services des salles d'opération, des unités de soins intensifs et des urgences ou de disciplines telles que l'oncologie et/ou le conseil pour diabétiques, etc. Les coûts salariaux des corps médicaux sont imputés sur ces centres de charges et, *last but not least*, les prestations des médecins sont réalisées dans ces unités. Concrètement, ces coûts médicaux sont aujourd'hui comptabilisés dans le cadre du centre de charges 31, *via* des blocs de charges distincts, pour les rémunérations des corps médicaux («SAL.MED.» p. ex.). Au niveau du relevé des unités finales d'imputation, cela entraîne, pour les coûts indirects, des distorsions par rapport aux coûts effectifs pour l'unité à l'origine des coûts.

En matière d'imputation des coûts médicaux, la réglementation actuelle prévoit en outre que ces coûts doivent figurer dans le laboratoire, l'anesthésie et/ou la radiologie p. ex., ainsi que la possibilité d'affecter des coûts du personnel non médical au centre 31. Désormais, nous cherchons à savoir pourquoi cela ne peut pas être le cas pour les centres de charges susmentionnés afin de dresser un relevé mieux adapté de tous les centres de coûts.

Nous estimons qu'il est possible d'améliorer la transparence de la comparaison des coûts par cas au niveau des coûts indirects en cas de comparaison (avec ou sans les coûts médicaux) à un niveau inférieur. Un tel procédé serait envisageable si les coûts salariaux (prestations sociales comprises) étaient comptabilisés en conséquence, pour chaque CC, dans les blocs de charges médicaux/non médicaux (ex: SAL.CC_x et SAL.MED.CC_x). Au sein des systèmes d'information de gestion, il serait alors possible de procéder à des évaluations à l'aide des structures correspondantes des composantes de coûts lorsque, p. ex., les coûts médicaux/non médicaux doivent être comparés entre les établissements au niveau des groupes de CC.

2. Décision REK

Décision rejetée.

Résultat du scrutin:

Nombre de voix (max.): 13

Majorité absolue: 8

Oui: 0

Non: 13

Absentions: 0

Motif:

1. Principe de base concernant les prestations médicales: les coûts inhérents aux corps médicaux doivent être affectés aux unités finales d'imputation *via* le CC obligatoire 31 Corps médicaux. Alors que certaines activités médicales relevant du CC obligatoire 31 (types d'activité 1 – 5) sont désignées par le biais de composantes de prestations techniques et médicales (PT et PM), on recense également d'autres prestations médicales (type d'activités 6) représentant uniquement les prestations de cette catégorie (PM). Les prestations médicales du type d'activité 6 doivent être considérées comme un complément des prestations techniques (PT). Les PT doivent toutefois être imputées sur d'autres CC obligatoires (salle OP/soins intensifs et soins intermédiaires/urgences/salle d'accouchement/diagnostic médical et thérapeutique).
2. Les corps médicaux appartenant aux domaines d'activité suivants font exception au principe de base édicté au point 1 et sont affectés aux unités finales d'imputation avec les composantes techniques de leur environnement nécessaires à l'exécution des prestations (personnel et infrastructure) (*REK 05_055*):

Ärzteschaft (<i>REK 08_001</i>)	Kontierung in der MUSS-Kostenstellengruppe
▪ Anästhesie	▪ 23 Anästhesie
▪ Radiologie, usw.	▪ 26 Bildgebende Verfahren
▪ Nuklearmedizin, usw.	▪ 28 Nuklearmedizin und Radioonkologie
▪ Labormedizin	▪ 29 Labor
▪ Pathologie	▪ 45 Pathologie
▪ Dialysen (<i>REK 09_007</i>)	▪ 30 Dialysen

Cette réglementation à caractère exceptionnel se fonde sur la réflexion selon laquelle le personnel des corps médicaux travaillant sur mandat d'un autre corps médical doit faire l'objet d'une imputation incluant leur environnement technique.

3. Dans le cadre de la comptabilisation des activités médicales, il convient, à tout instant, d'être attentif à l'affectation des types d'activités médicales spécifiques aux unités finales d'imputation, que ce soit avec et sans leur environnement technique (respectivement pour les types d'activités 1 – 5 et le type d'activités 6. Si l'objectif consiste à comptabiliser les prestations médicales du type d'activités 6 (y compris la prestation technique correspondante), il convient d'associer deux composantes de coûts indirects en rapport avec les unités finales d'imputation.


4. Les comparaisons entre hôpitaux sous l'aspect de la structure des coûts indirects des relevés des unités finales d'imputation doivent être réalisées avec prudence car ces relevés n'ont pas vocation à comparer les établissements. Si les comparaisons de certains types de coûts entre différents hôpitaux sont possibles par le biais de plusieurs étapes, nécessaires et complémentaires, de contrôle de la plausibilité (coûts directs spécifiques p. ex.) les comparaisons entre hôpitaux des composantes des coûts indirects des unités finales d'imputation ne sont pas admises. Une telle procédure se fonde sur une hypothèse erronée, selon laquelle tous les hôpitaux gèrent les mêmes activités et processus internes et sont exposés aux mêmes externalités (environnement hospitalier régi par les politiques régionales, p. ex.).

Au final, l'approche de calcul poursuivie par REKOLE® (prévoyant notamment la comptabilisation des corps médicaux dans le CC obligatoire 31 et non comme blocs de charges salariales indépendants dans plusieurs CC obligatoires), constitue une décision cherchant à établir un compromis, permettant ainsi d'affirmer que les hôpitaux présentent une organisation qui leur est propre.

Dans la mesure où les médecins assument la responsabilité organisationnelle de services définis (p. ex. direction des salles d'opération, des soins intensifs ou des urgences), il convient d'imputer aux services correspondants la part adéquate des coûts salariaux au titre de ces activités de direction.

3. Conséquences sur le manuel REKOLE® 4^e édition 2013

4. Conséquences sur le plan comptable H+, 8^e édition révisée 2014

Lieu, date	Berne, le 5 mai 2014	
Nom, signature	H+ Les Hôpitaux de Suisse REK Pascal Besson	

Proposition: 14_004