

GUIDE PRATIQUE DE COMPTABILITE ANALYTIQUE

POUR LES HOPITAUX LATINS

COMPATIBLE AVEC REKOLE®

2^E EDITION REVISEE (OCTOBRE 2009)

Projet	Guide CAE	Version	5	Etat	Final
Date	Oct. 2009	Auteur(s)	GT		

TABLE DES MATIERES

1	Présentation du guide	6
1.1	Contexte	7
1.2	Objectifs	7
1.3	Méthode d'élaboration	8
2	Bases conceptuelles	9
2.1	Bases légales	10
2.2	Notions générales.....	10
2.2.1	Comptabilité financière.....	10
2.2.2	Comptabilité Analytique d'Exploitation	12
2.2.3	Centres de charges.....	12
2.3	Unités Finales d'Imputation – UFI.....	14
2.3.1	Cas administratif	14
2.3.2	Mandat	18
3	Méthodologie de calcul de la CAE	20
3.1	Description du processus : de la comptabilité financière à la comptabilité analytique	21
3.2	Phase 1 - Utilisation des données financières et des données d'activité.....	22
3.2.1	Données financières	22
3.2.2	Données d'activité.....	23
3.3	Phase 2 - Ajustements.....	25
3.3.1	Ajustements périodiques.....	25
3.3.2	Ajustements par objet	25
3.3.3	Calculs des amortissements et des intérêts de substitution	26
3.4	Phase 3A - Traitement de la formation et de la recherche	31
3.4.1	Fondements légaux et principes	31
3.4.2	Méthode de calcul	34
3.5	Phase 3B - Affectation des montants par centre de charges	40
3.5.1	Centres de charges selon la méthode REKOLE®.....	40
3.5.2	Méthode utilisée pour caractériser les charges contenues dans chacun des centres de charges	42
3.6	Phase 4 – Déversement des charges	46
3.7	Résultats	48
3.8	Format des données de sortie	48
4	Plan des annexes	49

LISTE DES DOCUMENTS DE REFERENCE

- α Manuel REKOLE® Comptabilité de gestion à l'hôpital - Version 2008, 2^e édition remaniée
- α LAMal - Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'Assurance Maladie
Lien Internet vers l'Art. 49 de la LAMal : http://www.admin.ch/ch/f/rs/832_10/a49.html
- OCP- (Etat au 1er janvier 2009) - Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie du 3 juillet 2002 (Etat le 1er janvier 2009), RS 832.104;
Lien Internet vers l'OCP <http://www.admin.ch/ch/f/rs/8/832.104.fr.pdf>

ABREVIATIONS

CAE	Comptabilité Analytique d'Exploitation
CC	Centre de charges
EPT	Equivalent plein temps
GT	Groupe de travail d'élaboration du manuel de comptabilité analytique pour les hôpitaux latins compatible avec REKOLE®
SS CC	Sous-centre de charges
UFI	Unité finale d'imputation

GLOSSAIRE

Les définitions ci-dessous ont pour objectif de servir de références communes à l'ensemble du document. La littérature compte de nombreuses définitions. Il est donc possible de trouver des définitions différentes pour les mêmes termes dans d'autres ouvrages.

TERME	DEFINITION
Charge incorporable	Charge incorporée reprise de la comptabilité financière sans ajustements. Elle correspond à une ressource nécessaire à l'exploitation courante.
Charge non incorporable	Charge de la comptabilité financière exclue de la comptabilité analytique. Elle concerne des ressources ne découlant pas directement de l'exploitation courante.
Charge substitutive	Charge issue de la comptabilité financière mais recalculée en comptabilité analytique en fonction de critères économiques différents. Par exemple : remplacement des amortissements financiers par des amortissements correspondant à la durée de vie réelle des équipements.
Charge supplétive	Charge ne figurant pas dans la comptabilité financière de l'établissement et qui est ajoutée dans la comptabilité analytique. Par exemple : honoraires des médecins cadres ou charges des investissements immobiliers directement payés par l'Etat.
Coût direct	Coût pouvant être affecté directement à une UFI. L'UFI est soit le cas administratif, soit le mandat.
Coût indirect	Coût qui ne peut pas être imputé directement à une UFI. Le coût se déverse à l'aide de clés de répartition sur des centres de charges avant d'être alloué à l'UFI.
Centre de charges (CC) (ou centre de charges analytique)	Unité structurelle produisant des activités considérées comme homogènes et dans laquelle sont affectés et/ou répartis les coûts et les produits correspondants (Cf. Annexe 4 : Description des centres de charges). REKOLE® définit dans une liste les CC obligatoires et les CC facultatifs (créés selon les besoins). Il est à noter qu'il existe aussi des CC calculatoires.
Coût complet	Cumul de toutes les charges directes et indirectes concernant une prestation, une activité, une UFI. Le coût complet est le résultat d'un calcul.
Centre d'imputation financier	Elément de structure de l'hôpital effectuant une activité la plus homogène possible.
UFI	Unité finale d'imputation pouvant être un cas administratif ou un mandat confié par un tiers.
Cas administratif	UFI correspondant au passage d'un patient dans l'établissement. Selon REKOLE®, le cas administratif est un objet d'affectation des charges et des produits. Sa définition doit être conforme aux règles de l'OCP.
Mandat	UFI différente du cas administratif pouvant être, par exemple, un projet de recherche. Selon REKOLE®, le mandat représente l'UFI pour le groupe de prestations non liées au cas et qui sont des «Prestations à des tiers». Les prestations à des tiers incluent la formation et la recherche.
Clé de répartition	Mesure d'activité (journées, points OFAS, etc.) ou grandeur numérique (m ² , kg) utilisée pour répartir les charges d'un CC sur d'autres CC ou UFI.

TERME	DEFINITION
Déversement	Le processus de déversement a pour objectif de faire converger les charges depuis leur lieu de consommation initial jusqu'aux UFI (cas administratifs, mandats). Le processus de déversement intermédiaire peut être effectué sur d'autres centres de charges. Les déversements sont effectués à l'aide de clés de répartition. Pour pouvoir être comparables au niveau des centres de charges, les établissements n'utilisant pas la méthode d'allocations réciproques doivent suivre le même ordre dans les étapes de déversement.

1 PRESENTATION DU GUIDE

1.1 CONTEXTE

Dès le milieu des années 90, plusieurs textes légaux amorcent l'uniformisation des Comptabilités Analytiques d'Exploitation (CAE) des hôpitaux (*Cf. Chapitre 2 : Bases conceptuelles*). Par ailleurs, Monsieur Prix reproche aux hôpitaux de ne pas fournir de décompte transparent de leurs coûts et de leurs prix. Dans ce contexte, le Conseil de H+ initie le projet REKOLE® en juin 2002¹.

En 2005, ce projet aboutit au Manuel de gestion hospitalière REKOLE® qui fixe les grandes lignes directrices d'une uniformisation des CAE au niveau national.

Afin de pouvoir appliquer les concepts énoncés par REKOLE®, les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) et le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), en collaboration avec l'Office fédéral de la statistique (OFS) et la plupart des hôpitaux publics de Suisse romande et du Tessin, ont pris l'initiative de rédiger un guide pratique de comptabilité analytique compatible avec REKOLE® et applicable dans les hôpitaux latins. Ce travail a abouti à un premier guide de comptabilité analytique terminé en mars 2007.

Fin 2008, H+ a publié une deuxième version révisée de REKOLE®. Cette deuxième version du guide latin de comptabilité analytique intègre les modifications intervenues dans REKOLE® ainsi que les modifications légales intervenues entre-temps.

1.2 OBJECTIFS

Ce document est un guide pratique qui a pour objectifs, d'une part, d'explicitier les bases permettant d'élaborer la CAE d'un établissement et, d'autre part, d'énoncer un ensemble de propositions ainsi que des éléments méthodologiques nécessaires à la mise en pratique des concepts énoncés dans REKOLE®.

Ce guide est destiné tant aux utilisateurs de la CAE dans les établissements (administrateurs, personnel de santé, etc.) souhaitant approfondir leurs connaissances dans l'élaboration de la CAE, qu'aux personnes en charge de la construction de la CAE dans les hôpitaux latins (direction des finances, etc.) souhaitant harmoniser leur CAE au regard de REKOLE®.

¹ REKOLE : Revision der Kostenrechnung und Leistungserfassung (Révision du calcul des coûts et saisie des prestations).

1.3 METHODE D'ELABORATION

La deuxième édition du guide a été élaborée par un groupe de travail avec les membres suivants

Pierre Perritaz	HFR
Philippe Garnerin	HUG
Eriam Schaffter	HUG
Dominique Schaffner	HJU
Joseph Barthoulot	HNE
Jean Stasichen	HNE
Gian-Franco Bozzini	EOC
Olivier Hugo	RSV
Olivier Cordonier	RSV
Christian Wille	EHC/FHV
Blaise Meyer	FHV
Guy Moser	CHUV

CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois
EOC	Ente Ospedaliero Cantonale
FHV	Fédération des hôpitaux vaudois
HNE	Hôpital neuchâtelois
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
RSV	Réseau Santé Valais
HFR	Hôpital fribourgeois
HJU	Hôpital du Jura
EHC	Ensemble hospitalier de la Côte

Ce guide est l'œuvre collective de ces personnes.

Les noms des personnes ayant participé à l'élaboration de la première édition du guide figurent dans cette dernière.

2 Bases conceptuelles

2.1 BASES LEGALES

Au niveau fédéral, la législation sur l'assurance-maladie impose aux hôpitaux des obligations relatives à la comptabilité analytique. La principale disposition est la suivante :

Art. 49 al. 7 LAMal :

« Les hôpitaux doivent disposer d'instruments de gestion adéquats; ils doivent en particulier, selon une méthode uniforme, tenir une comptabilité analytique ainsi qu'une statistique de leurs prestations pour calculer leurs coûts d'exploitation et d'investissement et classer leurs prestations. (...) »

Cette disposition est précisée par l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP). L'OCP définit notamment :

- les traitements d'hospitalisation, ambulatoires et de longue durée selon lesquels les prestations doivent être classées (art. 3 à 6)
- les exigences de bases envers le calcul des coûts et le classement des prestations (art. 9, 10 et 12)
- le périmètre des coûts de la formation et de la recherche (art. 7)
- la notion d'investissement (art. 8) et les données à saisir dans la comptabilité des investissements, ainsi que les règles de bases de calcul du coût des investissements. (méthodes d'amortissement et de calcul de l'intérêt sur le capital immobilisé) (art. 10a).

2.2 NOTIONS GENERALES

2.2.1 Comptabilité financière

La comptabilité financière d'un hôpital a pour but d'enregistrer, de classer et d'organiser les informations financières de façon à permettre la production de documents reflétant de manière fidèle la situation financière et l'état du patrimoine de l'entreprise. Les informations sont classées selon deux axes :

- la nature des charges et des produits (par exemple : charges de personnel, dépenses de médicaments, recettes des forfaits d'hospitalisation, subventions, etc.), ainsi que les natures du bilan. Les natures se réfèrent à un plan comptable tel que celui de REKOLE® (plan comptable H+, 6^e édition, 2008)
- l'organigramme de gestion des centres d'imputation (par exemple : service de chirurgie, cuisine, laboratoire, etc.).

La comptabilité financière enregistre :

- les charges et les produits issus de l'exploitation principale, à savoir les activités médicales et de soins, hôtelières, logistiques et administratives liées aux soins des patients (éventuellement les charges et les produits issus de l'activité de formation et de recherche),
- les charges et les produits ne présentant pas de lien direct avec l'activité principale de l'établissement, à savoir fermes, écoles, parc immobilier, etc. Il est à noter que les charges et les produits hors exploitation doivent être enregistrés de manière à pouvoir être identifiés séparément des charges et des produits d'exploitation.

Par ailleurs, et pour des raisons diverses, les hôpitaux n'enregistrent pas toujours dans leur comptabilité financière la totalité de leurs charges, à savoir les charges salariales des médecins, les investissements lourds et les amortissements parfois pris en charge directement par les cantons.

Afin que les données financières utilisées dans la comptabilité analytique permettent :

- le calcul des coûts complets,
- la détermination des taux de financement/couverture sur la base des coûts complets,
- des comparaisons de coûts entre établissements,

il est nécessaire d'effectuer des ajustements, c'est-à-dire :

- l'élimination des charges non incorporables (par exemple : charges exceptionnelles)
- le remplacement de charges existantes en comptabilité financière par des charges substitutives, calculées différemment (par exemple : amortissements)
- l'ajout de charges supplétives (par exemple : investissements de l'hôpital supportés par le canton).

Les ajustements sont traités au Chapitre 3.3 du présent document.

2.2.2 Comptabilité Analytique d'Exploitation

2.2.2.1 Objectifs

Selon REKOLE®, l'objectif de la comptabilité analytique est de calculer le **coût complet et les produits des UFI (cas administratifs ou mandats)**.

Pour calculer les coûts complets, la CAE doit disposer, en plus des données financières, des données sur l'activité produite détaillées par :

- **la nature de prestations** (par exemple : soins cliniques, soins infirmiers, analyses de laboratoires, imagerie médicale, cuisine, enseignement, recherche, administration, etc.). La liste des natures de prestations correspond à la liste des centres de charges (*Cf. Glossaire*),
- **l'entité dans laquelle l'activité est produite** : centre prestataire de l'activité (par exemple : service d'imagerie, cuisine, laboratoire fournissant des prestations au service de cardiologie, etc.),
- **l'entité à laquelle l'activité est destinée** : centre demandeur de prestations (par exemple : le service de cardiologie est demandeur d'analyses de laboratoire, etc.),
- **le patient ou le mandat** concerné par la prestation (UFI).

Sur la base de ces données d'activité, pour obtenir un coût complet des prestations, la CAE fait converger les charges :

- depuis leur lieu de consommation initial,
- vers les **UFI**,

que ce soient des activités (soins, laboratoire, repas, etc.) concernant directement les patients ou les mandats, ou des activités administratives ou de logistique (nettoyage, contrôle de gestion, etc.) ne concernant pas directement les **UFI** mais participant à leurs coûts.

2.2.2.2 Périmètre d'application

Le périmètre d'application de la CAE est défini par :

- les charges et les produits engendrés par la mission première de l'établissement : les soins et éventuellement la formation et la recherche,
- les charges et les produits des exploitations annexes,
- les charges et les produits dits d'«ajustements».

2.2.3 Centres de charges

La standardisation des calculs propres à chaque centre de charges repose sur les éléments suivants :

2.2.3.1 Clé de répartition

Elle définit la manière dont sont déversées les charges d'un centre de charges sur les patients, les mandats ou sur d'autres centres de charges.

La clé devrait refléter de la manière la plus précise possible la consommation des ressources par leurs destinataires.

Parfois cependant, il n'existe pas de lien clair entre les prestations d'un centre de charges et l'activité du reste de l'institution (par exemple pour le centre de charge direction). Dans

ce cas, la clé choisie reflétera plus une répartition homogène des charges que la consommation véritable des ressources, ce qui implique un certain arbitraire.

Dans d'autre cas, il serait possible de connaître la consommation relativement précise des ressources d'un centre de charges uniquement à l'aide d'une saisie des prestations à la fois précise et coûteuse. C'est pourquoi, la clé choisie est parfois moins précise mais repose sur des données plus facilement disponibles.

Par exemple, les scores de lourdeur de soins tels que LEP ou PRN traduit bien la sollicitation des soins infirmiers par les différents patients. Cependant ces outils sont lourds à mettre en place et ne se justifient pas forcément uniquement pour la comptabilité analytique. En l'absence de tels outils on peut recourir aux journées de soins qui reflètent plus vaguement la charge en termes de soins mais qui sont une donnée toujours disponible.

C'est pourquoi, à la plupart des centres de charges sont associées deux clés, une minimale et une maximale, permettant aux hôpitaux de s'adapter en fonction de leur système d'information.

2.3 UNITES FINALES D'IMPUTATION – UFI

L'unité finale d'imputation (UFI) correspond aux prestations fournies par l'institution à ses clients ou à ses mandants.

REKOLE® distingue entre deux catégories d'UFI :

- le cas administratif, qui caractérise les prestations fournies à des patients
- le mandat qui regroupe toutes les prestations non liées à des patients

2.3.1 Cas administratif

Le cas administratif ne correspond pas à un patient en tant que personne mais à un épisode de traitement, tel un séjour hospitalier, rattaché à une personne. L'objectif de la comptabilité analytique n'est pas de calculer les coûts de chaque cas administratif pris séparément. Il s'agit plutôt de calculer les coûts de prestations qui correspondent à des groupes de cas administratifs. Pour atteindre l'objectif de calcul du coût de certains collectifs de patients (par exemple : patients LAMal, patients hors-canton ou patients regroupés en DRG), il est donc nécessaire de calculer les coûts de chaque séjour.

Le cas administratif est un objet d'affectation et représente l'entité la plus précise de comptabilisation des prestations, des charges et des **produits**. Il est à noter que toutes les prestations, les charges et les produits ne sont pas directement affectables aux cas administratifs. Par exemple, le nettoyage des locaux, l'entretien des bâtiments, etc., sont affectés indirectement, au travers de centres de charges fournisseurs de prestations et à l'aide des clés de répartition, aux UFI et donc pour partie aux cas administratifs. D'après la terminologie de REKOLE®, seules les charges imputées directement depuis la comptabilité financière retraitée sans passer par des centres de charges fournisseurs de prestations, telles les charges de médicaments, de matériel médical, d'honoraires médicaux et de prestations de tiers, sont considérées comme des charges directes par rapport à l'UFI. Les charges passant par des centres de charges fournisseurs de services et imputées au moyen de clés sont considérées comme indirectes par rapport aux UFI.

REKOLE® propose de regrouper au niveau du cas administratif les informations sur l'identité du patient et sur les coûts et les produits de la manière et selon les rubriques suivantes :

- «Données référentielles générales» permettant d'identifier et de qualifier le patient (comportent le N° du cas administratif, la classe d'assurance, les dates de début et de fin de séjour, l'unité organisationnelle responsable du cas, le garant, le type de traitement),
- «Revenus» permettant de comptabiliser les produits liés au cas (par exemple : produits résultant de prestations médicales, infirmières et thérapeutiques, forfait d'hospitalisation, etc.),
- «Coûts directs affectés aux UFI» : parties des charges pouvant être affectées directement au cas administratif (exemple : implants, honoraires des médecins, etc.),
- «Coûts indirects» : parties des charges affectées au cas administratif par des calculs de répartition de charges sur les CC (exemple : salle d'accouchement, corps médical, etc.).

ANNEXE 1 - Présentation des coûts et des produits au niveau du cas administratif

Le manuel REKOLE® expose un certain nombre d'autres définitions proposant «une vue» du cas selon différents angles (tarifaire, statistique, médical, etc.) :

- le cas tarifaire correspond à une partie d'un cas administratif et regroupe les prestations, les coûts et les produits nécessaires à la facturation,
- le cas traité, nécessaire à la statistique hospitalière et médicale, correspond à tout séjour à l'hôpital indépendamment de la cause de l'hospitalisation,
- le cas médical correspond à la prise en charge médicale du patient.

Ces définitions ne sont pas utilisées dans ce guide. Seule la définition du cas administratif est considérée.

Règles définissant l'ouverture d'un nouveau cas administratif

SITUATION	OUVERTURE D'UN NOUVEAU CAS	CONDITION
Admission pour un traitement hospitalier ou ambulatoire Début/fin de traitement (y c. pour les admissions aux urgences)	OUI (= cas administratif)	Règle de base pour la création d'un cas administratif <i>Cf. OCP</i>
Changement de la classe d'assurance	NON	---
Transfert interne	NON	---
Changement de diagnostic	NON	---
Fin de l'année (y c. pour les cas de longue durée, de psychiatrie ou tout autre cas)	NON	---
Réadmission suite à un transfert	NON	Sauf : si la réadmission suite à un transfert a lieu plus de 24 heures après la date de sortie = nouveau cas créé Ou si, dans le domaine de la réadaptation, la réadmission suite à un transfert a lieu plus de 14 jours après la date de sortie = nouveau cas
Congé	NON	---
Délimitation des traitements aigus, de longue durée et de psychiatrie	OUI	Si les soins aigus ne sont plus nécessaires où qu'ils s'imposent à nouveau Règle identique pour la psychiatrie et la réadaptation
Traitement ambulatoire (traitement unique ou répété)	OUI	Si l'interruption du traitement est supérieure à 365 jours. Le traitement doit être lié à un diagnostic principal
Réadaptation et psychiatrie de longue durée	OUI	Si réadmission après 14 jours.

Les règles ci-dessus peuvent s'écarter des définitions de l'OFS, de TAR-APDRG ou des conventions avec les assureurs. Idéalement, il ne devrait exister qu'un seul ensemble de règles sur les cas administratifs.

Traitement ambulatoire

Un cas administratif ambulatoire correspond à un seul traitement ou à une série de traitements successifs. Dans le cas de traitements en série, le cas administratif est clos si l'interruption de traitement dépasse 365 jours. Si le patient reprend contact avec l'établissement, un nouveau cas administratif sera ouvert.

Traitement hospitalier

Un cas administratif hospitalier correspond à un traitement d'une durée supérieure à 24 heures ou d'une durée de moins de 24 heures avec occupation d'un lit. Les séjours de moins de 24 heures pour des patients décédés ou transférés dans un autre établissement hospitalier sont aussi considérés comme hospitaliers.

Admission hospitalière ou ambulatoire

Lors d'une admission hospitalière ou ambulatoire (*Cf. Règles OCP*), un cas administratif est ouvert. A la sortie d'hospitalisation ou à la fin du traitement ambulatoire, le cas administratif est fermé. Le cas administratif est donc défini par une date de début et une date de fin.

Cas particuliers entraînant l'ouverture d'un cas administratif

Les cas suivants entraînent l'ouverture d'un cas administratif :

- consultation téléphonique sans que le patient ne soit présent à l'hôpital (car des coûts sont générés par le patient et doivent être pris en compte),
- naissance au sein de l'hôpital,
- changement de types de soins (soins somatiques aigus, réadaptation, psychiatrie, longue durée).

Changement de classe d'assurance

Le changement de classe d'assurance correspond en fait au changement de type de couverture (par exemple : passage d'une couverture de base à une couverture complémentaire). Le changement de type d'assurance n'entraîne pas de création d'un nouveau cas puisque les coûts de l'assurance de base restent identiques même si la classe d'assurance est changée.

Transfert interne

Les transferts internes n'entraînent pas la création d'un nouveau cas administratif.

Changement de diagnostic

L'apparition d'un nouveau diagnostic n'entraîne pas l'ouverture d'un nouveau cas.

Fin de l'année

La fin d'exercice n'entraîne pas la création d'un nouveau cas administratif (y compris pour les soins de longue durée dont la psychiatrie).

Réadmission et réhospitalisation

La réhospitalisation correspond à la réadmission dans l'hôpital traitant après une hospitalisation terminée. Dans le cas d'un traitement en lien avec le traitement précédent et si la réadmission intervient moins de 24 heures après la sortie, il ne sera pas ouvert de nouveau cas.

Dans toutes les autres situations, un nouveau cas est ouvert, quelle que soit la durée d'interruption entre la sortie et la réadmission. Cependant, les règles de conventions tarifaires peuvent être différentes.

Réadmission suite à un transfert

La réadmission suite à un transfert hors de l'hôpital traitant intervient lorsque le patient est momentanément déplacé dans une autre institution pour y subir des examens ou une intervention. Dans cette situation, il n'y a pas ouverture d'un nouveau cas administratif.

Dans le domaine de la réadaptation, le délai de transfert ne nécessitant pas l'ouverture d'un nouveau cas passe de 24 heures à 14 jours. Cependant, cette durée est arbitraire tout comme les règles des conventions tarifaires qui peuvent d'ailleurs être différentes.

Congé

Le congé est défini par la période planifiée entre le médecin et le patient, et au cours de laquelle ce dernier ne se trouve pas à l'hôpital. Le congé n'entraîne pas l'ouverture d'un nouveau cas. Cependant, les règles de conventions tarifaires peuvent être différentes.

Délimitation des traitements aigus et des traitements de longue durée

Dans le cas des hôpitaux fournissant à la fois des soins aigus et des soins de longue durée, les établissements devront distinguer les cas administratifs du domaine aigu des cas administratifs du domaine longue durée.

2.3.2 Mandat

Un mandat, au sens de REKOLE®, représente une UFI pour le groupe de prestations non liées aux cas. Un mandat correspond à des prestations fournies à un tiers non patient, y compris les collectivités publiques, ou à des prestations non cliniques fournies aux patients. Le terme de mandat est trompeur dans la mesure où les prestations concernées par ces UFI ne relèvent pas forcément du contrat de mandat au sens des art. 394 et ss CO mais peuvent relever par exemple du contrat de vente mobilière (art 187 et ss. CO) ou du bail à loyer (art 253 et ss. CO). Par contre, les prestations cliniques aux patients, imputées à l'UFI cas administratif, relèvent du contrat de mandat.

Les principales prestations de l'UFI mandat sont les suivantes :

- Les ventes de bien et services à des tiers non patients y compris notamment
 - o La restauration du personnel
 - o La restauration publique
 - o La vente de médicaments à des institutions
 - o Les mandats d'expertise (ne concernant pas des personnes)
 - o La mise à disposition de personnel à des tiers
- Les locations d'immeubles au personnel ou à des tiers
- Les prestations non cliniques aux patients (téléphones, connexions wifi, suppléments repas, linge privé, etc.)
- Les prestations de formation subventionnées par les collectivités publiques ou facturées à des tiers

- La recherche subventionnée par les collectivités publiques ou financée par des tiers
- Les tâches d'intérêt général subventionnées par les collectivités publiques ou financées par des tiers

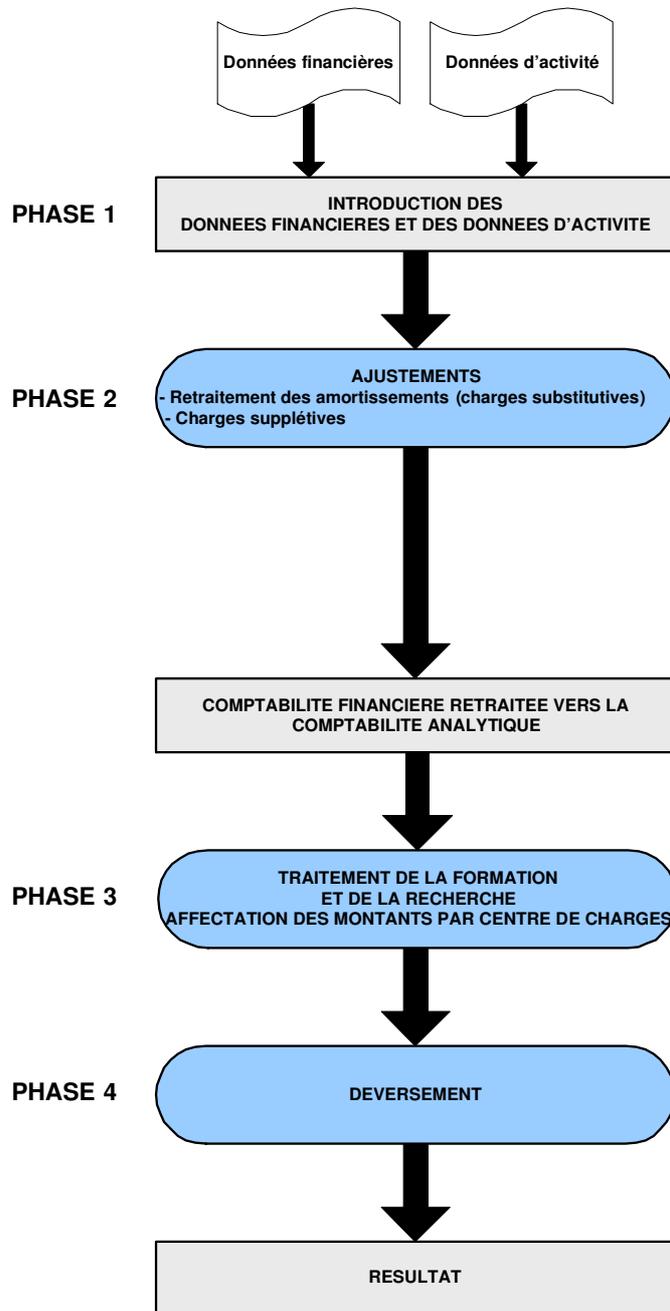
Les activités suivantes ne font pas partie de l'UFI mandat :

- Les analyses médicales pour des patients extérieurs à l'hôpital. Ces analyses sont à imputer au cas administratif.
- Les expertises, relatives à des personnes, mandatées par des assurances, les pouvoirs publics, etc., sont généralement facturées en TARMED.
- La formation continue du propre personnel. Cette activité fait partie des coûts d'exploitation « normaux » de l'hôpital.

Il est à noter que le relevé d'activités est de la même forme que pour le cas administratif (Cf. Annexe 1).

3 METHODOLOGIE DE CALCUL DE LA CAE

3.1 DESCRIPTION DU PROCESSUS : DE LA COMPTABILITE FINANCIERE A LA COMPTABILITE ANALYTIQUE



Les données financières et d'activité sont issues respectivement de la comptabilité financière par centre d'imputation et du système d'information hospitalier.

Les opérations sur les charges substitutives consistent à substituer à des montants enregistrés dans la comptabilité financière d'autres montants calculés selon d'autres normes.

Exemple de charges substitutives : intérêts calculés en remplacement des intérêts réels.

Des charges supplétives concernent des montants non pris en compte dans la comptabilité financière et qu'il est nécessaire d'ajouter pour l'élaboration de coûts complets dans la CAE.

Exemple de charges supplétives : charges d'exploitation directement financées par l'Etat, parties de salaires prises en charge par des partenaires privés, etc.

Les charges et les produits par centre d'imputation sont affectés aux centres de charges correspondants aux activités de chaque centre d'imputation.

Pour ce qui concerne la formation et la recherche, une méthodologie spécifique est appliquée (Cf. Chapitre 3.4).

Le déversement consiste à faire converger les charges depuis leur lieu initial de consommation jusqu'aux UFI (patients ou mandats).

Le résultat permet de connaître les coûts complets et les recettes par patient et par mandat.

LEGENDE

-  Etat initial, intermédiaire, final de la comptabilité
-  Traitement / opération effectués
-  Données en entrée

3.2 PHASE 1 - UTILISATION DES DONNEES FINANCIERES ET DES DONNEES D'ACTIVITE

La première phase de l'élaboration de la CAE consiste à extraire les données financières et les données d'activité.

Ce chapitre décrit les données de base nécessaires au processus.

3.2.1 Données financières

Les données financières doivent être caractérisées par les éléments suivants :

- **Période** : au minimum annuelle. Dans le cadre d'utilisation en gestion interne, une périodicité mensuelle peut être souhaitable.
- **Centre d'imputation financier** : élément le plus fin de la structure organisationnelle propre à un hôpital effectuant une activité la plus homogène possible. Dans certains hôpitaux, le centre d'imputation financier correspond à un centre de charges ou à un sous centre de charges du modèle de comptabilité analytique.
- **Centre de charges analytique** : Elément structurel virtuel selon un modèle analytique correspondant à une activité homogène. Dans certains hôpitaux, peut correspondre au centre d'imputation financier. Quand ce n'est pas le cas, une table de passage entre les centres d'imputation financiers et les centres de charges analytiques est nécessaire.
- **Nature comptable** : Les natures comptables se fondent sur un plan comptable. En comptabilité analytique, seules les natures de charges et de produits sont en principe retenues. A titre d'exemple les groupes de comptes principaux du plan comptable H+, 6^e édition, 2008 sont les suivants :
 - 30 charges salariales
 - 37 charges sociales
 - 38 charges des honoraires de médecins - assujettis aux assurances sociales
 - 39 autres charges du personnel - y compris 395 : rabais octroyés au personnel
 - 40 matériel médical d'exploitation
 - 41 charges et produits alimentaires
 - 42 charges de ménage
 - 43 entretien et réparations
 - 44 charges d'utilisation des immobilisations
 - 45 charges d'énergie et d'eau
 - 46 charges financières
 - 47 charges de l'administration et de l'informatique
 - 48 autres charges liées au patient
 - 49 autres charges non liées au patient
 - 60 produits résultant de 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
- 68 produits résultant des prestations au personnel et à des tiers
- 69 contributions et subventions
- **Montant** sous forme de solde.

3.2.2 Données d'activité

Les données d'activité des cas administratifs doivent être caractérisées par les éléments suivants :

- **N° du cas administratif** (ou éventuellement du mandat) : permettant de rattacher les prestations puis les coûts aux UFI. Les cas administratifs peuvent également être regroupés en fonctions des données contenues dans le système de gestion administrative des patients (garant, type de cas, domicile, APDRG, etc.)
- **Type de cas selon l'OCP**. Lié au no du cas administratif
- **Période** : a minima annuelle, dans le cadre d'utilisation en gestion interne, une périodicité mensuelle peut être souhaitable.
- **Centre d'imputation prestataire** : centre d'imputation financier réalisant la prestation déversée sur une UFI et demandée par un centre d'imputation demandeur (par exemple : un laboratoire d'analyses médicales) qui peut être le même que le prestataire.
- **Centre d'imputation demandeur** : centre d'imputation financier demandant une prestation (par exemple : un service médical demandant une prestation au laboratoire d'analyses médicales). Permet de calculer les coûts complets du centre d'imputation.
- **Centre de charges d'origine**: Dont les coûts sont déversés sur un centre de charges destinataire ou une UFI.
- **Centre de charges destinataire** : Qui reçoit les coûts du centre de charges d'origine
- **Unité d'œuvre et coût unitaire** : elle sert de clé de répartition et est liée au centre de charges d'origine. Elle comporte un coût unitaire (éventuellement implicite) résultant de la division du coût complet du centre de charges par la quantité totale produite.
- **Quantité** de prestations consommée par le centre de charges destinataire ou l'UFI

Illustration - Extrait de fichier de données d'activité issu du système d'information d'élaboration de la CAE dans un établissement

Mois	Année	Centre d'imputation prestataire	Type d'hospitalisation	Centre d'imputation demandeur	Centre de charges prestataire	Centre de charges demandeur	Unité d'oeuvre	Quantité	N° du cas administratif
12	2005	Génétique médicale	Hospitalisation A	Néphrologie	Laboratoire	Corps médical	Points de laboratoire	241	10400030
12	2005	Angiologie	Hospitalisation A	Cardiologie	Procédé d'imagerie médicale	Corps médical	Points TARMED	333	10400234
12	2005	Néphrologie	Ambulatoire	Néphrologie	Hémodialyse	Hémodialyse	Séances de dialyse	1	10400567
12	2005	Bloc opératoire	Hospitalisation A	Néonatalogie	Salle d'opération	Corps médical	Minutes de salle d'opération	135	10400058
12	2005	Neurochirurgie	Hospitalisation A	Néonatalogie	Corps médical	Corps médical	Points TARMED	650	10400058

3.3 PHASE 2 - AJUSTEMENTS

Le calcul des coûts effectué en comptabilité analytique doit permettre des comparaisons entre périodes et entre établissements. Il s'agit de considérer les coûts et les revenus sous l'angle économique, ce qui peut faire apparaître des différences avec les charges et les produits enregistrés en comptabilité financière.

La comptabilité financière enregistre des charges et des produits qui sont sans lien avec la mission de l'établissement, qui ont un caractère extraordinaire ou qui concernent une autre période que celle considérée. Ces charges et ces produits ne doivent pas être pris en compte dans le calcul des coûts.

Certains coûts de production, voire certains revenus, ne figurent pas dans les charges et les produits de la comptabilité financière de l'établissement, notamment s'ils sont financés directement par des tiers. Ils doivent être ajoutés aux charges prises en compte.

Certaines charges de la comptabilité financière, voire certains produits enregistrés par exemple selon des critères légaux ou fiscaux, doivent être recalculés de manière normative afin de refléter le coût économique.

Il existe deux types d'ajustements :

- les ajustements périodiques,
- les ajustements par objet.

3.3.1 Ajustements périodiques

Ils permettent de faire correspondre les charges qui s'étalent dans le temps avec les limites temporelles des exercices comptables. Ces ajustements doivent être établis dans la comptabilité financière à l'aide des comptes d'actifs (charges payées d'avance, produits à recevoir) et de passifs (produits reçus d'avance, charges à payer) transitoires.

Lorsque les périodicités des bouclages des comptabilités financière et analytique sont identiques, il n'y a pas lieu de procéder à de tels ajustements en comptabilité analytique, car les charges et les produits ont déjà été ajustés dans la comptabilité financière (pour autant que les deux comptabilités soient couplées).

3.3.2 Ajustements par objet

Ils doivent permettre de corriger les contraintes de comptabilisation des charges et des produits dans la comptabilité financière afin de donner une image de l'hôpital correspondant à la réalité économique.

Les corrections doivent apparaître autant pour les charges que pour les produits.

Trois types de corrections sont à évaluer :

- les charges et les produits non incorporables,
- les charges et les produits supplétifs,
- les charges et les produits de substitution.

3.3.2.1 Charges et produits non incorporables

Les charges et les produits non incorporables sont introduits en comptabilité financière, mais traités spécifiquement en comptabilité analytique, car ils ne concernent pas la gestion normale de l'hôpital dans la période considérée. Ils ont un caractère atypique, unique ou exceptionnel. Font partie de cette catégorie :

- les charges et les produits d'exercices antérieurs pour autant que ces exercices ne soient plus modifiables légalement,

- les charges et les produits exceptionnels,
- la constitution et la dissolution de provisions (au sens des RPC²),
- les charges refacturées au prix coûtant.

3.3.2.2 Charges et produits supplétifs

Les charges et les produits supplétifs sont ignorés en comptabilité financière mais pris en compte en comptabilité analytique en raison de leur pertinence à refléter la situation économique de l'entreprise. Entrent dans cette catégorie :

- les charges des investissements directement financées par l'Etat,
- d'autres charges d'exploitation directement financées par l'Etat, des fondations publiques ou privées, des entreprises privées et qui sont hors champ de la comptabilité financière de l'hôpital,
- l'utilisation de bâtiments ou parties de bâtiments à titre gratuit ou à un loyer très inférieur au prix du marché, utilisation d'investissements entièrement amortis en comptabilité financière,
- l'utilisation de personnes travaillant à titre gratuit dans l'hôpital (sans les bénévoles qui n'ont pas d'activité de soins); des salaires ou parties de salaires pris en charge par des institutions externes pour des personnes travaillant complètement à l'hôpital, les honoraires des médecins (saliés ou agréés) payés directement par les assurances ou les patients sans enregistrement dans la comptabilité de l'hôpital,
- des tâches administratives et logistiques (par exemple : charges informatiques) prises en charge par des services de l'Etat; des prestations effectuées par l'hôpital à titre gratuit.

Comme, par définition, ces charges ne figurent pas dans la comptabilité financière de l'hôpital, il n'est pas toujours facile d'obtenir des informations fiables et précises sur leur montant et leur destination. Les méthodes d'évaluation du coût des investissements et des capitaux sont abordées dans le Chapitre 3.3.3.

3.3.2.3 Charges et produits de substitution

Les charges et les produits de substitution figurent déjà dans la comptabilité financière mais pour un montant différent de celui retenu en comptabilité analytique. Il s'agit avant tout des amortissements et des intérêts tels que décrits dans le Chapitre 3.3.3.

3.3.3 Calculs des amortissements et des intérêts de substitution

Les trois principaux types d'immobilisations sont les suivants :

- les immobilisations corporelles : terrains, bâtiments et équipements, (installations techniques, appareils, machines, mobilier, véhicules, etc.),
- les immobilisations financières (titres non cotés en bourse, les titres cotés étant considérés comme des liquidités si l'on détient moins de 20% des droits de vote),
- les immobilisations incorporelles telles que les brevets.

² Recommandations relatives à la présentation des comptes.

Remarque - Il est à noter qu'une grande partie des établissements ne possède pas d'immobilisations financières (par exemple : titre non coté en bourse) ni d'immobilisations incorporelles (par exemple : brevet, etc.). Ces deux éléments doivent plutôt être considérés comme des exceptions. Au contraire, tous les établissements possèdent des installations techniques et des machines, voire des bâtiments (immobilisations corporelles) qu'il est nécessaire d'amortir.

La méthode classique de prise en compte des amortissements et des intérêts en comptabilité analytique, consiste à calculer un amortissement normatif sur les immobilisations utilisées pour l'exploitation et à calculer un intérêt sur les capitaux nécessaire à l'exploitation.

Dans cette méthode les charges d'amortissements et d'intérêts comptabilisés en comptabilité financière sont extournées.

Les amortissements de substitution sont calculés à partir de la valeur de remplacement de l'immobilisation. La valeur de remplacement peut être estimée à partir de la valeur d'assurance incendie (surtout pour les immeubles), de la valeur d'acquisition indexée, ou de la valeur d'acquisition non indexée.

Les amortissements sont calculés à l'aide d'un taux correspondant à la durée de vie moyenne de la catégorie d'immobilisation. Cependant, contrairement à la comptabilité financière, l'amortissement n'est pas adapté à la durée de vie réelle de l'immobilisation considérée et en particulier il n'est pas procédé à un amortissement extraordinaire en cas de mise hors service précoce de l'immobilisation. Les amortissements sont imputés tant que l'immobilisation est en service pour l'exploitation, même si elle a déjà été entièrement amortie en comptabilité financière.

Le coût des capitaux est pris en compte de la même manière pour les capitaux propres et étrangers. Les capitaux immobilisés sont généralement estimés en prenant la moitié de la valeur des capitaux sujets à dépréciation (en postulant que ces immobilisations sont en moyenne à la moitié de leur durée de vie) et l'entier de la valeur des autres capitaux (en particulier des terrains). Le capital circulant est généralement calculé sur la base de la moyenne des soldes mensuels, afin de tenir compte des fluctuations saisonnières. Il existe plusieurs méthodes pour déterminer le taux d'intérêt. La méthode la plus simple consiste à prendre un taux de référence facilement disponible comme le taux moyen des nouvelles hypothèques. Les méthodes plus élaborées tiennent compte de la rémunération en principe plus élevée sur les fonds propres, voire d'une prime de risque sur les fonds étrangers.

La révision de l'OCP entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 précise le calcul du coût des immobilisations pris en compte pour la détermination des tarifs d'hospitalisation. Il n'est pas interdit d'utiliser une autre méthode à des fins internes mais il est lourd de gérer deux méthodes. C'est pourquoi, le présent guide propose une méthode compatible avec les dispositions de l'OCP qui s'écarte de la démarche proposée par le manuel REKOLE qui suit la méthode classique décrite ci-dessus.

Résumé des dispositions de l'OCP

- Les hôpitaux tiennent une comptabilité des immobilisations (art. 10a, al. 1) : les données que cette comptabilité doit contenir permettent de calculer les amortissements et les intérêts « calculatoires ». Il est possible de faire figurer des immobilisations dont l'hôpital n'est pas propriétaire à condition qu'elles soient nécessaires à l'exploitation (art. 10a, al. 2) car il n'est pas mentionné que les immobilisations figurant dans la comptabilité des immobilisations doivent figurer au bilan de l'hôpital. Notamment les bâtiments propriété de l'Etat utilisés par l'hôpital devraient être ajoutés dans cette comptabilité des immobilisations.
- Une acquisition est considérée comme un investissement à partir de CHF 10'000 (Art. 8, al. 5). Auparavant cette limite était de CHF 3'000.
- Les amortissements annuels maximums se calculent avec un amortissement linéaire à partir de la valeur d'achat sur la durée prévue d'utilisation jusqu'à la

valeur résiduelle nulle (art. 10a, al. 3) : cette règle impose la valeur d'achat : il n'est donc pas possible de se baser sur la valeur d'assurance ou une valeur d'acquisition indexée. Par contre, rien n'empêche de prendre en compte les travaux de rénovation. Un amortissement au-delà d'une valeur résiduelle nulle (comme cela se pratique généralement en comptabilité analytique) n'est pas permise. Un amortissement extraordinaire pour les immobilisations mises hors services plus tôt que prévu (comme cela doit se pratiquer en comptabilité financière) n'est pas possible non plus.

- La charge d'intérêt est calculée sur la valeur moyenne des immobilisations avec un taux d'intérêt de 3,7% (art. 10a, al. 4) : L'OCP ne mentionne pas les intérêts sur le capital circulant, ce qui signifie que les éventuels intérêts effectifs sur les comptes courants par exemple restent imputés en comptabilité analytique. L'intérêt devrait également être calculé sur les terrains, à condition d'en connaître la valeur d'achat.

Terrains, bâtiments et équipements

Comme les règles imposées par l'OCP sont un mélange de principes de la comptabilité financière et de la comptabilité analytique, il peut être souhaitable d'adapter autant que possible la comptabilité financière à l'OCP, notamment en ce qui concerne les amortissements linéaires sur la valeur d'acquisition. Cependant, des amortissements extraordinaires doivent rester possibles en comptabilité financière en cas de mise hors service plus tôt que prévu d'une immobilisation, afin d'estimer les actifs correctement.

Les investissements concernent les objets dont la valeur d'achat est supérieure à CHF 10'000. Il est à noter que les leasings et les loyers font également partie des investissements (*Cf. OCP*) mais ne donnent pas lieu à des opérations particulières en comptabilité analytique.

Les amortissements se calculent de manière linéaire à partir de la valeur d'acquisition jusqu'à ce que la valeur comptable soit à zéro. Les amortissements en comptabilité analytique sont donc les mêmes que ceux de la comptabilité financière. Il n'y a pas d'amortissement de substitution. Des amortissements extraordinaires sont toutefois comptabilisés en comptabilité financière quand une immobilisation est mise hors service alors qu'elle n'est pas complètement amortie. Ces amortissements extraordinaires ne sont pas incorporables en comptabilité analytique.

La valeur d'acquisition est la seule base d'amortissement admise par l'OCP.

Les travaux de rénovation et de transformation des immeubles doivent également être activés et amortis, à condition qu'ils augmentent la valeur d'usage ou de marché de l'immeuble, ce qui n'est pas le cas des travaux d'entretien courant.

Les taux d'amortissement qui doivent être appliqués par les établissements pour se conformer à REKOLE® sont les suivants :

Désignation des investissements	Taux %
Investissements permanents ou illimités : acquisition de terrains ou de permis de construire	0
Investissements à long terme, soit plus de 30 ans : bâtiments (gros œuvre), y compris travaux préliminaires, frais annexes de construction, etc.	3
Investissements à moyen terme, soit entre 15 et 30 ans (en moyenne 20 ans) : installations sanitaires et électriques, travaux d'aménagement extérieur, jardins, etc. (second œuvre)	5
Investissements à court terme, soit entre 3 et 15 ans (en moyenne 10 ans) : mobilier	10
Appareils médico-techniques (8 ans)	12.5
Machines de bureau, machines et appareils non médicaux, véhicules (5 ans)	20
Equipements informatiques (4 ans)	25

Remarque - Dans REKOLE®, les amortissements des bâtiments sont centralisés dans le CC «Infrastructure». Pour estimer les charges d'investissement par centre de charges de la façon la plus précise possible, il faudra veiller -au niveau comptable - à imputer l'achat des équipements au plus près des activités concernées.

Remarque – les groupes de comptes associés

Les comptes de charges associés aux investissements font partie du groupe 44.

Le groupe 440 comprend les investissements (au sens des articles 8 et 10 de l'OCP) non activés (prix d'achat < 10'000 CHF).

Le groupe de comptes 441 comprend d'autres investissements non activés mais avec une valeur d'acquisition supérieure à la limite de l'OCP.

Les autres investissements dont il est question dans le tableau ci-dessus figurent dans les groupes de comptes de l'actif 110 et 111, et les amortissements correspondants se trouvent dans le groupe de comptes 442 du plan comptable REKOLE®.

Il est à noter que les intérêts calculés sur le capital circulant sont comptabilisés dans le compte 468 et les intérêts calculés sur le capital immobilisé dans le compte 448.

Immobilisations financières

Les immobilisations financières correspondent au placement à long terme de liquidités dans d'autres entreprises ou dans des projets d'investissements, aux titres non cotés en bourse et aux droits difficilement réalisables (Cf. Groupe de comptes 104). Elles ne donnent pas lieu à des amortissements. Les corrections de valeurs pratiquées en comptabilité financière ne sont pas incorporables en comptabilité analytique.

Immobilisations incorporelles

Les immobilisations incorporelles correspondent aux valeurs achetées ou produites par l'entreprise (brevets, marques, etc.) présentant une valeur commerciale. Elles peuvent être portées au bilan si elles présentent un avantage mesurable pour l'entreprise pendant plusieurs années. Du point de vue fiscal, il y a possibilité d'amortissement de 20% du coût d'acquisition pour toutes les immobilisations incorporelles à activité lucrative. Dans le cadre d'un hôpital, il n'est pas recommandé d'inclure des charges d'amortissement d'immobilisations incorporelles dans la comptabilité analytique, ce qui ne serait par ailleurs pas compatible avec l'OCP.

Calcul des intérêts de substitution sur le capital nécessaire à l'exploitation

En comptabilité financière, seuls les intérêts sur les capitaux étrangers sont enregistrés, la rémunération des fonds propres ayant lieu par la distribution du bénéfice, voire par la variation de la valeur de l'entreprise. Cette distinction entre fonds étrangers et fonds propres n'a pas lieu d'être en comptabilité analytique. En effet, quelle que soit leur origine, les capitaux ont un coût dont il faut tenir compte. Les intérêts (débiteurs et créditeurs) enregistrés en comptabilité financière ne sont en principe pas incorporés dans la comptabilité analytique. Des intérêts de substitution devraient être calculés sur l'ensemble du capital nécessaire à l'exploitation.

De manière surprenante, l'OCP ne prévoit pas le calcul d'intérêts sur les actifs circulants mais uniquement sur l'actif immobilisé. Les intérêts débiteurs sur des comptes courants, ou tout autre intérêt sur du financement à court terme, resteront incorporés dans la comptabilité analytique, en dérogation aux principes énoncés ci-dessus.

Les intérêts sur l'actif immobilisé sujet à dépréciation se calculent sur la valeur moyenne des immobilisations, soit la valeur de départ, divisée par deux. La valeur de départ est le coût d'acquisition, qui constitue également la base d'amortissement.

L'OCP ne règle pas la question du calcul de l'intérêt sur les terrains. On peut admettre qu'un intérêt doit également être calculé sur la valeur de ceux-ci. Comme les terrains ne sont pas amortis, on prendra le coût d'acquisition total comme base de calcul de l'intérêt. Les terrains dont le coût d'acquisition n'est pas connu (en raison du temps écoulé depuis l'acquisition par exemple) ne donnent pas lieu à un calcul d'intérêt.

En principe, des intérêts pourraient également être calculés sur les immobilisations financières et sur d'éventuelles immobilisations incorporelles. Dans la plupart des hôpitaux, on ne devrait toutefois pas trouver de tels actifs considérés comme nécessaires à l'exploitation au sens de l'OCP.

Les intérêts calculés sur les actifs immobilisés sont des charges de substitution. Les intérêts sur des capitaux étrangers à long terme comptabilisés en comptabilité financière ne sont donc pas incorporés en comptabilité analytique.

Les intérêts sur le leasing financier (compte 446) restent incorporables en comptabilité analytique.

Aspects calculatoires

Les amortissements et les intérêts calculés selon ces normes seront affectés aux centres de charges et natures analytiques correspondants. La différence par rapport aux amortissements et intérêts disponibles dans la comptabilité financière sera affectée au centre de charges «Charges et produits non incorporables», dans leurs centres d'imputation financiers et leur nature analytique d'origine.

3.4 PHASE 3A - TRAITEMENT DE LA FORMATION ET DE LA RECHERCHE

3.4.1 Fondements légaux et principes

3.4.1.1 Définition de la LAMal et de l'OCP concernant les activités de formation

L'art. 49 LAMal, dans sa nouvelle teneur en vigueur depuis le 1.1.2009 prévoit que les tarifs hospitaliers ne couvrent pas les prestations de la recherche et de la formation universitaire.

Les coûts de la formation universitaire au sens de la loi (*Cf. OCP Art. 7*) comprennent les moyens engagés pour :

- la formation de base théorique et pratique des étudiants des professions médicales au sens de la LPMed jusqu'à l'obtention du diplôme fédéral,
- la formation post-graduée de ces étudiants jusqu'à l'obtention du titre postgrade fédérale.

Il faut relever que la formation des médecins assistants, structurée et non structurée, est donc incluse dans le périmètre de l'OCP. Par contre, la formation des étudiants des professions infirmières, médico-thérapeutiques et médico-techniques n'est pas incluse dans ce périmètre.

Toutefois, les hôpitaux qui reçoivent un financement pour des tâches de formation des professions infirmières, médico-thérapeutiques et médico-techniques devraient imputer les coûts correspondants à l'UFI « mandat ».

Les coûts de recherche au sens de l'OCP englobent les moyens engagés pour les travaux de création entrepris de façon systématique et le développement expérimental visant à accroître le niveau des connaissances ainsi que leur utilisation pour permettre de nouvelles applications. En font partie les projets réalisés dans le but d'accroître les connaissances scientifiques et d'améliorer la prévention, le diagnostic ou le traitement de maladies.

3.4.1.2 Coût de la formation et de la recherche selon REKOLE®

Dans REKOLE®, l'identification des coûts de la formation et de la recherche passe par un relevé des activités des collaborateurs concernés. Les activités dites jumelées (voir ci-dessous) sont également relevées et réparties sur les autres activités au prorata de ces dernières.

Au moment de la rédaction de la deuxième version du présent guide, un projet d'évaluation des coûts de la formation et de la recherche académique médicale dans les hôpitaux universitaires est en cours, sous l'égide de la Conférence universitaire suisse (CUS) et de l'Office fédéral de la statistique (OFS). Les méthodes prévues par ce projet en l'état ne s'écartent pas fondamentalement de celles de REKOLE®. C'est pourquoi, la méthode décrite ci-dessous continue de se référer à REKOLE®.

Il faut encore relever que jusque et y compris en 2008, seuls les hôpitaux universitaires calculent des coûts de la formation et de la recherche, chacun avec une méthode propre. Les hôpitaux non universitaires ne calculent généralement pas de tels coûts, bien qu'ils remplissent également des tâches dans le domaine de la formation pratique en particulier.

3.4.1.3 Activités jumelées

Selon REKOLE®, on parle de production jumelée lorsque la production d'un produit ou d'une prestation implique obligatoirement (par nécessité technique ou économique) la fabrication simultanée d'un autre produit ou d'une autre prestation.

Les différents types de production jumelée pris en compte dans le calcul des ratios d'activité liée à la formation et à la recherche sont les suivants :

- activités de formation et de recherche effectuées simultanément,
- activités clinique, de formation et/ou de recherches effectuées simultanément.

3.4.1.4 Catégories professionnelles concernées par la formation et la recherche

Les catégories sont les suivantes :

- les médecins,
- les professionnels universitaires de formation médicale non-médecin (par exemple : les biologistes, les pharmaciens, etc.),
- les professionnels de formation médico-technique,
- le personnel de soins.

La formation et la recherche des professionnels ne faisant pas partie des professions de santé sont exclues du périmètre de calcul des coûts liés à la formation et à la recherche (par exemple : la formation d'économiste par l'établissement est exclue du périmètre).

3.4.1.5 Répartition de l'activité spécifique aux médecins assistants

Il est considéré que 50% de l'activité des médecins assistants correspond à de la formation et 50% à d'autres activités (traitement au patient et travail de recherche éventuel).

Cette estimation est basée sur le principe suivant : en première année, 100% du temps des médecins assistants correspond à de la formation uniquement et en dernière année, 100% de leur temps correspond à du traitement au patient.

Il est à noter que cette estimation ne tient pas compte notamment des spécialités médicales et du type d'activité exercée (consultation/service hospitalier). Par exemple, les temps de formation, notamment, peuvent différer d'une spécialité médicale à une autre.

Dans ce contexte, les hôpitaux latins ne disposant pas d'informations plus fiables utiliseront, dans un premier temps, cette estimation. Dans un second temps, cette approche devra être approfondie. Une enquête de terrain devra déterminer les parts réelles d'activité des médecins assistants entre traitement au patient et formation, et ce au regard de leur spécialité et/ou de leur nombre d'années de formation et du type d'activité exercée (consultation ou service hospitalier).

3.4.1.6 Répartition de l'activité spécifique aux étudiants

Les étudiants pré-gradués ont 100% de leurs charges salariales attribués aux centres de charges fournisseurs de prestations.

Par conséquent, on présuppose que la valeur correspondante aux prestations qu'ils effectuent équivaut aux salaires qu'ils perçoivent.

3.4.1.7 Recueil de données

Le recueil de données est basé sur les principes suivants :

- il est effectué sur la base d'une enquête de terrain,

- les ratios d'activité sont donnés en pourcentage d'activité,
- le relevé d'activité est nominatif.

Des questionnaires types sont définis (*Cf. Annexe 3*).

ANNEXE 3 - Questionnaires types

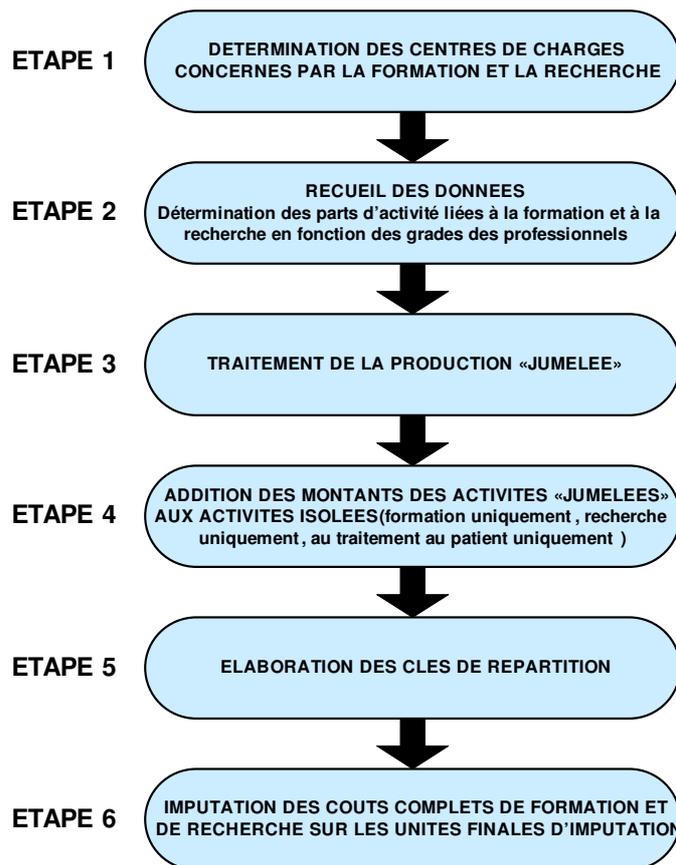
3.4.1.8 Traitement des coûts directs

Les coûts du sang, des implants, des médicaments sont affectés directement aux UFI (qui peuvent éventuellement être des mandats de formation ou de recherche).

Par ailleurs, il n'existe pas de production jumelée concernant les coûts directs de sang, d'implants ou de médicaments (ces coûts sont affectés au patient en cas d'utilisation simultanée dans le cadre d'un projet de recherche et d'une activité clinique par exemple).

3.4.2 Méthode de calcul

3.4.2.1 Description du processus : méthode de calcul des charges liées à la formation et à la recherche



La première étape consiste à déterminer les centres de charges qui effectuent de la formation et de la recherche.

La deuxième étape consiste à déterminer, suite à un recueil de données basé sur une enquête de terrain, les parts d'activité liées à la formation et à la recherche pour chaque type de professionnels concernés (par exemple : médecins, personnel de soins, etc.) en fonction de leur grade (par exemple : médecin-chef, professeur, etc.).

La production jumelée, définie par l'exécution simultanée de différentes tâches (par exemple : traitement au patient et recherche simultanément), nécessite un traitement particulier afin d'arriver à isoler les parts de l'activité de formation uniquement, de recherche uniquement et de traitement au patient uniquement.

Les montants obtenus, issus des productions jumelées, doivent être additionnés aux montants des activités isolées permettant d'obtenir ensuite des clés de répartition spécifiques à la formation et à la recherche.

Grâce aux clés de répartition, des coûts de formation et de recherche peuvent ainsi être obtenus et répartis sur les UFI.

3.4.2.2 Etape 1 - Détermination des centres de charges qui effectuent de la formation ou de la recherche

Un centre de charges (centre de charges fournisseur de prestations) peut présenter les activités suivantes :

- activité de soins au patient uniquement,
- activité de formation uniquement,
- activité de recherche uniquement,
- activités de formation et de recherche,
- activités de formation et/ou de recherche et de traitement au patient.

Pour les centres de charges qui effectuent uniquement de la formation ou de la recherche, les coûts sont affectés directement aux UFI.

Lorsqu'un centre de charges effectue uniquement du traitement au patient, il n'est pas concerné par les prochaines étapes.

3.4.2.3 Etape 2 - Détermination des ratios d'activité en fonction des grades des professionnels

A/ Etape 2a - Préparation et recueil des données

Pour chaque catégorie professionnelle susceptible d'être concernée par de la formation et de la recherche (médecins, personnel médico-technique, personnel de soins, personnel médical non-médecin), l'établissement doit déterminer la liste des grades pour lesquels les ratios d'activité sont à définir.

Exemple - Définition des grades pour les médecins :

- professeur,
- médecin-chef adjoint,
- médecin-chef,
- chef de clinique,
- médecin adjoint/associé,
- médecin hospitalier,
- médecin assistant,
- étudiant.

Sur la base d'une enquête de terrain, l'établissement doit ensuite recueillir les ratios d'activité (en pourcentage) pour chaque grade de professionnels définis.

Des questionnaires destinés à chaque catégorie de professionnels concernés par la formation et la recherche (médecins, personnel de soins, personnel médico-technique, personnel médical non-médecin) doivent être utilisés à cet effet. Les hôpitaux latins ont choisi d'harmoniser leurs pratiques quant aux méthodes de recueil d'informations et ont élaboré des questionnaires types (*Cf. Annexe 3 : Questionnaires types*).

B/ Etape 2b - Synthèse des données recueillies

Une fois les données recueillies, elles peuvent être synthétisées de la manière suivante :

Illustration - Tableau de synthèse des données recueillies

Catégorie professionnelle	Répartition de l'activité (en %) (*)					
	Taux d'activité moyen pour chaque type de prof. (en %)	Activité			Production jumelée	
		Part d'activité liée au traitement au patient uniquement	Part d'activité liée à la formation uniquement	Part d'activité liée à la recherche uniquement	Part d'activité lorsque les activités de formation et de recherche sont effectuées simultanément	Part d'activité lorsque les activités cliniques et de formation ou de recherche, ou de formation/recherche sont effectuées simultanément
Professeur	100	55	17	8	5	15
Médecin-chef adjoint	100	60	15	8	7	10
Médecin-chef	100	70	10	6	3	11
Médecin assistant	100	50	50	0	/	/
Etudiant	100	100	/	/	/	/

(*) **Remarque** - Les ratios appliqués sont présentés à titre d'exemple mais ne représentent pas forcément la réalité de terrain.

C/ Etape 2c – Calcul des montants (masse salariale) en CHF

A partir des ratios d'activité (Cf. tableau ci-dessus), la méthode consiste à appliquer les pourcentages aux masses salariales.

Illustration - Répartition de la masse salariale pour le centre de charges «Corps médical» en fonction des activités

Catégorie professionnelle	Masse salariale en fonction des parts d'activité (en CHF)					
	Masse salariale moyenne par catégorie professionnelle	Activités			Production jumelée	
		Traitement au patient uniquement	Formation uniquement	Recherche uniquement	Formation et recherche effectuées simultanément	Part d'activité lorsque les activités cliniques et de formation ou de recherche, ou de formation/recherche sont effectuées simultanément
Professeur	225'000	123'750	38'250	18'000	11'250	33'750
Médecin-chef adjoint	205'000	123'000	30'750	16'400	14'350	20'500
Médecin-chef	180'000	126'000	18'000	10'800	5'400	19'800
Médecin assistant	100'000	50'000	50'000	0	/	/
Etudiant	5'000	5'000	/	/	/	/

3.4.2.4 Etape 3 – Traitement des masses salariales liées à la production jumelée

Remarque - Lors du calcul des montants liés à la recherche et à la formation, il ne faut pas perdre de vue l'objectif suivant : isoler les montants liés à la recherche uniquement et à la formation uniquement, pour pouvoir ensuite être répartis sur les UFI.

A/ Etape 3a – Calcul des ratios des activités isolées à partir des montants déterminés précédemment

On considère que les activités de formation uniquement, recherche uniquement et traitement au patient uniquement sont égales à un total de 100% de l'activité.

On détermine la part de chacune de ces activités selon cette hypothèse grâce aux montants (masses salariales) calculés en étape 2c.

Dans le cas où l'on n'a que des activités jumelées pour une personne, on applique les ratios du centre d'imputation dans lequel est imputé le salaire de cette personne (de l'ensemble des charges).

Illustration - Calcul de ratios / Exemple - Grade de médecin-chef

	Formation uniquement	Recherche uniquement	TOTAL
Montant en CHF	18'000	10'800	28'800
Conversion en pourcentage (%)	62.5	37.5	100

	Traitement au patient uniquement	Formation uniquement	Recherche uniquement	TOTAL
Montant en CHF	126'000	18'000	10'800	154'800
Conversion en pourcentage (%)	81.4	11.6	7.0	100

B/ Etape 3b - Application des pourcentages aux montants de la production jumelée

Montant initial en CHF	Formation et recherche effectuées simultanément
5'400	5'400
Application des ratios à la production jumelée formation/recherche	Formation = $5'400 \times 0.625 = 3'375$ Recherche = $5'400 \times 0.375 = 2'025$

Montant initial en CHF	Formation, recherche et traitement au patient effectués simultanément
19'800	19'800
Application des ratios à la production jumelée formation/recherche et traitement au patient	Formation = $19'800 \times 0.116 = 2'296.8$ Recherche = $19'800 \times 0.07 = 1'386$ Traitement au patient = $19'800 \times 0.814 = 16117.2$

3.4.2.5 Etape 4 - Addition des montants calculés des activités «jumelées» aux activités «isolées»

	Traitement au patient	Formation uniquement	Recherche uniquement
Montant en CHF avec montants de la formation et de la recherche	126'000 + 16'117.2 = 142'117.2	18'000 + 3'375 + 2'296.8 = 23'671.8	10'800 + 2025 + 1'386 = 14'211

3.4.2.6 Etape 5 - Elaboration des clés de répartition

	Traitement au patient	Formation uniquement	Recherche uniquement	TOTAL
Charges salariales Médecin-chef	142'117.2	23'671.8	14'211	180'000
Calcul des nouveaux ratios	78.95	13.15	7.9	100

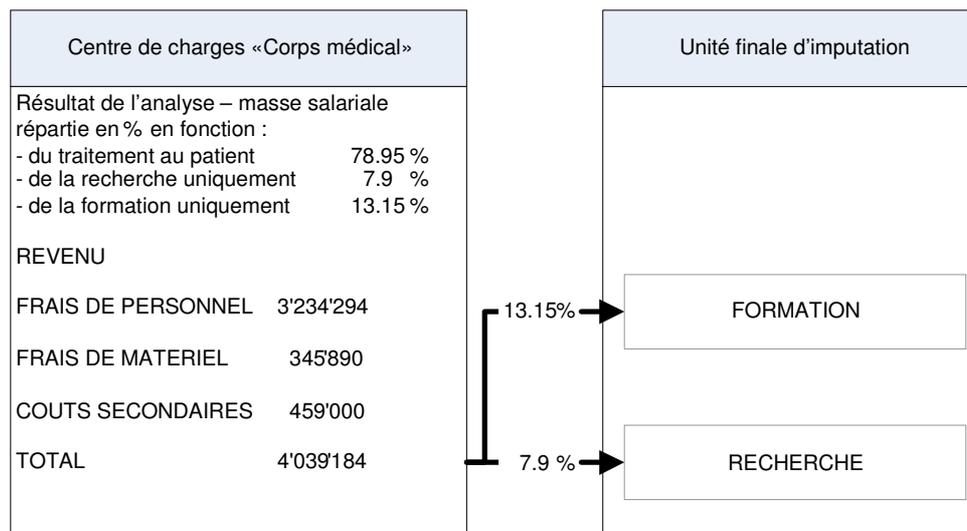
Ces nouveaux ratios calculés serviront de clé de répartition.

3.4.2.7 Etape 6 – Imputation des coûts complets de formation et de recherche sur les UFI

REKOLE® propose deux méthodes de calcul des coûts de formation et de recherche pour l'ensemble des établissements : le calcul des coûts de formation et de recherche est effectué sur la base des coûts complets pour les hôpitaux universitaires et sur la base des coûts de masses salariales uniquement pour les hôpitaux non universitaires.

Afin de pouvoir comparer leurs coûts, la majorité des hôpitaux latins, quel que soit le type d'établissement, choisissent de se baser sur un calcul des coûts complets pour les coûts de formation et de recherche.

Illustration - Imputation des coûts complets de la formation et de la recherche sur les UFI



Remarques – Les taux appliqués dans l'exemple correspondent aux taux des médecins-chefs. Dans la pratique, la moyenne des taux de formation et recherche doit être appliquée pour l'ensemble des médecins, quel que soit leur grade.

Le matériel affecté directement au patient (sang, médicaments, implants, etc.) n'est pas affecté au centre de charges «Corps médical».

3.5 PHASE 3B - AFFECTATION DES MONTANTS PAR CENTRE DE CHARGES

Cette étape d'affectation et de déversement est une étape essentielle de l'élaboration de la Comptabilité Analytique d'Exploitation.

Elle consiste à affecter aux centres de charges correspondant les charges, les produits/recettes et les activités.

3.5.1 Centres de charges selon la méthode REKOLE®

REKOLE® définit trois types de centres de charges :

- **Les centres de charges fournisseurs de services** qui recensent les charges des activités de logistique de l'établissement (par exemple : charges d'infrastructure, de lingerie, etc.).
- **Les centres de charges fournisseurs de prestations** qui comptabilisent les charges correspondant à l'activité principale de l'établissement. L'UFI est le cas administratif ou le mandat.
- **Les centres de charges d'exploitations annexes** qui comptabilisent les charges d'exploitations annexes de l'établissement.

Illustration - Liste des centres de charges traités dans le document

Centres de charges fournisseurs de services					
Infrastructure	Direction	Gestion décentralisée	Lingerie	Nettoyage	Ressources humaines
Pool de soins	Stérilisation centrale	Achats / magasin central	Pharmacie	Comptabilité	Administration des patients
Support et services	Secrétariats communs				
Centres de charges fournisseurs de prestations					
Salle d'opération	Anesthésie	Corps médical	Soins	Soins intensifs	Urgences
Procédés d'imagerie médicale	Salle d'accouchement	Médecine nucléaire et radio-oncologie	Laboratoire	Dialyse	Logopédie
Ergothérapie	Physiothérapie	Diagnostic médical et thérapeutique	Thérapies non médicales et conseils	Hôtellerie - chambres	Hôtellerie - cuisine
Hôtellerie - services	Autres fournisseurs de prestations	Pathologie			
Centres de charges d'exploitations annexes					
Exploitations annexes					

3.5.2 Méthode utilisée pour caractériser les charges contenues dans chacun des centres de charges

Tous les centres de charges sont décrits de façon détaillée dans l'Annexe 4 de ce document. Ils sont présentés selon le tableau ci-dessous.

3.5.2.1 Présentation de la désignation des centres de charges

Illustration - Présentation des centres de charges

Désignation du centre de charges	
Définition/Périmètre	Définition du périmètre couvert par le centre de charges.
Sous-centres de charges	Définition des sous-centres de charges (s'il en existe). Correspond à un découpage du centre de charges en sous-parties.
Clé de répartition	Définition de la clé de répartition à utiliser pour allouer les charges d'un centre de charges ou d'un sous-centre de charges sur l'UFI (cas administratif ou mandat)
Imputation	Définition de l'élément auquel sont imputées les charges (centre de charges, cas administratif ou mandat)

ANNEXE 4 - Description des centres de charges

3.5.2.2 Centres de charges et blocs de coûts

Dans ce manuel, il est décidé d'utiliser une seule clé de répartition par CC ou SS CC (dans REKOLE®, il existe une clé par bloc de coûts; cette notion n'est pas reprise dans ce manuel). Les CC «Ressources humaines», «Corps médical» et «Support et services» possèdent plusieurs blocs de coûts dans REKOLE®.

Pour des raisons techniques de déversement, il est nécessaire d'avoir une clé de répartition par CC ou SS CC. Sinon, sans étapes intermédiaires, il n'est pas possible de distinguer les coûts d'un même CC devant être répartis en fonction de clés différentes.

Pour le CC «Support et services», les SS CC «Transport de marchandises», «Transport de patients», «Informatique centrale», «Télécommunications» et «Service technique» sont créés.

Réf.	Centre de charges	Sous-centres de charges	Clé de répartition	Unité d'imputation cible
01	Infrastructure	Maintenance des bâtiments Bâtiments Energie	Min. : surfaces Max. : surfaces pondérées	Tous les centres de charges
02	Direction	Direction des soins Direction médicale	Masse salariale, EPT, collaborateurs	Tous les centres de charges
03	Gestion décentralisée	Pas de SS CC	Masse salariale, EPT, collaborateurs	Tous les centres de charges
04	Lingerie	Linge du personnel Linge des patients	Min. : masse salariale, journées Max. : kg, pièces de linge, montants, EPT	Centres de charges concernés
05	Nettoyage	Pas de SS CC	Min. : masse salariale Max. : m ² pondérés	Centres de charges concernés
06	Ressources humaines	Pas de SS CC	Masse salariale, EPT, collaborateurs	Tous les centres de charges
17	Pools de soins	Pas de SS CC	Min. : PRN ou LEP Max. : journées travaillées par unité	Centres de charges service de soins
18	Stérilisation centrale	Pas de SS CC	Min. : Points cliniques, Max. : lots, montants	Centres de charges concernés
13	Achat / magasin central	Pas de SS CC	Montants de livraisons effectuées majorés pour tenir compte des coûts généraux de la gestion des magasins centraux	Patient directement (matériel A et B) Centres de charges concernés (matériel C)
14	Pharmacie	Unité de production	Montants de livraisons effectuées majorés pour tenir compte des coûts généraux de la gestion de la pharmacie, charges médicaments, lignes de commande	Patient directement (médicaments A et B) Centres de charges concernés (médicaments C)
07	Comptabilité	Pas de SS CC	masse salariale, EPT, collaborateurs	Tous les centres de charges
10	Administration des patients	Pas de SS CC	Min. : sorties des patients Max. : sorties pondérées selon le type de sortie	Cas administratif

Réf.	Centre de charges	Sous-centres de charges	Clé de répartition	Unité d'imputation cible
08	Support et services (détaillé ci-dessous)	Télécommunications Informatique Service technique Transports de patients Transports de marchandise		CC concernés
08	(CC Support et services)	Télécommunications	Min. : masse salariale Max. : nombre de branchements téléphoniques	Tous les centres de charges
08	(CC Support et services)	Informatique	Min. : masse salariale Max. : nombre de postes informatiques utilisés	Tous les centres de charges
08	(CC Support et services)	Service technique	Min. : masse salariale, surface Max. : temps d'intervention	Tous les centres de charges
08	(CC Support et services)	Transport de patients	Min. : journées Max. : nombre de transports, montants	Cas administratif
08	(CC Support et services)	Transport de marchandises	Min. : charges non salariales Max. : nombre de transports, temps	CC concernés
09	Secrétariats communs	Pas de SS CC	Min. : masse salariale Max. : sortie pondérée, heures	CC concernés
20	Salle d'opération	Stérilisation du bloc opératoire	Temps, TARMED	Cas administratif ou mandat
23	Anesthésie	Pas de SS CC	Min. : minutes Max. : TARMED	Cas administratif ou mandat
24	Soins intensifs	Pas de SS CC	Min. : minutes Max. : minutes pondérées SSMI, LEP, PRN	Cas administratif ou mandat
25	Urgences	Pas de SS CC	Min. : minutes Max. : LEP, PRN, TARMED	Cas administratif ou mandat
39	Service de soins	selon organisation	Min. : journées Max. : points PRN, LEP	Cas administratif ou mandat
31	Corps médical	selon activité et/ou selon mandat	Activités de formation et de recherche : montants alloués Activité clinique Min. : points cliniques	cas administratif ou mandat

Réf.	Centre de charges	Sous-centres de charges	Clé de répartition	Unité d'imputation cible
			Max. : points TARMED	
29	Laboratoires	selon organisation	Points labo	Cas administratif ou mandat
30	Dialyse	Pas de SS CC	Min. : séance d'hémodialyse Max. : séance d'hémodialyse pondérée en fonction des points SVK	Cas administratif ou mandat
34	Logopédie	Pas de SS CC	Min. : points de logopédie Max. : minutes de logopédie	Cas administratif ou mandat
33	Ergothérapie	Pas de SS CC	Min. : points d'ergothérapie Max. : minutes d'ergothérapie	Cas administratif ou mandat
32	Physiothérapie	Pas de SS CC	Min. : points de physiothérapie Max. : minutes de physiothérapie	Cas administratif ou mandat
36	Diagnostic médical et thérapeutique	Pas de SS CC	Min. : points TARMED	Cas administratif ou Mandat
35	Thérapies non médicales et conseils	Diabétologie Conseils en allaitement Douleur Psychologie Service social Stomathérapie Neuropsychologie	Min. : points selon tarifs négociés Max. : minutes	Cas administratif
41	Hôtellerie - chambres	Pas de SS CC	Journées	Cas administratif
42	Hôtellerie - cuisine	Pas de SS CC	Min. : journées d'hospitalisation Max. : repas pondérés en fonction du type de repas	Cas administratif
43	Hôtellerie - service	Pas de SS CC	Journées d'hospitalisation	Cas administratif
44	Autres fournisseurs de prestations	Pas de SS CC	Journées d'hospitalisation	Cas administratif ou mandat
45	Pathologie	Pas de SS CC	Points TARMED	Cas administratif ou mandat

3.6 PHASE 4 – DEVERSEMENT DES CHARGES

Le processus de déversement par centre de charges s'effectue selon les clés de répartition.

On cherche à utiliser le plus souvent la clé dite «maximale» (*Cf. Annexe 4*).

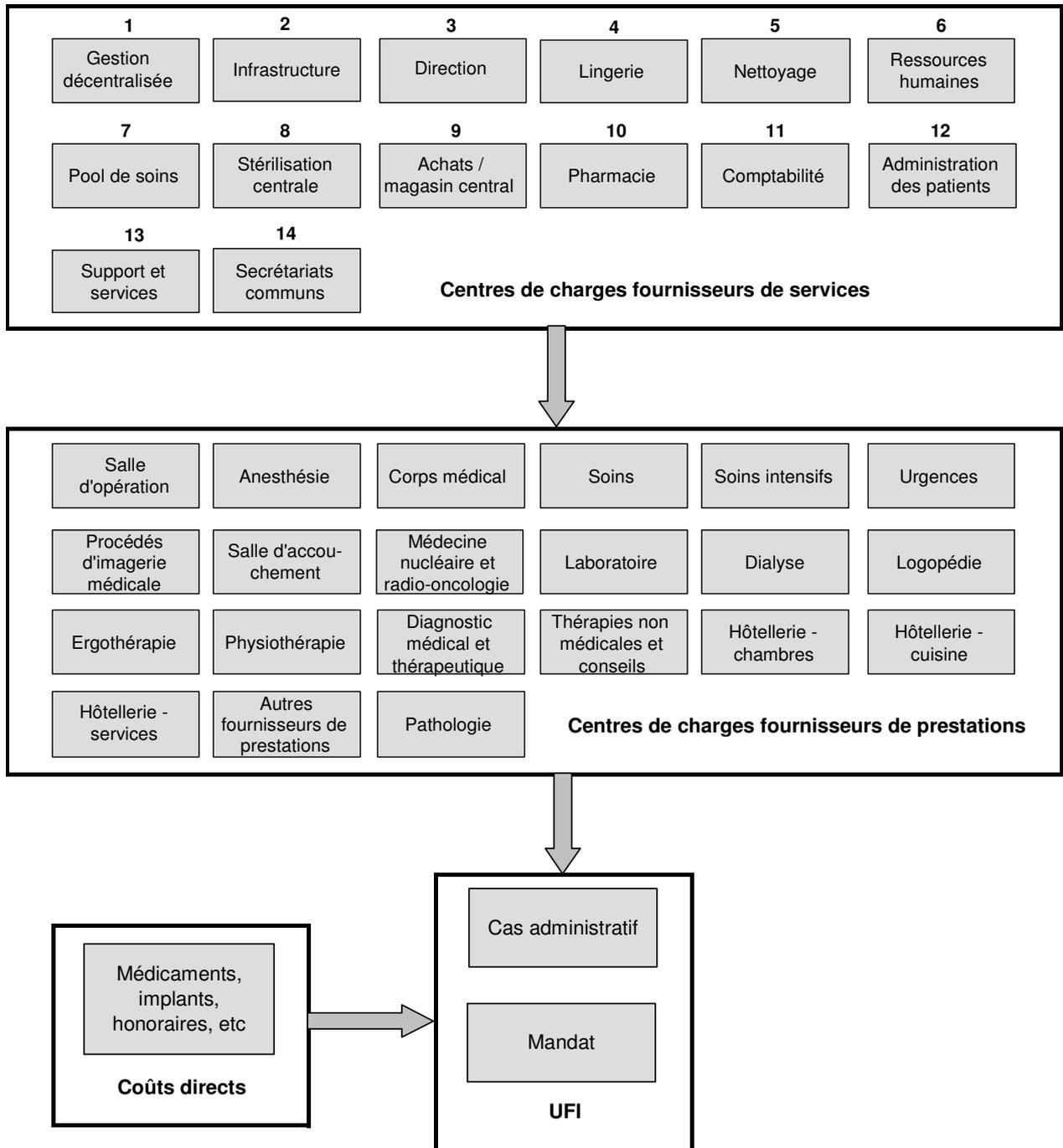
Pour effectuer le déversement, il est possible d'utiliser la méthode de déversement **avec** allocations réciproques ou **sans** allocations réciproques (REKOLE® ne préconise pas une méthode plutôt que l'autre).

Certains établissements latins utilisent la méthode avec allocations réciproques et d'autres utilisent la méthode sans allocations réciproques.

Un déversement en cascade concernant les centres de charges fournisseurs de services communs aux établissements latins est donc proposé permettant de comparer les établissements entre eux.

Illustration - Schéma général de déversement des coûts jusqu'aux UFI

(y compris l'ordre de déversement en cascade proposé par les hôpitaux latins concernant les centres de charges fournisseurs de services)



3.7 RESULTATS

Au final, la CAE sert pour l'analyse interne et est également utilisée pour l'externe (discussion avec les autorités cantonales et les partenaires tarifaires).

REKOLE® propose un ensemble de tableaux présentant les données de sortie de la comptabilité analytique qui pourraient, à terme, être utilisés par les établissements.

ANNEXE 5 - Présentation des données par centre de charges

Présentation des données au niveau des UFI : *Cf. Annexe 1.*

3.8 FORMAT DES DONNEES DE SORTIE

Les données de sortie doivent contenir les éléments suivants :

- N° de cas ou de mandat
- Type de cas selon l'OFS
- Centre de charges d'origine
- Centre de charges destinataire
- Centre d'imputation financier prestataire
- Centre d'imputation financier demandeur
- Unité d'œuvre
- Quantité fournie
- Nature comptable comportant les coûts en personnel, en matériel et en médicaments, et les investissements non imputables. Les données en sortie doivent permettre de répondre également aux exigences du Modèle KORE («Kostenrechnung») de *santésuisse*.

4 PLAN DES ANNEXES

ANNEXE 1	Présentation des coûts et des produits au niveau du cas administratif.....	15
ANNEXE 2 (supprimée)		
ANNEXE 3	Questionnaires types	33
ANNEXE 4	Description des centres de charges	42
ANNEXE 5	Présentation des données par centre de charges	48