

Décision sur la proposition n° 14_006

Traçabilité de la proposition	Date	Statut
Remise le:	21.8.2014	
1 ^{er} traitement	4.12.2014	
2 ^{ème} traitement	Janv.-avril 2015	
Date de validité	1.1.2018	
Remplacée par la proposition n°:		
Soumise au Comité de H+ à titre d'info le:		
Soumise au Comité de H+ à titre de proposition de changement le:	Mai 2015	
Retenue dans la manuel REKOLE® 4 ^e édition 2013		
Décision REK	Acceptée	
Délais de mise en œuvre	Un an dès la date de validité	

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

N° de chapitre & énoncé	8.6.2 / 8.8 / 9.8/10.4/10.7
Auteur de la proposition (institution)	SwissDRG SA / H+ / Spital Thurgau AG / USZ / Kantonspital Winterthur

1. Situation initiale / Problématique

Lors de l'atelier SwissDRG du 26 juin 2014 consacré aux données, il est apparu, entre autres, que la saisie des coûts en salle d'opération posait de gros problèmes du point de vue du Casemix Office (CMO).

Le CMO souhaite que le calcul pour la salle d'opération soit effectué de manière plus précise (p. ex. utilisation uniquement du temps incision-suture effectif). En outre, il convient de vérifier si la prise en compte du temps de changement/préparation et du facteur de simultanéité (« Rüstzeit » et « Gleizeitigkeitsfaktor » selon la terminologie de l'InEK) est judicieuse dans le contexte helvétique.

Le Secrétariat central de H+ s'est saisi du thème et l'a fait analyser par un groupe de travail comportant des représentants des hôpitaux (Spital Thurgau AG et Unispital Zürich). Il s'agissait d'examiner si une précision de la procédure de calcul des coûts de la salle d'opération ainsi que de ceux des corps médicaux qui y interviennent devait être effectuée.

Il s'agit d'examiner en particulier:

1. dans quelle mesure le facteur de simultanéité (= durée de la prestation pendant laquelle plusieurs médecins, resp. soignants sont présents dans la salle d'opération) est déjà pris en compte aujourd'hui et comment ce point peut être précisé.
2. si le temps incision-suture (TIS) est suffisant pour le CC obligatoire «Salle d'opération» ou si une autre durée serait plus adéquate.
3. si la durée d'anesthésie «induction-fin du réveil (y compris phase de réveil)» est suffisante pour garantir une compréhension uniforme au niveau national de la durée et ainsi un calcul uniforme des coûts d'anesthésie liés à la salle d'opération.

Proposition de solution

Le groupe de travail a reconnu qu'il était nécessaire d'agir, tant au niveau de l'imputation des

prestations médicales prodiguées en salle d'opération et présentées dans le type d'activités 6 du formulaire de saisie des prestations médicales (cf. tableau p. 271), qu'au niveau de l'imputation du centre de charges obligatoire «Salle d'opération».

Les principes suivants doivent être pris en compte dans la procédure de calcul:

Variante minimale au sens obligatoire (valable pour la certification)

Imputation des prestations médico-chirurgicales en salle d'opération:

- a. Le temps de la prestation des chirurgiens (TPch) est la nouvelle durée de référence pour l'imputation des prestations chirurgicales des médecins au patient en salle d'opération. Il représente l'activité du médecin en salle d'opération. Le TPch ne correspond ni au temps incision-suture (TIS) ni au «temps lié à la prestation au sens restreint» utilisé de manière standard dans TARMED. Il n'est pas assimilé non plus au temps de changement/préparation (« Rüstzeit ») défini en Allemagne.
Il commence avec la présence physique du premier médecin dans la salle d'opération (début de la préparation de l'opération) et se termine avec la sortie de la salle d'opération du dernier médecin (fin des mesures complémentaires post-chirurgicales), à l'exclusion des médecins qui sont déjà pris en compte dans d'autres CC obligatoires, comme par exemple l'anesthésiste.
- b. Le nombre de médecins présents pendant le TPch (à l'excl. de ceux qui sont déjà pris en compte dans d'autres centres de charges obligatoires, comme p. ex. l'anesthésiste) doit être saisi. Ce nombre permet de pondérer le TPch médical en salle d'opération (facteur de simultanéité simplifié [FS]). Le fait qu'un médecin arrive plus tard ou s'en va plus tôt n'est pas pris en compte.
- c. Le TPch total (cumulé) – lié à un cas – correspond au TPch multiplié par le nombre de médecins présents durant cette période.
- d. Le type d'activité 6¹ est scindé en 6a (activité médicale en salle d'opération) et 6b.
- e. L'unité d'oeuvre pour le type d'activité 6a est la minute effective pondérée. La pondération est réalisée au moyen du nombre de médecins présents qui est saisi.
- f. Deux blocs de charges 6a et 6b sont créés dans le CC obligatoire 31 «Corps médicaux», où les parts de charges salariales correspondantes des médecins doivent être portées.
- g. Taux de charges pour le bloc de charges 6a = Σ bloc de charges 6a / Σ TPch pondéré (pondération: nombre de médecins).
- h. Dans le relevé des unités finales d'imputation, les coûts indirects 6a et 6b figurent sous forme re-groupée, comme jusqu'ici.
- i. Imputation des coûts du CC obligatoire 20 «Salle d'opération»: la période «temps de salle d'OP» est déterminante pour le temps de la prestation (TP) au patient. Les activités telles que la préparation et le positionnement du patient ainsi que les soins postopératoires en salle d'opération sont ainsi pris en compte.
- j. Définition du temps de salle d'OP: cette période commence par le positionnement du patient par le personnel technique de salle d'opération ou par l'entrée physique du patient dans la salle lorsque le début de l'induction commence seulement en salle d'opération. Elle se termine par la sortie physique du patient hors de la salle d'opération.
- k. Le temps de salle d'OP est saisi en minutes effectives.
- l. La pondération du temps de salle d'OP au moyen du nombre de techniciens (non-médicaux) de salle d'opération est formulée comme solution facultative, au motif qu'elle n'est pas essentielle pour le calcul du cas (le rapport importance / effort n'est pas favorable).
- m. La pondération au moyen des charges salariales (PCS) doit être considérée fondamentalement comme solution facultative, au motif qu'elle n'est pas essentielle pour le calcul du cas (le rapport

¹ Cf. Manuel REKOLE 4^e édition 2013, tableau p. 271

importance / effort n'est pas favorable).

- n. Le temps de la prise en charge anesthésiologique est déterminant pour la durée de l'anesthésie (début de la prise en charge anesthésiologique - fin de la prise en charge anesthésiologique). Durant cette période, le patient est surveillé et suivi en permanence par un anesthésiste. Le début de la prise en charge anesthésiologique est le début de la surveillance permanente par le personnel d'anesthésie (dès que le patient passe sous la responsabilité du personnel d'anesthésie). La fin de la prise en charge anesthésiologique est la fin de la surveillance permanente (le patient passe sous la responsabilité de l'unité chargée du suivi; cf. A-QUA, SSAR). Le temps de prise en charge anesthésiologique lié à la salle d'opération est saisi en minutes effectives.

Les périodes de temps suivantes doivent être définies et présentées de manière univoque au niveau national:

- le temps lié à la prestation des chirurgiens (TPch),
- le temps lié à la prestation de prise en charge anesthésiologique lié à la salle d'opération,
- le temps de salle d'OP.

Les définitions déjà établies doivent être prises en compte lors de l'harmonisation.

Variante maximale (au sens d'une évolution possible. Non pertinente pour la certification)

- o. Lors de la détermination du facteur de simultanéité (FS), le fait qu'un médecin arrive plus tard ou s'en va plus tôt est pris en compte. Le temps effectif de présence du médecin est saisi. Des durées prédéfinies peuvent être appliquées dans ce contexte.
- p. Une pondération des charges salariales (PCS) des médecins impliqués peut être prise en compte en outre dans la pondération du temps lié à la prestation médicale. La pondération est ainsi plus précise (FS x PCS).
- q. Dans le CC obligatoire 31 «Corps médicaux», le taux de charges pour le bloc de charges 6a correspond à: Σ bloc de charges 6a / Σ TPch pondéré (au moyen de FS et PCS).
- r. Imputation du CC obligatoire 20 «Salle d'opération»: le temps de prestation total du personnel opératoire (rapporté à un cas) correspond au temps de salle multiplié par l'effectif du personnel opératoire présent pendant l'opération (à l'excl. des médecins) → temps de salle OP x effectif du personnel opératoire présent.
- La commission REK considère qu'une pondération des charges salariales (PCS) du personnel de salle d'opération est exagérée même pour une variante maximale.

2. Décision REK

La proposition REK et la solution élaborée sont approuvées.

Résultat du scrutin: adoption à l'unanimité.

Par certains aspects, la solution comporte des composantes visionnaires mais nécessaires cependant. Afin que la branche hospitalière emprunte cette direction, la commission REK élabore à titre exceptionnel une solution obligatoire conforme aux conditions actuelles, qui devra être mise en œuvre à moyen terme.

Cette décision REK entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2018 et sera valable pour la certification dès le 1^{er} janvier 2019.

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

(Les conséquences sont mises en évidence en rouge)

Chapitre 8.6.2 Les centres de charges fournisseurs de prestations

...

Salle d'opération		(20)		
© H+ Les Hôpitaux de Suisse				
Centres de charges facultatifs	-	Toutes les salles OP		
Contenu (coûts primaires)	-	Toutes les charges (charges de personnel et de matériel), y compris les instrumentistes et matériel C. - Corps médical non compris - Charges inhérentes à l'anesthésie non comprises. - Textiles y compris - Les parts de charges de personnel et de matériel relatives à la recherche et la formation universitaire sont à comptabiliser au CC obli. 47 Recherche et formation universitaire; si ces parts de charges sont incluses dans le présent CC, alors une procédure de transfert de compte entre le présent CC et le CC obli. 47 est nécessaire.		
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'.		
	A'	Charges d'utilisation des immobilisations (y compris les coûts secondaires). Les charges par nature suivantes sont concernées: 442, 444, 448		
Nombre de blocs de prestations	A A'	Toutes les prestations sont évaluées au moyen des minutes effectives. La période de référence est le temps de salle d'opération.		
Imputation		Unité d'œuvre	Taux de charges	
	Variante minimale	A	Min. effective	Bloc de charges A/ \sum min. effectives
Variante maximale	A'	Min. pondérée selon OPI, II, III	Bloc de charges A/ \sum min. pondérées	CHF/min. pondérée
Destinataire de l'imputation	A A'	Cas administratif		

Informations supplémentaires concernant la procédure de calcul du bloc de charges A (REK 14_006)

Le temps de salle d'OP est la période de référence pour mesurer la prestation du personnel technique (non-médical) en salle d'opération auprès du/pour le patient, ainsi que l'utilisation de l'infrastructure nécessaire de la salle d'opération.

La période «temps de salle d'OP» est saisie en minutes effectives.

Elle commence par le positionnement du patient par le personnel technique de la salle d'opération ou par l'entrée physique du patient dans la salle lorsque le début de l'induction commence en salle d'opération. Elle se termine par la sortie physique du patient de la salle d'opération.

Des informations supplémentaires au sujet de la durée et de la saisie des prestations sont données au chapitre 10.7 Centres d'activité médico-techniques et thérapeutiques.

...

Centres de charges facultatifs	<ul style="list-style-type: none"> - Divers sites - Thérapie médicale de la douleur - Salle de réveil - ss. 				
Contenu (coûts primaires)	<ul style="list-style-type: none"> - Charges d'anesthésie liées ou non aux salles d'OP (charges de personnel et de matériel), y compris le personnel soignant et le matériel C - Y compris le corps médical - Les parts de charges de personnel et de matériel relatives à la recherche et la formation universitaire sont à comptabiliser au CC obli. 47 Recherche et formation universitaire; si ces parts de charges sont incluses dans le présent CC, alors une procédure de transfert de compte entre le présent CC et le CC obli. 47 est nécessaire. 				
Nombre de blocs de charges	A	Charges d'anesthésie liées à la salle d'OP: frais de personnel et de matériel (coûts primaires et secondaires), à l'exclusion des charges des blocs 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 d'anesthésie non-liées à la salle d'OP: frais de personnel et de matériel (coûts primaires et secondaires), à l'exclusion des charges des blocs de charges A et A'.			
Nombre de blocs de prestations	A A' B	Toutes les prestations des médecins anesthésistes liées à la salle d'OP sont évaluées au moyen de minutes effectives. La période de référence est le temps de prise en charge anesthésiologique lié à la salle d'OP.			
Imputation	Unité d'œuvre		Taux de charges		
	Variante minimale	A A'	Min. effective	Bloc de charges A/ \sum min. effectives	CHF/min. effective
	Variante maximale	B	PT et min.	Bloc de charges B/ \sum PT et min.	CHF/PT et min
		A A' B	Min. pondérée selon la classe de risque	Bloc de charges A/ \sum min. pondérées	CHF/min pondérée
Destinataire de l'imputation	A A' B	Cas administratif			

Informations supplémentaires concernant la procédure de calcul du bloc de charges A (REK 14_006)

Le temps de prise en charge anesthésiologique lié à la salle d'opération (TPanOP) est la période de référence pour mesurer la prestation du médecin anesthésiste au patient dans le cadre d'une intervention chirurgicale en salle d'opération. Durant cette période, le patient est surveillé et suivi en permanence par un anesthésiste.

Le TPanOP est saisi en minutes effectives.

Il commence dès que le patient passe sous la responsabilité du personnel d'anesthésie et comprend la prise en charge anesthésiologique continue. Il se termine lorsque le patient passe sous la responsabilité de l'unité chargée du suivi.

Des informations supplémentaires au sujet de la durée et de la saisie des prestations sont données au chapitre 10.4 Corps médicaux.

...

Corps médicaux

(31)

© H+ Les Hôpitaux de Suisse

Centres de charges facultatifs	-	Subdivision selon les domaines médicaux (médecine interne, chirurgie, oncologie, pédiatrie, etc.).		
Contenu (coûts primaires)	-	Toutes les charges (charges de personnel et de matériel), matériel C inclus - Charges des cabinets médicaux non inclus (cf. CC obli. 80 Cabinets médicaux) - Personnel infirmier non inclus (cf. CC obli. 39) - Coûts de la direction médicale non inclus (cf. CC obli. 2 Direction) - Non compris les corps médicaux des groupes de centres de charges obligatoires suivants: anesthésie, procédé d'imagerie médicale, laboratoire, médecine nucléaire et radiooncologie, pathologie et Dialyses. - Les parts de charges de personnel et de matériel relatives à la recherche et la formation universitaire sont à comptabiliser au CC obli. 47 Recherche et formation universitaire; si ces parts de charges sont incluses dans le présent CC, alors une procédure de transfert de compte entre le présent CC et le CC obli. 47 est nécessaire.		
Nombre de blocs de charges	A	Charges de personnel et de matériel (coûts primaires et secondaires) pour les types suivants d'activité médicale 1-5 (cf. tableau au chapitre 10.4 Corps médicaux): - rapports, administration, gestion, relations publiques, - activités d'admission, de diagnostic et de sortie, - visites de patients, - consultation ambulatoire, à l'exclusion des charges des blocs 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	\sum Parts de charges salariales des activités médicales 6a en salle d'OP (cf. tableau au chapitre 10.4 Corps médicaux).		
	C	\sum Parts des charges salariales des activités aux soins intensifs (SI) – b ₁		
	D	\sum Parts de charges salariales des activités dans les unités de soins intermédiaires (IMCU) – 6b ₂		
	E	\sum Parts de charges salariales des activités aux urgences – 6b ₃		
	F	\sum Parts de charges salariales des activités en salle d'accouchement – 6b ₄		
	G	\sum Parts de charges salariales des activités de diagnostics médical et thérapeutique – 6b ₅		
Nombre de blocs de prestations	A A'	Toutes les prestations sont évaluées au moyen de points de taxe (PT) ou de minutes (min.) réelles ou normales. Si l'on choisit l'unité d'œuvre point de taxe TARMED, alors il s'agira de prendre en considération les points de taxe médicaux et techniques.		
	B	Toutes les prestations sont évaluées au moyen de minutes effectives. La période de référence correspond au temps de la prestation des chirurgiens (TPch). La pondération (soit le facteur de simultanéité (FS)) s'effectue par le nombre de médecins présents durant le TPch (à l'exclusion de ceux qui sont déjà pris en compte dans d'autres centres de charges obligatoires, comme par exemple l'anesthésiste).		
	C à G	Toutes les prestations sont évaluées au moyen de points de taxe (PT) ou de minutes (min.) réelles ou normales. Si l'on choisit l'unité d'œuvre point de taxe TARMED, alors il s'agira de prendre en considération uniquement les points de taxe médicaux.		
Imputation	Unité d'œuvre		Taux de charges	
	Variante minimale	A A'	PT et min.	Bloc de charges A/ \sum PT et min.
Variante maximale	B	Min. effective pondérée (FS)	Bloc de charges B/ \sum min. effectives pondérées (FS)	CHF/min. effective pondérée (FS)
	C à G	PT et min.	Bloc de charges C/ \sum PT et min.	CHF/PT et min.
	A A' B C à G	Min. pondérée	Bloc de charges A/ \sum min. pondérées	CHF/min. pondérée
	Destinataire de l'imputation	A A' B C à G	Cas administratif et mandat	

Numéro de la proposition: 14_006

Informations supplémentaires concernant la procédure de calcul du bloc de charges B (REK 14_006)

Le temps de la prestation des chirurgiens (TPch) est la durée de référence pour la mesure de la prestation des chirurgiens au patient en salle d'opération.

Le TPch est saisi en minutes effectives

Il commence avec la présence physique du premier médecin (déterminant est le début de la préparation de l'opération : positionnement, rasage, etc. et non pas le lieu – dans la salle d'OP ou avant l'entrée en salle d'OP - où la préparation de l'opération s'effectue). Cette durée de référence se termine dès que le dernier médecin sort de la salle d'opération respectivement dès qu'il a terminé son activité auprès du patient. A ne pas considérer de la mesure de cette durée de référence, sont les médecins qui sont déjà pris en compte dans d'autres CC obligatoires, comme par exemple l'anesthésiste.

De plus, le TPch est saisi en minutes effectives et pondéré par le nombre de médecins présents en salle d'opération durant cette période (à l'excl. des médecins déjà pris en compte dans d'autres CC obligatoires, p. ex. anesthésiste). La prise en compte de ce facteur de simultanéité (FS) permet de représenter plus précisément l'intensité de la prestation médicale prodiguée au patient. Le fait qu'un médecin arrive après le début du TPch, resp. sorte de la salle d'opération avant sa fin, n'est pas pris en compte pour le calcul du FS.

Des informations supplémentaires au sujet de la durée et de la saisie des prestations sont données au chapitre 10.4 Corps médicaux.

Chapitre 8.8 Récapitulation de la méthode d'imputation

Méthode d'imputation des centres de charges fournisseurs de prestations								
n°	Désignation du centre de charges obligatoire	Blocs de charges (apurés des parts de charges de l'enseignement et de la recherche) (CN = charges par nature)	Unité d'oeuvre		Taux de charges	Destinataires (vus de l'hôpital)		
			Variante	Unité	(CC = centre de charges)	Centre de charges	Unité finale d'imputation	
20	Salle OP	A Coûts primaires et secondaires, exceptés les CN du bloc de charges A'. (Si l'évaluation de la prestation s'effectue à l'aide de l'unité d'oeuvre point de taxe TARMED, alors seuls les points techniques sont à prendre en compte.)	Variante minimale	Min. effective (min.)	\sum coûts CC/ \sum min. effectives	-	Cas administratif	
			Variante maximale	Min. pondérée selon OP I, II, III	\sum coûts CC/ \sum min. pondérées			
		A'	CN. 442/444/448 et coûts secondaires respectifs		cf. bloc de charges A du centre de charges obligatoire			
23	Anesthésie (y compris le corps médical)	A Coûts primaires et secondaires, exceptés les CN du bloc de charges A' et B	Variante minimale	Min. effective	\sum coûts CC/ \sum PT min. effectives	-	Cas administratif	
			Variante maximale	Min. pondérée selon classe de risque	\sum coûts CC/ \sum min. pondérées			
		A'	CN. 442/444/448 et coûts secondaires respectifs		cf. bloc de charges A du centre de charges obligatoire			
		B Coûts non liés aux salles d'OP : charges de personnel et de matériel (coûts primaires et secondaires), exceptés les charges des blocs de charges A et A'.	Variante minimale	Point de taxe (PT) et Minute (min.)	\sum coûts CC/ \sum PT et min.			
Variante maximale	Min. pondérée selon classe de risque		\sum coûts CC/ \sum min. pondérées					

Numéro de la proposition: 14_006

Corps médicaux, non compris les corps médicaux des groupes de centres de charges obligatoires suivants: anesthésie, procédé d'imagerie médicale, laboratoire, médecine nucléaire et radiooncologie, pathologie et dialyses.	A	Charges de personnel et de matériel (coûts primaires et secondaires) pour : Rapports, administration, gestion, relations publiques, activités d'admission, de diagnostic et de sortie, visites de patients, consultation ambulatoire. (Si l'évaluation de la prestation s'effectue à l'aide de l'unité d'œuvre point de taxe TARMED, alors les points médicaux et techniques sont à prendre en compte.)	Variante minimale	Point de taxe (PT) et Minute (min.)	Σ coûts CC/ Σ PT et min.	Cas administratif ou mandat	
			Variante maximale	Min. pondérée	Σ coûts CC/ Σ min. pondérées		
	A'	Excepté les CN du bloc de charges A' und B	cf. bloc de charges A du centre de charges obligatoire				
	B	Σ Parts de charges salariales des activités médicales 6a en salle d'OP	Variante minimale	Min. effective pondérée (FS)	Σ coûts CC/ Σ min. effectives pondérées (FS)		
			Variante maximale	Min. pondérée	Σ coûts CC/ Σ min. pondérées		
	C	Σ Parts des charges salariales des activités aux soins intensifs (SI) – b ₁	Variante minimale	PT et min.	Σ coûts CC/ Σ PT et min.		
	D	Σ Parts de charges salariales des activités dans les unités de soins intermédiaires (IMCU) – b ₂					
	E	Σ Parts de charges salariales des activités aux urgences – b ₃					
F	Σ Parts de charges salariales des activités en salle d'accouchement – b ₄	Variante maximale	Min. pondérée	Σ coûts CC/ Σ min. pondérées			
G	Σ Parts de charges salariales des activités de diagnostics médical et thérapeutique – b ₅						

Chapitre 9.8 Relevé de l'unité finale d'imputation du cas administratif

10 Administration des patients	Cas administratif			
20 Salles d'opérations	Min. effective			
23 Anesthésie	Min. effective, PT et min. ³			
24 Unités de soins intensifs (SI)	PT et min. ⁴			
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			
31 Corps médical de la salle d'OP - Activité 6a	Min. effective ⁵ , pondérée			
Corps médical des unités de SI - Activité 6b ₁	PT et min. ⁴			
Corps médical des soins intermédiaires IMCU - Activité 6b ₂	PT et min. ⁴			
Corps médical du service des urgences - Activité 6b ₃	PT et min. ⁴			
Corps médical des salle d'accouchement - Activité 6b ₄	PT et min. ⁴			
Corps médical du diagnostic médical et thérapeutique - Activité 6b ₅	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.			
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. ³			
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				

Total des coûts UFI (directs et indirects), Total CUI (part des CD et CI)

Total des coûts UFI

Résultat (bénéfice/perte)

³ 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.

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 le point techniques ou les points médicaux et techniques.

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

Chapitre 10.4 Corps médicaux

La somme des taux d'activités des diverses activités correspond dans tous les cas à 100%. Les types d'activités 6a et 6b₁ à 5 et 7, pour autant qu'elles aient lieu, doivent être gérées et imputer de manière distincte des autres types d'activités dans tous les cas.

...

Nom du médecin :		Fonction:		
Activités	Contenu		Taux d'activité (% des charges de personnel)	Unité d'œuvre de l'imputation
1	Rapports, travaux administratifs	<ul style="list-style-type: none"> Tâche de direction Relations publiques 	pourcentage	PT et min. ¹ (REK 05_060)
2	Admission, information, sortie	<ul style="list-style-type: none"> Anamnèse Examens cliniques (inclus l'étude du dossier médical) Dossier de fin d'hospitalisation Codification Visites aux patients. 	pourcentage	
3	Activités médicales qui sont imputées sur les UFI avec leurs environnements techniques.	Toutes les sortes (par ex. celles qui sont effectuées dans les salles d'examens et de traitements), non compris les activités de la rubrique 6a et 6b _{1,3,5}	pourcentage	
4	Consultation ambulatoire	Cf. activités 1 et 2 (intervention en salle d'opération → cf. activité 6a.)	pourcentage	
5	Activité médicale privée		pourcentage	
6	Activités médicales qui ne sont pas imputées sur les UFI avec leurs environnements techniques mais de façon distincte.	6a Interventions et traitements qui sont effectués dans le centre de charges obligatoire «Salle d'opération».	pourcentage	Minutes effectives, pondérées (FS) (REK 14_006)
		6b Interventions et traitements qui sont effectués dans les centres de charges obligatoires suivants: <ul style="list-style-type: none"> b₁: Soins intensifs (SI) b₂: Unités de soins intermédiaires (IMCU) b₃: Urgences b₄: Salle d'accouchement b₅: Diagnostic médical et thérapeutique. 	pourcentage	PT et min. ² (REK 05_042) (REK 05_060)
7	Recherche et formation universitaire suivant la LAMal (REK 11_002)	<ul style="list-style-type: none"> Formation universitaire de base (enseignement dispensé et formation reçue), y compris la part pour le doctorat (MD et PhD) Enseignement dispensé en formation postgrade Recherche, y compris doctorat (PhD) 	pourcentage	Comptabilisation direct ou transfert de montants au CC obligatoire 47 suivant l'analyse d'activité. IIP (et formation de coûts secondaires au CC obligatoire 47) n'est pas possible.
¹ L'abréviation min. désigne des minutes effectives et normatives. TARMED repose sur des unités de temps normatives. L'utilisation des points tarifaires TARMED comme valeur de référence est autorisée. Si, pour la composante des coûts indirects Corps médical-Activités 1 à 5, la valeur de référence du point tarifaire TARMED est choisie, les points médicaux et techniques doivent être pris en considération. ² Si, pour la composante des coûts indirects Corps médical-Activité 6b, la valeur de référence du point tarifaire TARMED est choisie, seuls les points médicaux doivent être pris en considération.				

...

Les autres corps médicaux sont imputés au moyen du groupe de centres de coûts obligatoire 31 Corps médicaux, distinctement de l'environnement technique nécessaire, en partie, à l'accomplissement de leurs propres prestations, sur l'unité finale d'imputation. **Les unités d'œuvre pour l'imputation des corps médicaux sont:**

- pour les types d'activité 1 à 5 et 6b_{1 à 5}, le point tarifaire et/ou la minute. Il peut s'agir ici de minutes effectives ou normatives (REK 05_042),

Numéro de la proposition: 14_006

- pour le type d'activité 6a, la minute effective pondérée, à l'aide du facteur de simultanéité. Le temps de la prestation des chirurgiens (TPch) en salle d'opération auprès du patient constitue la période de référence.

La détermination du taux d'occupation en pour-cent du groupe d'activité 7 est effectuée selon un cadre de définitions et de règles uniforme au niveau national en recourant notamment à une analyse approfondie des activités (cf. chapitre 9.11 Recherche et formation universitaire et chapitres 10.1 à 10.3).

Le temps de la prestation des chirurgiens (TPch) (REK 14_006)

Le temps de la prestation des chirurgiens (TPch) est la durée de référence pour la mesure de la prestation des chirurgiens au patient.

Les associations allemandes d'anesthésiologie, de chirurgie et de Management en salle d'opération ont édité le Glossaire des temps de processus péri-opératoire (cf. Glossaire A&I). Le début et la fin du TPch peut être référencé sur ce glossaire et correspond aux instants suivants :

- Début de TPch : O4a
- Fin de TPch : O11

Le TPch est saisi en minutes effectives.

Elle commence avec la présence physique du premier médecin (O4a). Déterminant est le début de la préparation de l'opération : positionnement, rasage, etc. et non pas le lieu – dans la salle d'OP ou avant l'entrée en salle d'OP - où la préparation de l'opération s'effectue. Cette durée de référence se termine dès que le dernier médecin sort de la salle d'opération respectivement dès qu'il a terminé son activité auprès du patient (O11). A ne pas considérer de la mesure de cette durée de référence, sont les médecins qui sont déjà pris en compte dans d'autres CC obligatoires, comme par exemple l'anesthésiste.

Le TPch ne correspond ni au temps incision-suture (TIS) ni au « temps lié à la prestation au sens restreint » utilisé de manière standard dans TARMED. En effet, ces deux périodes de temps ne permettent de reproduire que de manière imparfaite l'utilisation effective de ressources médicales liées à la prestation chirurgicale. Le TPch n'est pas assimilé non plus au temps de changement/préparation (« Rüstzeit ») défini en Allemagne. La raison en est que ce temps de changement/préparation prend en partie en compte des durées spécifiques liées à des activités qui ne sont pas essentielles à l'amélioration de la précision du calcul des coûts de la prestation médicale: soit ces périodes sont plus ou moins les mêmes pour toutes les interventions (c'est le cas des activités telles que le changement de vêtements, la désinfection des mains, la rédaction du rapport, la documentation) ou elles sont étrangères à l'activité médicale car elles se rapportent à des activités confiées, en Suisse pour le moins, en règle générale au personnel technique de salle d'opération (tel est le cas des soins postopératoires en salle d'opération).

Le temps de la prestation des chirurgiens (TPch) est pondéré en outre par le nombre de médecins présents en salle d'opération durant cette période (à l'excl. des médecins déjà pris en compte dans d'autres CC obligatoires, p. ex. anesthésiste). La prise en compte de ce facteur de simultanéité (FS) permet de reproduire plus précisément l'intensité de la prestation médicale prodiguée au patient. Le fait qu'un médecin arrive après le début du TPch, resp. sorte de la salle d'opération avant sa fin, n'est pas pris en compte pour le calcul du FS. Enfin, les opérateurs qui se remplacent pendant une opération (Job-sharing, division du travail) sont comptés comme un « opérateur » et non comme deux.

Du point de vue du patient, le TPch total (cumulé) en salle d'opération correspond à la période « temps de la prestation des chirurgiens » (en minutes effectives) multipliée par le nombre de médecins présents pendant cette période (variante minimum).

La précision de l'imputation au patient de la prestation des chirurgiens en salle d'opération pourrait être améliorée encore un peu par un calcul plus pointu du FS (p. ex. en saisissant plus exactement le temps de présence de chaque médecin) et par une pondération des charges salariales (PCS) des médecins présents. Ces deux évolutions entraînent cependant des coûts de gestion internes supplémentaires non-négligeables (infrastructure IT, organisation, saisie) et remplissent au premier chef des objectifs de gestion interne. De tels développements ne se justifient pas vu l'amélioration marginale qu'ils apportent dans la précision du calcul des coûts du cas. Ils revêtent donc un caractère facultatif dans le cadre de la présente solution de branche.

Le temps de prise en charge anesthésiologique lié à la salle d'opération (REK 14_006)

Le temps de prise en charge anesthésiologique lié à la salle d'opération (TPanOP) est la durée de référence pour mesurer la prestation du médecin anesthésiste au patient dans le cadre d'une intervention chirurgicale en salle d'opération. Durant cette période, le patient est surveillé et suivi en permanence par un anesthésiste.

Les associations allemandes d'anesthésiologie, de chirurgie et de Management en salle d'opération ont édité le glossaire des temps de processus péri-opératoire (cf. Glossaire A&I). Le début et la fin de la prise en charge anesthésiologique lié à la salle d'opération peut être référencé sur ce glossaire et correspond aux instants suivants :

- Début de prise en charge : A4
- Fin de de la prise en charge : A12

Le temps de prise en charge anesthésiologique lié à la salle d'opération est saisi en minutes effectives.

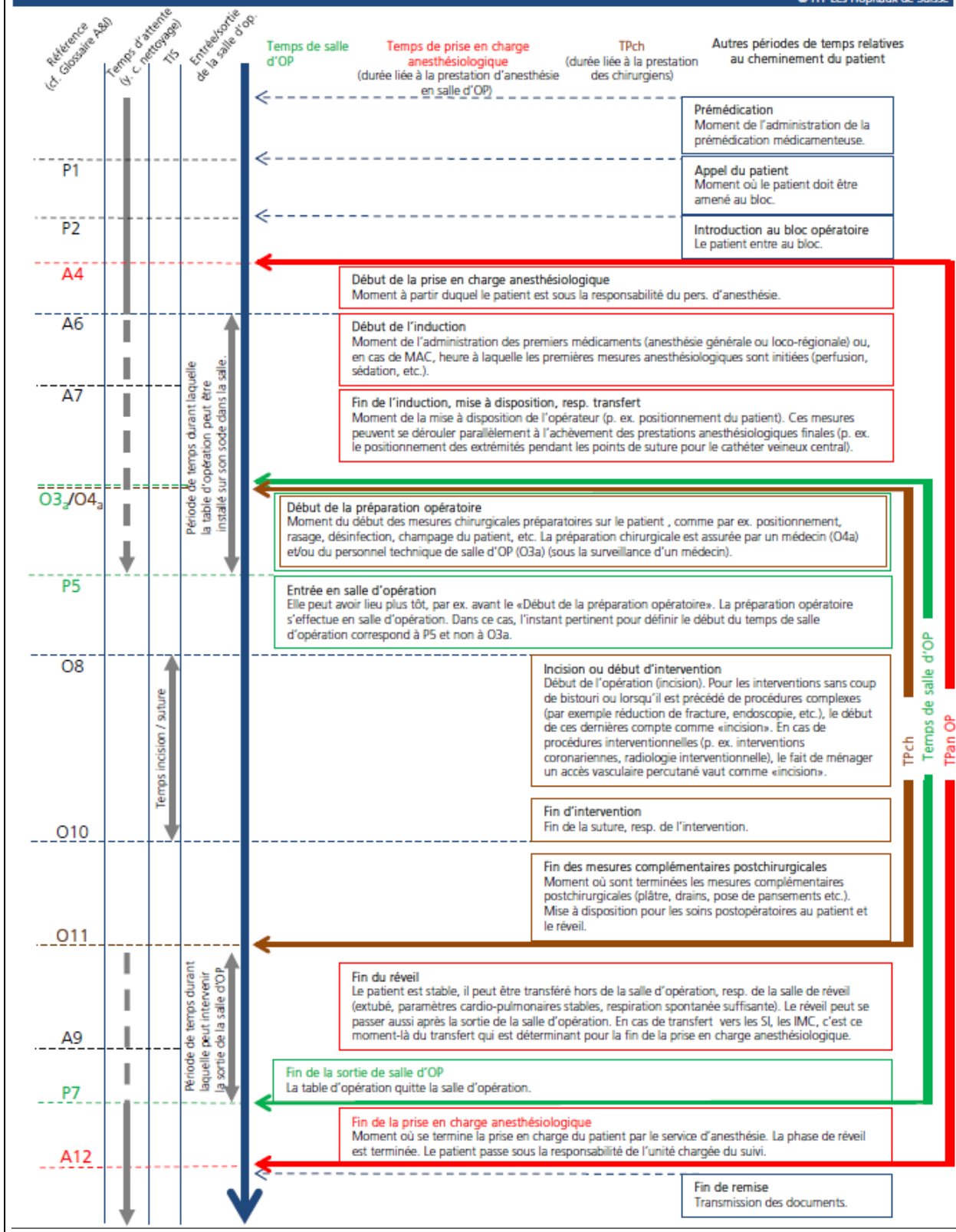
Il commence dès que le patient passe sous la responsabilité du personnel d'anesthésie (A4) et comprend la prise en charge anesthésiologique subséquente. Il se termine lorsque le patient passe sous la responsabilité de l'unité chargée du suivi (A12). Cette définition permet de reproduire au mieux et de manière uniforme au niveau national les ressources médicales effectives consacrées au patient et liées à la prestation anesthésiologique.

Le temps de prise en charge anesthésiologique ne correspond ni au temps induction/fin du réveil ni à la période de temps «Anesthésie» standardisée dans TARMED.

Représentation graphique des diverses périodes de temps (REK 14_006)

La représentation graphique suivante montre les trois périodes de temps déterminantes en salle d'opération:

- le temps de la prestation des chirurgiens (TPch) en brun,
- le temps de prise en charge anesthésiologique lié à la salle d'opération (TPanOP) en rouge,
- le temps de salle d'opération en vert.



(Cet représentation figure à la fin de la décision en format A4)

Chapitre 10.7 Centres d'activité médico-techniques et thérapeutiques

Les unités de référence pour la comptabilisation des centres d'activité médico-techniques et thérapeutiques **sont, en règle générale**, le point tarifaire et/ou la minute. Il peut s'agir ici de minutes effectives ou de minutes normatives.

Le temps de salle d'opération (REK 14_006)

Le temps de salle d'opération est la durée de référence permettant de mesurer la prestation du personnel technique (non-médical) de salle d'opération auprès du/pour le patient.

Les associations allemandes d'anesthésiologie, de chirurgie et de Management en salle d'opération ont édité le glossaire des temps de processus péri-opératoire (cf. Glossaire A&I). Le début et la fin du temps de salle d'opération peut être référencé sur ce glossaire et correspond aux instants suivants :

- Début du temps de salle d' OP: O3a (ou P5, si les préparations opératoires s'effectuent en salle d' OP)
- Fin du temps de salle d' OP: P7

La période «temps de salle d'OP» est saisie en minutes effectives.

Elle commence avec les préparations opératoires du patient effectuées par le personnel technique de salle d'opération (O3a) ou par l'entrée physique du patient dans la salle (P5), lorsque le début des préparations opératoires commence en salle d'opération. Elle se termine par la sortie physique du patient hors de la salle d'opération (P7).

Le temps de salle d'OP ne correspond ni au temps incision-suture (TIS) ni au «temps lié à la prestation au sens restreint» utilisé de manière standard dans TARMED. En effet, ces deux périodes de temps ne permettent de représenter que de manière imparfaite l'utilisation effective des ressources liées à la prestation du personnel technique de salle d'opération (non-médical). Il existe d'autres activités qui sont effectuées, en règle générale, par ce personnel et qui ne sont pas comprises dans ces deux périodes de temps, par exemple:

- la préparation et le positionnement du patient dans/pour la salle d'opération,
- les soins postopératoires au patient en salle d'opération.

Comme le temps consacré à ces activités peut fortement varier selon l'intervention, une prise en compte de ce temps dans la formation du taux de charges aboutit à une augmentation de la qualité de l'imputation pour la prestation du personnel technique de salle d'opération.

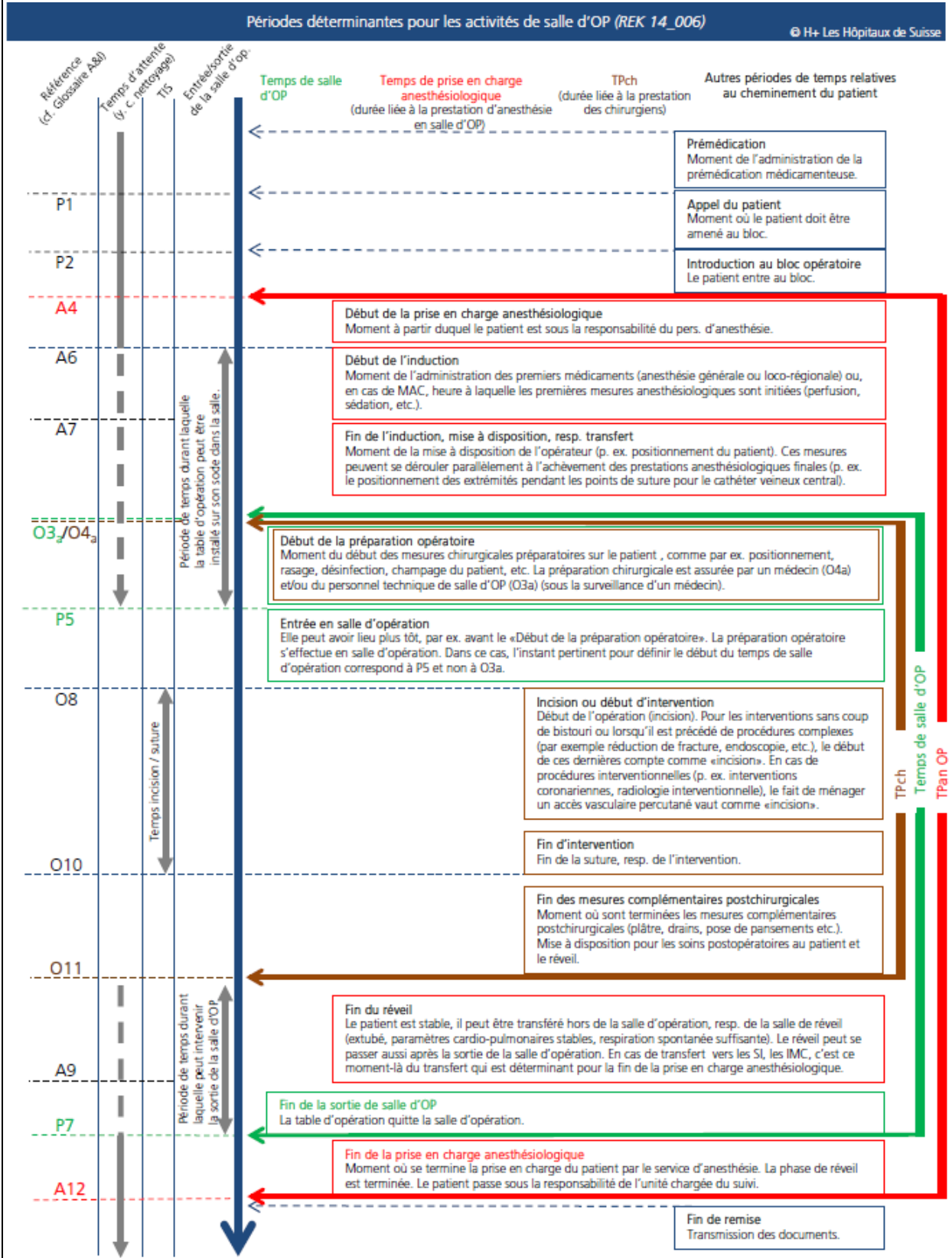
En revanche, les activités, dont la durée est plus ou moins la même pour toutes les interventions (p. ex. le changement de vêtements, la désinfection des mains, la rédaction du rapport, la documentation) ne sont pas prises en compte dans le temps de salle d'OP. De même, la remise en état de la salle d'opération («temps d'attente»), y compris le nettoyage, n'est, en règle générale, pas essentielle par rapport au niveau d'utilisation des ressources dans la procédure de calcul et n'est donc normalement pas prise en compte. Les exceptions éventuelles sont toutefois réservées et prises en compte.

La durée de salle d'OP (rapportée à un patient) n'est pas pondérée. Un facteur de simultanéité (FS) tenant compte du nombre de techniciens de salle d'opération présents n'est pas appliqué (variante minimale). En effet, ce nombre n'est pas fondamentalement différent d'une intervention à l'autre. En outre, il a été constaté que, si le niveau des charges salariales du personnel technique de salle d'opération peut varier, cette différence n'est pas essentielle pour améliorer la précision du calcul et qu'une pondération des charges salariales (PCS) dans le cadre de cette procédure n'est donc pas justifiée. En outre, ces deux évolutions, certes réalisables, entraînent des coûts de gestion internes supplémentaires non négligeables (infrastructure IT, organisation, saisie) et remplissent au premier chef des objectifs de gestion interne. Dans la cadre de la présente solution de branche, le facteur de

simultanéité et la pondération des charges salariales revêtent uniquement un caractère facultatif pour l'imputation des coûts du CC obligatoire «Salle d'opération».

Représentation graphique du temps de salle d'opération (REK 14_006)

La représentation graphique suivante montre le temps de salle d'opération en vert.



(Cet représentation figure à la fin de la décision en format A4)


Numéro de la proposition: 14_006

Chapitre 15 Bibliographie

Frascati	OCDE Manuel de Frascati, Méthode type proposée pour les enquêtes sur la recherche et le développement expérimental, OECD, 2002
Freidank	Freidank C.-C.: Kostenrechnung, 5. Ausgabe, Verlag Oldenbourg GmbH, 1994
Gebäude- / Fahrhabeversicherung GVZ	Gebäudeversicherung des Kantons Zürich (GVZ): Abgrenzungsrichtlinie Gebäude- / Fahrhabeversicherung, Gebäudeversicherung des Kantons Zürich (GVZ), Inkraftsetzung
Glossaire A&I	La traduction suit.
Grasshoff	Grasshoff J.: Betriebliches Rechnungswesen und Controlling, Band I und II, 5. Auflage, Verlag Dr. Kovac, 2003
Güntert	Güntert B.: Regressionsanalyse zur Plausibilisierung der Daten für die Ermittlung des klinischen Mehraufwandes für die universitäre Lehre und Forschung am Inselspital Bern, Universität Bielefeld, Auftraggeber Inselspital Bern, Abschlußbericht, Januar 2002
H+ Les Hôpitaux de Suisse	H+ Les Hôpitaux de Suisse: Manuel de comptabilité analytique par unité de soins d'imputation

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

Aucune

Lieu, date	Berne, le 1 ^{er} mai 2015	
Nom, signature	H+ Les Hôpitaux de Suisse REK Pascal Besson	

Numéro de la proposition: 14_006

