



DÉPARTEMENT DE L'INTÉRIEUR ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Institut universitaire  
de médecine sociale et préventive  
Lausanne

**PRATIQUES COMPTABLES DES HOPITAUX  
ET FAISABILITE D'UN CALCUL DE  
COUTS BASES SUR LES  
DIAGNOSIS RELATED GROUPS**

Y. EGGLI, M. JAQUIER, L. SCHENKER

Avec la collaboration de :

A. Griffiths  
M. Moyard  
R. Rigoni

et des responsables administratifs  
des hôpitaux

Travaux effectués dans le cadre de l'étude "Case Mix" menée par l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne et le Service de la Santé publique et de la planification sanitaire du canton de Vaud, en collaboration avec les cantons de Berne, Fribourg, Genève, Jura, Neuchâtel, Soleure, Tessin et Valais.

Lausanne, novembre 1988

CAHIERS DE RECHERCHES  
ET DE DOCUMENTATION

Adresse pour commande : Institut universitaire de médecine sociale et préventive  
Bibliothèque  
17, rue du Bugnon - CH 1005 Lausanne

Citation suggérée : Egli Y., Jaquier M., Schenker L. -  
Pratiques comptables des hôpitaux et  
faisabilité d'un calcul de coûts basés sur les  
Diagnosis Related Groups. -  
Lausanne, Institut universitaire de  
médecine sociale et préventive, 1988, 51 p. -  
(Cah Rech Doc IUMSP, no 35).

Prix : CHF 13.--

Doc. 5  
54.35/92  
Institut Universitaire de  
Médecine Sociale et Préventive  
Lausanne

938

10.900

## INTRODUCTION

L'étude intercantonale "Case Mix" (financée par les cantons de Berne, Fribourg, Genève, Jura, Neuchâtel, Soleure, Tessin, Valais et Vaud) a pour but d'étudier, notamment, la faisabilité d'un calcul de coûts par groupe homogène de patients, basés sur les "Diagnosis Related Groups" (DRG). Ceci revient à recenser les difficultés de développement d'une comptabilité analytique ayant ces groupes de patients pour centres d'unités finales d'imputation, au lieu des services cliniques de l'actuelle comptabilité analytique VESKA<sup>1</sup>.

Deux types de problèmes se présentent classiquement en comptabilité analytique :

- 1) **Quels montants répartir ?** La détermination des ajustements nécessaires pour passer de la comptabilité financière aux charges à imputer de la comptabilité analytique est d'autant plus importante que l'on désire pouvoir comparer les coûts entre hôpitaux.
- 2) **Comment répartir** les charges par nature jusqu'aux unités finales d'imputation ? Cet aspect, essentiellement d'ordre méthodologique, est développé ailleurs<sup>2</sup>. Seules quelques divergences entre les pratiques comptables actuelles seront relevées ici.

Les points soulevés dans le présent cahier sont repris dans les recommandations générales annexées au rapport final aux cantons<sup>3</sup>.

L'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) de Lausanne et le Service de la Santé publique et de la planification sanitaire (SSPPS) du canton de Vaud, responsables de l'étude "Case Mix" ont mandaté Messieurs A. Griffiths et R. Rigoni de HMI (Health Management Institute) pour réunir un certain nombre de renseignements concernant la statistique administrative et les données comptables de 22 hôpitaux situés dans les cantons mandants. Monsieur M. Jaquier (SSPPS) a, recueilli les informations auprès de 8 hôpitaux vaudois. Qu'ils soient remerciés ici pour leur efficace collaboration, ainsi que les responsables administratifs des hôpitaux concernés pour les précieuses informations qu'ils nous ont fournies.

Les questionnaires figurent en annexe, dans les versions française et allemande. La première partie concerne les renseignements généraux; la seconde partie aborde le problème des montants à répartir, alors que la troisième explore les répartitions primaire et secondaire, telles qu'elles sont pratiquées actuellement par les hôpitaux.

---

<sup>1</sup> VESKA

Comptabilité analytique des établissements hospitaliers suisses

Aarau, VESKA 1985

<sup>2</sup> Eggli Y, Blanc T, Koehn V.

Comptabilité analytique et faisabilité du calcul de coûts basés sur les DRG

In: Paccaud F, Schenker L, Eds [Rapport final de l'Etude "Case Mix". A paraître]

<sup>3</sup> Gutzwiller F et al.

Recommandations générales

In: Paccaud F, Schenker L, Eds [Rapport final de l'Etude "Case Mix". A paraître]

Le plan du présent cahier est le suivant :

**1 DONNEES ACTUELLEMENT DISPONIBLES**

- 1.1 Statistiques médicales
- 1.2 Comptabilité analytique
- 1.3 Synthèse

**2 DEFINITION DE L'HOSPITALISATION**

**3 DETERMINATION DES CHARGES A IMPUTER**

- 3.1 Honoraires médicaux, rétrocessions des médecins-chefs à l'hôpital
- 3.2 Achats d'immeubles et d'équipements non activés
- 3.3 Amortissements des immeubles et équipements
- 3.4 Evaluation de la valeur des stocks
- 3.5 Définition des actifs et passifs transitoires

**4 REPARTITION DES CHARGES**

**4.1 Répartition primaire**

- 4.1.1 Charges attribuables à la section ambulatoire
- 4.1.2 Charges d'économat attribuées au personnel
- 4.1.3 Autres centres de charges non liés à l'hospitalisation

**4.2 Répartition secondaire et choix des unités d'oeuvre**

**4.3 Charges directes par patient**

**Annexes :** questionnaire en langue française  
questionnaire en langue allemande

# 1 DONNEES ACTUELLEMENT DISPONIBLES

Deux sources d'information sont indispensables pour un calcul de coûts par groupe homogène de patients :

1) Une **statistique médicale** comprenant un diagnostic principal, les diagnostics secondaires et interventions chirurgicales éventuels, le sexe et l'âge du patient, ainsi que le mode de sortie. Deux codes sont actuellement utilisables pour l'attribution d'un DRG à chaque séjour hospitalier :

- les codes diagnostiques et opératoires ICD-9-CM
- les codes VESKA (codes des diagnostics et des opérations)

2) Une **comptabilité analytique** fondée sur un fichier informatisé des prestations médico-techniques effectuées pour chaque patient.

## 1.1 STATISTIQUES MEDICALES

Tous les séjours hospitaliers ne sont pas enregistrés dans la statistique médicale VESKA. En 1984, seul un quart des séjours hospitaliers des neuf cantons mandants ont pu être attribués à un DRG<sup>4</sup>. Les raisons en sont les suivantes :

- beaucoup d'établissements hospitaliers ne participent pas à la statistique médicale VESKA; il manque la plupart des cliniques privées et des établissements psychiatriques;
- tous les services des hôpitaux n'y participent pas : les services ORL, d'ophtalmologie, de pédiatrie, de gynécologie et d'obstétrique sont sous-représentés;
- de nombreux services codent les diagnostics, mais pas les interventions chirurgicales; or, celles-ci sont nécessaires pour l'attribution d'un DRG adéquat;
- la hiérarchie entre diagnostic principal et secondaires n'est que facultative à l'Hôpital Cantonal Universitaire de Genève (HCUG);
- les séjours de Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) ont nécessité un transcodage particulier du fait de l'utilisation du code CIM-9 (Classification internationale des maladies, 9ème révision) pour les diagnostics. Finalement, notre attention s'est portée sur 30 hôpitaux participant, souvent partiellement, à la statistique médicale VESKA (tableau ci-dessous).

---

<sup>4</sup> Egli Y

Performances descriptives des Diagnosis Related Groups adaptés aux statistiques hospitalières suisses  
Lausanne, Université de Lausanne, thèse de doctorat. A paraître.

Tableau 1

## LISTE DES HOPITAUX AYANT REPONDU AU QUESTIONNAIRE

Cantons	N <sup>o</sup>	Lieu	Hôpital
Berne	1	Bern	Inselspital
	2	Bern	Tiefenauspital
	3	Interlaken	Regionalspital
	4	Langenthal	Regionalspital
	5	Niederbipp	Bezirkspital
	6	Thun	Regionalspital
Fribourg	7	Fribourg	Hôpital cantonal
Jura	8	Porrentruy	Hôpital régional
Neuchâtel	9	Neuchâtel	Hôpital de Pourtalès
Soleure	10	Olten	Kantonspital
	11	Solothurn	Buergerspital
Tessin	12	Bellinzona	Ospedale San Giovanni
	13	Faido	Ospedale distrettuale
	14	Locarno	Ospedale distrettuale
	15	Lugano	Ospedale Civico
	16	Mendrisio	Ospedale della Beata Vergine
	17	Viganello	Ospedale italiano di Lugano
Valais	18	Brig	Kreisspital
	19	Martigny	Hôpital régional
	20	Monthey	Hôpital de district
	21	Sion	Hôpital régional
Vaud	22	Visp	Regionalspital Sta Maria
	23	Aigle	Hôpital de zone
	24	Montreux	Hôpital de zone
	25	Morges	Hôpital de zone
	26	Nyon	Hôpital de zone
	27	Payerne	Hôpital de zone
	28	Pompaples-Orbe	Hôpital de zone
	29	Vevey	Hôpital de zone
	30	Yverdon	Hôpital de zone

1.2 COMPTABILITE ANALYTIQUE

Parmi ces 30 hôpitaux, 20 ont pratiqué la comptabilité analytique en 1987, dont 17 selon la méthodologie proposée par la VESKA. En 1989, 22 hôpitaux prévoient d'utiliser la comptabilité analytique VESKA.

Tous les hôpitaux mentionnés plus haut ont un fichier des prestations médico-techniques, à l'exception de l'hôpital de Brig. L'existence d'un tel fichier n'est toutefois pas suffisante : il doit concerner l'ensemble des prestations médico-techniques pour **tous** les patients hospitalisés. De plus, le numéro d'identification du patient doit être le **même** pour la statistique médicale VESKA et le fichier des prestations, afin de permettre la fusion de ces deux bases de données. Or, plus de la moitié des hôpitaux (16) ne peuvent pas procéder à cette fusion, en raison de numéros d'identification différents.

### 1.3 SYNTHESE

Dans l'immédiat, seuls 4 hôpitaux vaudois et deux hôpitaux bernois disposent à la fois d'une statistique médicale quasi complète et de fichiers de prestations médico-techniques susceptibles d'être fusionnés. Une quantité impressionnante d'informations sont donc actuellement récoltées sans qu'elles puissent être valablement utilisées et comparées.

## 2 DEFINITION DE L'HOSPITALISATION

Les Diagnosis Related Groups sont destinés à regrouper les patients **hospitalisés**. Il est donc nécessaire de caractériser l'hospitalisation par rapport au secteur ambulatoire. Or, la définition du patient hospitalisé varie d'un canton à l'autre et parfois à l'intérieur d'un même canton : en Valais et au Tessin, un patient est dit hospitalisé s'il passe la nuit à l'hôpital, dans le canton de Vaud s'il reste plus de 14 heures à l'hôpital, alors qu'à Soleure et dans plusieurs hôpitaux bernois, il suffit de rester douze heures. A l'hôpital de Pourtalès (NE), le critère est l'occupation d'un lit, alors qu'à Niederbipp le critère diffère selon que le patient vient du canton de Berne ou de Soleure. Une telle diversité des définitions peut entraîner des biais dans les comparaisons de durées moyennes de séjour ou de coûts moyens.

Dans une optique de calcul de coûts, il serait souhaitable que l'on dispose de résumés de sortie séparés pour les nouveau-nés, qu'ils soient sains ou malades. De plus, un identificateur propre au nouveau-né devrait exister indépendamment du dossier de la mère. Ce numéro d'identification pourrait posséder une chaîne de caractères identiques à celui de la mère, de manière à pouvoir fusionner, le cas échéant, leurs dossiers. En pratique, on observe toutes les possibilités : le nouveau-né (sain ou malade) n'a jamais de numéro d'identification propre dans trois hôpitaux, il n'en possède un que quand il est malade dans 11 hôpitaux, et toujours un, quel que soit son état de santé, dans 13 hôpitaux; les règles sont inconnues dans les trois derniers hôpitaux.

### **3 DETERMINATION DES CHARGES A IMPUTER**

#### **3.1 HONORAIRES DE MÉDECINS, RÉTROCESSION DES MÉDECINS-CHEFS A L'HOPITAL**

Une source de biais importante lorsqu'on compare les hôpitaux entre eux est l'inclusion ou non des honoraires médicaux dans le calcul des coûts. Ceux-ci sont pris en compte dans tous les hôpitaux sauf dans 10 hôpitaux (dont 8 hôpitaux vaudois); toutefois, ce montant est connu de plusieurs de ces hôpitaux qui prennent en charge la facturation des honoraires médicaux.

Dans la grande majorité des hôpitaux, les médecins-chefs rétrocèdent une partie de leurs honoraires comme participation aux frais de l'hôpital ou aux salaires des médecins-assistants. Les méthodes de comptabilisation de ces montants ne sont pas uniformes.

#### **3.2 ACHATS D'IMMEUBLES ET D'EQUIPEMENTS NON ACTIVES**

Tout achat d'immeuble ou d'équipement devrait être activé si sa valeur résiduelle reste non négligeable à la fin de l'année comptable. Passer de tels achats au compte des charges annuelles fausse complètement les calculs de coûts. Les hôpitaux des cantons de Berne, Fribourg et Soleure n'activent pas leurs achats. Pour les autres cantons, le critère d'activation va de Frs 5'000 pour les cantons du Tessin et du Valais, à Frs 10'000 pour le canton de Vaud. L'hôpital de Pourtalès pratique un critère différencié de Frs 3'000 pour le nouveau matériel et Frs 7'000 pour le matériel de remplacement. Au Tessin, seuls les achats d'équipements sont activés.

#### **3.3 AMORTISSEMENT DES IMMEUBLES ET EQUIPEMENTS**

En conséquence de la non-activation des immeubles et des équipements, les hôpitaux des cantons de Berne, Fribourg et Soleure ne pratiquent pas les amortissements. L'estimation des montants à amortir se fait à partir de la valeur résiduelle pour quelques hôpitaux valaisans, alors que pour les hôpitaux vaudois l'amortissement comptable est en principe identique au remboursement des dettes à long terme. D'autres hôpitaux s'appuient sur le prix d'achat moins les subventions. Quant aux méthodes d'amortissement, elles vont de la méthode dégressive à la méthode linéaire, en passant par d'autres méthodes locales. Les taux d'amortissement ne sont conformes à ceux proposés par la VESKA que pour deux hôpitaux seulement.

#### **3.4 EVALUATION DE LA VALEUR DES STOCKS**

Quelques hôpitaux ne comptabilisent pas leurs stocks, d'autres introduisent des réserves latentes sur stocks, parfois sur les combustibles, parfois sur le matériel médical, parfois aussi sur tous les stocks. Les réserves vont de 10 à 45 % selon les types de stocks. Les



méthodes de comptabilisation des stocks sont également diverses : le prix moyen pondéré a la faveur de la majorité, mais FIFO (First In - First Out) et LIFO (Last In - First Out) sont également pratiqués.

### **3.5 DEFINITION DES ACTIFS ET PASSIFS TRANSITOIRES**

Bien qu'ayant probablement peu d'impact sur le calcul des coûts, il s'agit là aussi d'un domaine où toutes les possibilités sont pratiquées : l'enregistrement d'une charge se fait au moment de la facturation par le fournisseur, du paiement de la facture au fournisseur, au moment de la consommation de l'effet utile (entrée du produit dans le service de soins), ou encore au moment de la facturation aux payeurs (caisses-maladies, assurances, patient), etc.

## **4 REPARTITION DES CHARGES**

### **4.1 REPARTITION PRIMAIRE**

#### **4.1.1 Charges attribuables à la section ambulatoire**

La plupart des hôpitaux attribuent à la section ambulatoire les charges directes, c'est-à-dire les salaires attribuables sans arbitraire, ainsi que les charges médico-techniques selon les points de prestation. Une analyse plus détaillée serait nécessaire pour s'assurer que le mode de calcul est uniforme pour tous les hôpitaux.

#### **4.1.2 Charges d'économat attribuables au personnel**

De nombreux hôpitaux imputent le total des charges d'économat au coût moyen par patient sans tenir compte du fait qu'une part non négligeable est consommée par le personnel. D'autres attribuent au centre de charge "Economat-personnel" un montant égal aux recettes correspondantes. Certains procèdent de même en introduisant un facteur correctif (les recettes sont toujours inférieures aux charges réelles). Enfin, un hôpital répartit les charges de l'économat ("Economat-personnel") en fonction du nombre de repas. Au cas où les hôpitaux souhaitent pouvoir se comparer les uns aux autres, il s'agirait là également d'uniformiser les méthodes.

#### **4.1.3 Autres centres de charges non liées à l'hospitalisation**

Trois autres centres d'unités finales d'imputation peuvent poser des problèmes de comparabilité entre hôpitaux si toutes les charges n'y sont pas réparties : le logement, les écoles et la recherche éventuelle.

#### **4.2 REPARTITION SECONDAIRE**

La comptabilité analytique VESKA laisse une certaine liberté dans le choix des unités d'oeuvre. La plupart des hôpitaux utilisent les clés de répartition les plus simples à appliquer :

- m<sup>2</sup> pour les bâtiments, le service de maison et les services techniques
- % des salaires pour l'administration
- kg linge pour la buanderie-lingerie, etc.

On rencontre la plus grande diversité pour les centres de charges "Stérilisation centrale" et "Economat-personnel", qui présentent des difficultés de répartition, par ailleurs bien connues des comptables hospitaliers.

La répartition secondaire des charges médico-techniques se fait presque toujours à l'aide des tarifs des hôpitaux (CNA) à l'exception des soins intensifs, des urgences et du service de pathologie pour quelques hôpitaux.

#### **4.3 CHARGES DIRECTES PAR PATIENT**

La plupart des hôpitaux ont un fichier de prestations médico-techniques qui concerne tous les patients (privés, semi-privés, chambre commune et ambulatoire). A la condition que le numéro d'identification des patients soit le même que celui de la statistique médicale, ce fichier pourrait servir à répartir les charges médico-techniques par patient, donc par groupe homogène de patients. Cependant, ce fichier n'est pas sur support informatique pour au moins 6 hôpitaux. Si le montant des honoraires médicaux est souvent connu des hôpitaux, ceux-ci ne peuvent souvent pas être automatiquement attribués à un patient donné. Seuls 4 hôpitaux peuvent actuellement imputer aux patients la consommation de médicaments et de flacons de sang.

## 5 CONCLUSION

Seule une minorité d'hôpitaux est en mesure de développer une comptabilité analytique basée sur les DRG, à partir des données actuellement disponibles. Toutefois, la plupart des hôpitaux ont déjà des fichiers de prestations médico-techniques. L'actuelle informatisation des hôpitaux devrait permettre à la majorité d'entre eux de disposer de ces fichiers sur support informatique dans un proche avenir; il suffira alors de retenir un numéro d'identification des patients identique à celui de la statistique médicale pour permettre la fusion de ces deux fichiers.

Quant à la statistique médicale, elle servait jusqu'à aujourd'hui essentiellement à faciliter l'identification de dossiers pour la recherche médicale. L'utilisation de ces données permettrait de prendre en compte les caractéristiques des patients dans la gestion et la planification hospitalières; on peut donc s'attendre à une extension du codage à tous les services des hôpitaux.

Le calcul de coût prend tout son sens s'il permet des comparaisons dans le temps et surtout des comparaisons interhospitalières. La flexibilité d'une comptabilité analytique est une condition essentielle pour qu'elle soit acceptée par les hôpitaux. Mais cette souplesse ne doit pas anéantir toute possibilité de comparaison. Les pratiques comptables sont actuellement trop différentes par manque de directives claires surtout et non, semble-t-il, pour des raisons de logique économique. Un consensus devrait donc pouvoir être trouvé entre les différents hôpitaux et autorités sanitaires motivés par de telles comparaisons.

# ETUDE CASEMIX

## BUT DU MANDAT

Le mandat s'inscrit dans l'étude de faisabilité d'un calcul de coût par DRG; il consiste essentiellement à récolter des renseignements et données concernant 22 hôpitaux situés dans 7 cantons. Ils permettront ensuite d'établir une liste des problèmes d'application des DRG aux calculs de coûts ainsi que de proposer des recommandations. D'autre part, ces renseignements nous permettront de choisir les hôpitaux-pilotes pour une étude de faisabilité plus poussée.

## OBJECTIFS

- 1) Informer sur l'étude en cours, la finalité et l'utilité des DRG pour la gestion des hôpitaux (cf. documentation annexée)
- 2) Recueillir les renseignements généraux concernant chaque hôpital (cf. questionnaire n° 1)
- 3) Récolter les renseignements concernant la comptabilité financière de tous les hôpitaux (cf. questionnaire n° 2)
- 4) Récolter les renseignements concernant la comptabilité analytique des hôpitaux qui la possèdent (cf. questionnaire n° 3)
- 5) Relever les réactions relatives à l'approche proposée pour le calcul de coûts et aux perspectives éventuelles de financement (partiel) par DRG (cf. questionnaire n° 4)

Les années concernées sont 1984, 1985 et 1986.

Pour chaque hôpital, la démarche sera la suivante:

- L'équipe Casemix avertit les administrations cantonales et les hôpitaux concernés du mandat confié à HMI qui prendra contact directement avec les hôpitaux.
- HMI envoie la documentation concernant l'étude Casemix et les questionnaires relatifs à la faisabilité d'un calcul de coût par DRG (préparée par l'équipe Casemix) et prend rendez-vous pour une entrevue avec les responsables administratifs des hôpitaux.
- HMI remplit avec ces responsables les questionnaires et recueille l'information requise.
- Les questionnaires remplis doivent être retournés, avec les documents relatifs, à l'IUMSP pour le 31.3.1988 pour les hôpitaux de la liste A.

- Les questionnaires relatifs aux hôpitaux de la liste B doivent être retournés pour le 30.4.88.
- HMI avertit l'équipe Casemix en cas de difficulté ou imprévu. Une entrevue, au moins, aura lieu au milieu du mandat (fin février 1988).
- L'équipe Casemix est à disposition de HMI pour tout renseignement supplémentaire ou éclaircissement.

PARTIE 1**RENSEIGNEMENTS GENERAUX**

ETABLISSEMENT:

● 1) Recueillir les documents suivants:

- Statistique administrative VESKA années 1984-86
- Comptabilité financière VESKA années 1984-86
- Comptabilité analytique VESKA si elle existe 1984-86
- Autres documents disponibles éventuels

● 2) Une comptabilité analytique a-t-elle déjà été développée dans votre hôpital ?

- OUI. Pour les années:  
 NON

Si OUI, se reporter aux questionnaires "Répartition primaire" "Répartition secondaire. Infrastructure. Médicotechnique. Services cliniques"

Si NON, avez-vous l'intention de la développer dans les prochaines années ?  OUI: dès 19..  
 NON

● 3) Un fichier de prestations existe-t-il ?

- OUI  
 NON

Si OUI, se reporter au questionnaire "Répartition secondaire. Médicotechnique" et répondre aux questions ci-dessous:

Le numéro d'identification du patient est-il identique à celui de la statistique médicale VESKA permettant ainsi la fusion des fichiers médicaux et de prestations ?

- OUI  
 NON

A partir du numéro d'identification, peut-on repérer les **patients gériatriques** dans le fichier de prestations ?

- OUI. Définition:  
 NON

A partir du numéro d'identification, peut-on repérer les **patients psychiatriques** dans le fichier de prestations ?

- OUI. Définition:  
 NON

Sous quelles conditions, les **nouveaux-nés** ont-ils un numéro séparé de leur mère ?

Rép.:

Si NON, avez-vous un fichier comprenant:

- La durée des **anesthésies** ou des **interventions chirurgicales** de chaque patient?

- OUI, informatisé  
 OUI, non informatisé  
 NON

● 4) Quel est le critère pour différencier les patients ambulatoires et des patients hospitalisés ?

- Ambulatoire si ne passe pas la nuit à l'hôpital  
 Ambulatoire si moins de 12 heures dès l'admission  
 Ambulatoire si moins de 14 heures dès l'admission  
 Autre:

● 5) Statistique médicale VESKA

(A poser à un responsable médical)

Sous quelle condition, les enfants ont-ils un résumé de sortie séparé de celui de leur mère ?

Rép.:

Est-ce que les services participant à la statistique médicale VESKA codent systématiquement les interventions chirurgicales ?

- OUI. Services:
- PARTIELLEMENT. Services:
- NON. Services:

La distinction hiérarchique entre diagnostic principal et diagnostics secondaires est-elle:

- Obligatoire. Services:
- Facultative. Services:
- Inexistante. Services:

La version 1979 du code des diagnostics VESKA est utilisée depuis 19..

La version 1979 du code des opérations VESKA est utilisée depuis 19..

Quelles critiques adressez-vous à cette statistique médicale VESKA ? (Question facultative)



## ETUDE CASEMIX

AJUSTEMENTS

ETABLISSEMENT:

PERIODE COMPTABLE : Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

### ACTIFS ET PASSIFS TRANSITOIRES

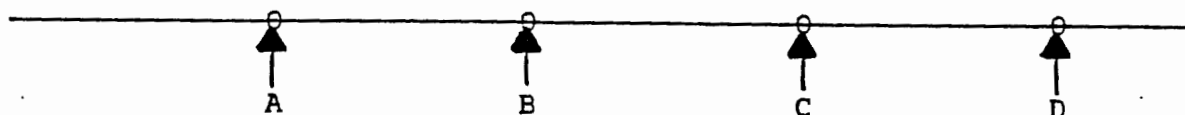
(Comptes 109 et 209)

Principes comptables suivis:

(Mettre un croix dans la bonne case)

- A. Principe de paiement: la charge est enregistrée au moment du paiement de son prix
- B. Principe de la consommation de l'effet utile: toute charge est enregistrée au moment de son emploi, c'est-à-dire au moment où elle exerce son effet utile  
(Pratiquement, au moment où le médicament est entré dans le service)
- C. Principe de facturation: la charge est enregistrée au moment où elle est facturée
- D. Principe de la concordance dans la saisie des produits et des charges: les charges directement impliquées par un produit grèvent l'exercice où ce produit est réalisé (encaissement de la facture)
- E. Autre:

Exemple: Achat d'un médicament    Consommation du médicament.    Facturation du médicament.    Encaissement facture



MONTANTS A AMORTIR (EQUIPEMENTS)

Les montants à amortir ont été déterminés de la manière suivante:

Prix d'achat pour les équipements acquis dès 19..

Pour les achats d'équipements acquis avant cette date,

estimation de la valeur résiduelle en 19..

à partir du montant des dettes à long terme

Autre méthode:

MONTANTS A AMORTIR (IMMEUBLES)

Les montants à amortir ont été déterminés de la manière suivante:

Prix d'achat pour les immeubles acquis dès 19..

Pour les achats d'immeubles acquis avant cette date,

estimation de la valeur résiduelle en 19..

à partir du montant des dettes à long terme

Autre méthode:

**MATERIEL MEDICAL D'EXPLOITATION**

(Groupe 40)

Existe-t-il des réserves latentes sur stocks ?  OUI  
 NON

Dans quelles proportions ?

**Méthode de comptabilisation des stocks**

- Coût moyen pondéré
- FIFO (First In - First Out)
- LIFO (Last In - First Out)
- HIFO (Highest In - First Out)
- Autre méthode:
- Pas de comptabilisation des stocks pour les comptes  
n° (plan comptable VESKA): -  
-  
-

**PRODUITS ALIMENTAIRES** (Groupe 41)

Existe-t-il des réserves latentes sur stocks ?  OUI  
 NON

Dans quelles proportions ?

**Méthode de comptabilisation des stocks**

- Coût moyen pondéré
- FIFO (First In - First Out)
- LIFO (Last In - First Out)
- HIFO (Highest In - First Out)
- Autre méthode:
- Pas de comptabilisation des stocks pour les comptes  
n° (plan comptable VESKA): -  
-  
-

AUTRES CHARGES MENAGERES (Groupe 42)

Existe-t-il des réserves latentes sur stocks ?  OUI  
 NON

Dans quelles proportions ?

Méthode de comptabilisation des stocks

- Coût moyen pondéré  
 FIFO (First In - First Out)  
 LIFO (Last In - First Out)  
 HIFO (Highest In - First Out)  
 Autre méthode:  
 Pas de comptabilisation des stocks pour les comptes  
n° (plan comptable VESKA): -  
-  
-

ACHATS D'IMMEUBLES (NON ACTIVES) (Compte 440)

Les achats des immeubles suivants ne sont pas activés:

- < 3000 Frs  
 < 5000 Frs  
 < 10000 Frs  
 autre critère:

Le critère de non-activation a-t-il changé entre 1984 et  
actuellement ?  OUI  
 NON

Si oui, quand, et dans quel sens ? \_\_\_\_\_

Est-il possible de procéder à des ajustements afin de  
permettre des comparaisons avec des hôpitaux soumis à  
d'autres règles ?

- OUI. Proposition:  
 NON.

**ACHATS D'EQUIPEMENTS (NON ACTIVES)**

(Compte 441)

Les achats des équipements suivants ne sont pas activés:

- < 3000 Frs  
 < 5000 Frs  
 < 10000 Frs  
 autre critère:

Le critère de non-activation a-t-il changé entre 1984 et actuellement ?  OUI NON

Si oui, quand et dans quel sens ? \_\_\_\_\_

Est-il possible de procéder à des ajustements afin de permettre des comparaisons avec des hôpitaux soumis à d'autres règles ?

- OUI. Proposition:  
 NON.

**AMORTISSEMENTS D'IMMEUBLES**

(Compte 447)

Méthode d'amortissement:

- linéaire  
 dégressive (valeur résiduelle)  
 autre:

Taux d'amortissement

- Conforme à la Comptabilité analytique VESKA 1985 p.44  
 Autres:

Le coût du capital investi (intérêts de calcul) est-il pris en compte?  OUI NON

**AMORTISSEMENTS D'EQUIPEMENTS**

(Compte 448)

Méthode d'amortissement:

- linéaire  
 dégressive (valeur résiduelle)  
 autre:

Taux d'amortissement

- Conforme à la Comptabilité analytique VESKA 1985 p.44  
 Autres:

Le coût du capital investi (intérêts de calcul) est-il pris en compte?  OUI

NON

**COMBUSTIBLES LIQUIDE ET SOLIDE**

(Comptes 452 et 453)

Existe-t-il des réserves latentes sur stocks ?  OUI  
 NON

Dans quelles proportions ?

Méthode de comptabilisation des stocks

- Coût moyen pondéré  
 FIFO (First In - First Out)  
 LIFO (Last In - First Out)  
 HIFO (Highest In - First Out)  
 Autre méthode:  
 Pas de comptabilisation des stocks pour les comptes  
n° (plan comptable VESKA): -  
-  
-

### HONORAIRES (Groupe 38)

Les montants des honoraires des médecins sont-ils inclus dans la comptabilité analytique ?

- OUI, pour tous les médecins  
 OUI, pour quelques médecins seulement  
 NON.

Si non, ce montant pourrait-il être connu ? Comment ?

Des professionnels non-médecins facturent-ils des honoraires qui ne sont pas pris en compte dans la comptabilité analytique ?

- OUI: ...  
 NON.

### SALAIRES ET CHARGES SOCIALES

(groupes 30 à 37)

Existe-t-il une rétrocession des médecins-chefs à l'hôpital comme participation aux salaires des médecins-assistants ?

- OUI, prise en compte dans la comptabilité analytique  
 OUI, non prise en compte dans la comptabilité analytique  
 NON.

Existe-t-il une rétrocession des médecins-chefs à l'hôpital comme participation pour d'autres frais ?

- OUI, prise en compte dans la comptabilité analytique  
 OUI, non prise en compte dans la comptabilité analytique  
 NON.

**AUTRES AJUSTEMENTS**  
**NECESSAIRES A UNE COMPARAISON CORRECTE ENTRE HOPITAUX DE**  
**CANTONS DIFFERENTS**

Charges non incorporables

Charges prises en compte en comptabilité financière sans apparaître en comptabilité analytique.

(Charges extraordinaires dues à un incendie, par ex.)

Charges supplétives

Charges non enregistrées en comptabilité financière alors qu'elles le sont en comptabilité analytique.

(Acquisition d'équipement par dons, par ex.)

Différences d'incorporation

Charges apparaissant tant en comptabilité financière qu'en comptabilité analytique, mais avec des contenus différents.



CETTE PARTIE NE CONCERNE QUE LES ETABLISSEMENTS QUI ONT LA  
COMPTABILITE ANALYTIQUE

---

REPARTITION PRIMAIRE

ETABLISSEMENT

---

1) Comment a été calculée la part des charges attribuées à la section ambulatoire ?

Peut-on quantifier le biais éventuel ? Comment ?

2) Dans les charges d'économat, comment est calculée la part attribuée au personnel et aux malades. Les parts respectives correspondent-elles aux charges effectives ?

3) Quels coûts ne sont pas répartis dans les centres d'unité finale d'imputation éventuels "Logement" et "Ecoles" ?

4) Un "centre d'unité finale d'imputation "Recherche" se justifierait-il dans votre établissement ? Dans l'affirmative, le dégagement des charges liées à ce centre de charge serait-il possible ? Comment ?

# ETUDE CASEMIX

**REPARTITION  
SECONDAIRE**

**ETABLISSEMENT:**

## INFRASTRUCTURE

Mettre une croix dans les cases correspondant à des sections existantes et aux unités d'oeuvre adoptées dans l'établissement.

- 01 Bâtiments  
 m<sup>2</sup>       m<sup>3</sup>       autre:
- 04 Administration  
 % salaires  
 Nb patient x Nb empl. x C.A.  
 autre:
- 060 Service de maison  
 m<sup>2</sup>       m<sup>3</sup>       m<sup>2</sup> x freq.  autre:
- 061 Buanderie-lingerie  
 kg linge     autre:
- 062 Centrale des lits  
 nb de lit/service  
 nb de patients/service
- 08 Magasin central  
 consommation. Frais généraux en % consommation  
 autre
- 10 Services techniques  
 m<sup>2</sup>       m<sup>3</sup>       h. de travail  
 consommation       autre

- 12 Service des transports
- j.maladie  
 consommation       autre
- 140 Economat. Cuisine pour les malades
- nb j.maladie       nb de repas       autre:
- 141 Economat. Cuisine pour le personnel
- nb empl.       nb de repas       autre:
- 16 Stérilisation centrale
- kg matériel       emballage       autre:
- 18 Pharmacie
- consommation. Frais généraux % consommation  
 autre:
- 19 Divers (archives, photos, médecine du personnel)
- consommation. Frais généraux % consommation  
 j. maladie  
 nb patients x nb empl.  
 autre:

SECTIONS REGROUPANT PLUSIEURS SECTIONS CI-DESSUS:

- n°:      Intitulé:  
            Unité d'oeuvre:
- n°:      Intitulé:  
            Unité d'oeuvre:
- n°:      Intitulé:  
            Unité d'oeuvre:
- n°:      Intitulé:  
            Unité d'oeuvre:

SECTIONS SUPPLEMENTAIRES

n°:     Intitulé:  
          Unité d'oeuvre:

n°:     Intitulé:  
          Unité d'oeuvre:

n°:     Intitulé:  
          Unité d'oeuvre:

REMARQUES:

# ETUDE CASEMIX

REPARTITION  
SECONDAIRE

ETABLISSEMENT:

## MEDICOTECHNIQUE

Mettre une croix dans les cases correspondant à des sections existantes et aux unités d'oeuvre adoptées dans l'établissement.

- 200 Salles d'opération
- pts de prestations (tarif des hôpitaux, CNA)  
 autre:
- 205 Salles d'accouchement
- pts de prestations (tarif des hôpitaux, CNA)  
 autre:
- 21 Anesthésie
- pts de prestations (tarif des hôpitaux, CNA)  
 autre:
- 22 Service de soins intensifs (non indépendant)
- pts de prestations (tarif des hôpitaux, CNA)  
 autre:
- 23 Urgences
- pts de prestations (tarif des hôpitaux, CNA)  
 autre:
- 240 Radiodiagnostic
- pts de prestations (tarif des hôpitaux, CNA)  
 autre:
- 241 Radiothérapie
- pts de prestations (tarif des hôpitaux, CNA)  
 autre:

- 242 Médecine nucléaire
- pts de prestations (tarif des hôpitaux, CNA)  
 autre:
- 27 Laboratoire
- pts de prestations (tarif des hôpitaux, CNA)  
 autre:
- 30 Physiothérapie
- pts de prestations (tarif des hôpitaux, CNA)  
 autre:
- 31 Thérapies diverses
- pts de prestations (tarif des hôpitaux, CNA)  
 autre:
- 34 Autres centres de diagnostic
- pts de prestations (tarif des hôpitaux, CNA)  
 autre:
- 39 Pathologie
- pts de prestations (tarif des hôpitaux, CNA)  
 autre:

SECTIONS REGROUPANT PLUSIEURS SECTIONS CI-DESSUS:

- n°: Intitulé:  
Unité d'oeuvre:
- n°: Intitulé:  
Unité d'oeuvre:
- n°: Intitulé:  
Unité d'oeuvre:
- n°: Intitulé:  
Unité d'oeuvre:

SECTIONS SUPPLEMENTAIRES

- n°:     Intitulé:  
          Unité d'oeuvre:
- n°:     Intitulé:  
          Unité d'oeuvre:
- n°:     Intitulé:  
          Unité d'oeuvre:

LA SAISIE DES PRESTATIONS CONCERNE

- Les patients privés
- Les patients semi-privés
- Les patients classe commune
- Les patients ambulatoires

EXISTE-T-IL UN SUPPORT INFORMATIQUE DU FICHER DE PREST. ?

- OUI
- NON

EXHAUSTIVITE DE LA SAISIE

- Toutes les prestations sont saisies pour les centres de coût sus-mentionnés
- Les prestations suivantes ne sont pas saisies:

REMARQUES





**ETUDE CASEMIX****PARTIE 4 (FACULTATIF)****REMARQUES GENERALES CONCERNANT  
LES DRG**

Point de vue de M.:



Kann man von der **Identifikationsnummer** ausgehend die **geriatrischen Patienten** in der Leistungs-Kartei erfassen?

- JA. Definition:  
 NEIN

Kann man von der **Identifikationsnummer** ausgehend die **psychiatrischen Patienten** erfassen?

- JA. Definition:  
 NEIN

Unter welchen Bedingungen haben die Neugeborenen eine andere Nummer als ihre Mutter?

Antwort:

WENN NEIN, haben Sie eine Statistik über

- die Dauer der **Narkosen oder der chirurgischen Eingriffe** von jedem Patienten?

- JA, computerisiert  
 NEIN, nicht computerisiert  
 NEIN

- o 4) Welches sind die Kriterien, die **ambulante Patienten** von stationären Patienten unterscheiden?

- Ambulant = verbringt die Nacht nicht im Spital  
 Ambulant = weniger als 12 Stunden nach Eintritt  
 Ambulant = weniger als 14 Stunden nach Eintritt  
 Andere:

o 5) Medizinische Statistik VESKA

(Frage an einen medizinischen Verantwortlichen stellen)

Unter welchen Bedingungen haben die Kinder einen andern Austrittsbericht als ihre Mutter?

Antwort:

Kodieren die Abteilungen, welche in der medizinischen Statistik VESKA eingeschlossen sind, die chirurgischen Eingriffe systematisch?

- JA. Abteilungen:
- TEILWEISE. Abteilungen:
- NEIN. Abteilungen:

Ist die Unterscheidung in der Rangordnung zwischen Hauptdiagnose und Nebendiagnose

- Obligatorisch. Abteilung:
- Fakultativ. Abteilung:
- Inexistent. Abteilung:

Die 1979 erschienene Version des VESKA Diagnoseschlüssels wird seit 19.. benützt.

Die 1979 erschienene Version des VESKA Operationsschlüssels wird seit 19.. benützt.

Welche Kritiken richten Sie an diese medizinische Statistik?  
(Fakultative Frage)

## ETUDE CASEMIX

### 2. TEIL

**BERICHTIGUNGEN**

Spital:

RECHNUNGSPERIODE:        vom ..... bis .....

### TRANSITORISCHE ACTIVA UND PASSIVA

(Konten 109 und 209)

Befolgte buchhalterische Prinzipien:  
(Ein Kreuz ist im betreffenden Feld anzubringen)

- A. Bezahlungsprinzip: die Kosten werden anlässlich ihrer Bezahlung eingetragen.
- B. Konsumprinzip: alle Kosten werden im Moment ihrer effektiven Benützung eingetragen.  
(Praktisch gesehen, im Moment wo das Medikament in der Abteilung erscheint).
- C. Rechnungsprinzip: die Kosten werden anlässlich der Fakturierung eingetragen.
- D. Prinzip des Zusammentreffens von Aufwand und Ertrags- erfassung (Einkassieren der Rechnung).
- E. Andere:

Beispiel:

Kauf eines Medikaments	Verbrauch des Medikaments	Fakturierung des Medikaments	Einkassieren Rechnung
---------------------------	------------------------------	---------------------------------	--------------------------



**ABSCHREIBUNGSBETRAEGE (Mobilien)**

Die Abschreibungsbeträge wurden folgendermassen festgelegt:

Kaufpreis für ab 19.. erworbene Mobilien.

Betreffend Kauf von Mobilien **vor** diesem Datum

- Schätzung des Restwertes 19..
- vom Betrag der langfristigen Schulden ausgehend

Andere Methode:

**ABSCHREIBUNGSBETRAEGE (Immobilien)**

Die Abschreibungsbeträge wurden folgendermassen festgelegt:

Kaufpreis für ab 19.. erworbene Immobilien.

Betreffend Kauf von Immobilien **vor** diesem Datum

- Schätzung des Restwertes 19..
- vom Betrag der langfristigen Schulden ausgehend

Andere Methode:

**MEDIZINISCHER BEDARF**  
(Gruppe 40)

Ist das Lager unterbewertet? (z.B. aus Steuergründen)

- JA  
 NEIN

In welchem Verhältnis?

**Verbuchungsmethode der Lagerbestände**

- Gewichtete mittlere Kosten (Wert)  
 FIFO (First in - First out)  
 LIFO (Last in - First out)  
 HIFO (Highest in - First out)  
 Andere Methode:  
 Keine Verbuchung der Lagerbestände betreffend die Konten  
 No. (Kontenrahmen VESKA): -  
 -  
 -

**LEBENSMITTEL (Gruppe 41)**

Ist das Lager unterbewertet? (z.B. aus Steuergründen)

- JA  
 NEIN

In welchem Verhältnis?

**Verbuchungsmethode der Lagerbestände**

- Gewichtete mittlere Kosten (Wert)  
 FIFO (First in - First out)  
 LIFO (Last in - First out)  
 HIFO (Highest in - First out)  
 Andere Methode:  
 Keine Verbuchung der Lagerbestände betreffend die Konten  
 No. (Kontenrahmen VESKA): -  
 -  
 -

**HAUSHALTAUFWAND (Gruppe 42)**

Ist das Lager unterbewertet? (z.B. aus Steuergründen)

- JA  
 NEIN

In welchem Verhältnis?

**Verbuchungsmethode der Lagerbestände**

- Gewichtete mittlere Kosten (Wert)  
 FIFO (First in - First out)  
 LIFO (Last in - First out)  
 HIFO (Highest in - First out)  
 Andere Methode:  
 Keine Verbuchung der Lagerbestände betreffend die Konten  
 No. (Kontenrahmen VESKA): -  
 -  
 -

**KAUF VON IMMOBILIEN(nicht aktiviert) (Konto 440)**

Die folgenden Immobilienkäufe sind nicht aktiviert:

- < 3000 frs  
 < 5000 frs  
 < 10000 frs  
 andere Kriterien:

Hat das Nichtaktivierungs-Kriterium zwischen 1984 und heute  
 geändert:  JA

NEIN

Wenn ja, wann und in welchem Sinn?

Besteht die Möglichkeit Berichtigungen anzubringen, um  
 Vergleiche mit Spitälern, die andere Regeln verwenden,  
 anzustellen?

- JA. Vorschlag:  
 NEIN.



**KAUF VON MOBILIEN (nicht aktiviert)**  
(Konto 441)

Folgende Mobilienkäufe sind nicht aktiviert:

- < 3000 frs
- < 5000 frs
- < 10000 frs
- andere Kriterien:

Hat das Nichtaktivierungs-Kriterium zwischen 1984 und heute geändert?  JA

NEIN

Wenn ja, wann und in welchem Sinn?

Besteht die Möglichkeit Berichtigungen anzubringen, um Vergleiche mit Spitälern, die andere Regeln verwenden, anzustellen?

- JA. Vorschlag:
- NEIN.

**IMMOBILIEN-ABSCHREIBUNGEN (Konto 447)**

**Abschreibungsmethode:**

- lineare Methode
- degressive Methode
- andere:

**Abschreibungssatz**

- Gemäss Kostenrechnung VESKA 1985 S. 44
- Andere

Wurde das zu verzinsende Anlagevermögen berücksichtigt?

- JA
- NEIN

**MOBILIEN-ABSCHREIBUNGEN (Konto 448)****Abschreibungsmethode:**

- lineare Methode
- degressive Methode
- andere:

**Abschreibungssatz**

Gemäss Kostenrechnung VESKA 1985 S. 44  
Andere:

Wurde das zu verzinsende Anlagevermögen berücksichtigt?

- JA
- NEIN

**BRENNSTOFF FLUESSIG UND FEST  
(Konten 452 und 453)**

Ist das Lager unterbewertet?

- JA
- NEIN

In welchem Verhältnis?

**Verbuchungsmethode der Lagerbestände**

- Gewichtete mittlere Kosten (Wert)
- FIFO (First in - First out)
- LIFO (Last in - First out)
- HIFO (Highest in - First out)
- Andere Methode:
- Keine Verbuchung der Lagerbestände betreffend die Konten  
No. (Kostenrahmen VESKA): -  
-  
-

**HONORARE (Gruppe 38)**

Sind die Honorare der Aerzte in der Kostenrechnung  
inbegriffen?

- JA, für alle Aerzte  
 JA, nur für einige Aerzte  
 NEIN.

Wenn nein, kann dieser Betrag herausgefunden werden?  
Wie?

Gibt es Honorar-Rechnungen von Nicht-Medizinern, die nicht  
in der Kostenrechnung vermerkt werden?

- JA: ....  
 NEIN.

**LOEHNE UND SOZIALLASTEN (Gruppen 30-37)**

Gibt es eine Wiederabtretung durch die Chefärzte an das Spital  
zwecks Beteiligung an den Löhnen der Assistenzärzte?

- JA, in der Kostenrechnung vermerkt  
 JA, in der Kostenrechnung nicht vermerkt  
 NEIN.

Gibt es eine Wiederabtretung durch die Chefärzte an das Spital  
zwecks Beteiligung an andern Unkosten?

- JA, in der Kostenrechnung vermerkt  
 JA, in der Kostenrechnung nicht vermerkt  
 NEIN.

**ANDERE BERICHTIGUNGEN**

Für einen korrekten Vergleich zwischen Spitälern  
verschiedener Kantone erforderlich

**Nicht verbuchbarer Aufwand**

Aufwand, der in der Finanzbuchhaltung, aber nicht in der  
Betriebsbuchhaltung erscheint. (Z.B. ausserordentlicher  
Aufwand wegen Brand.)

**Zusätzlicher Aufwand**

Aufwand, der in der Betriebsbuchhaltung, aber nicht in der Finanzbuchhaltung erscheint. (Z.B. Erwerb von Ausrüstungen durch Schenkungen).

**Verbuchungs-Unterschiede**

Aufwand, der sowohl in der Finanz- als auch in der Betriebsbuchhaltung erscheint, jedoch mit unterschiedlichem Inhalt.

## ETUDE CASEMIX

## 3. TEIL

Dieser Teil betrifft nur die Spitäler welche eine Betriebsbuchhaltung führen.

-----  
**PRIMAERUMLAGE**

Spital:  
 -----

- 1) Wie wurde der zur ambulanten Sektion gehörende Teil des Aufwands kalkuliert?

Kann man eventuelle Abweichungen quantifizieren? Wie?

- 2) Wie wird der Anteil des **Personals** und der **Kranken** beim **Oekonomie-Aufwand** kalkuliert? Stimmen die jeweiligen Anteile mit dem effektiven Aufwand überein?
- 3) Welche Kosten sind nicht in den eventuellen Stellen der Kostenträger **Unterkünfte** und **Schulen** verteilt?
- 4) Wäre eine Kostenträger-Stelle **Forschung** in Ihrem Spital gerechtfertigt? Wenn ja, wäre eine Beseitigung des Aufwands betreffend dieser Kostenstelle möglich? Wie?

## SEKUNDAERUMLAGE

Spital:

## BETRIEBE DER INFRASTRUKTUR

In den Feldern, die mit bestehenden Sektionen und Zurechnungsmodus übereinstimmen, ein Kreuz anbringen.

- 01 Gebäude  
 m2     m3     andere:
- 04 Verwaltung  
 % Löhne  
 Anzahl Pat. x Anzahl Ang. x Umsatz  
 andere:
- 060 Hausdienst  
 m2     m3     m2 x freq.     andere:
- 061 Wäscheversorgung  
 kg Wäsche     andere:
- 062 Bettenzentrale  
 Anzahl Betten/Abteilung  
 Anzahl Patienten/Abteilung
- 08 Zentralmagazin  
 Verbrauch. Allgemeine Unkosten in % Verbrauch  
 andere
- 10 Technische Betriebe  
 M2     M3     Arbeitsstunden  
 Verbrauch     andere
- 12 Transportdienst  
 Anzahl Krankentage  
 Verbrauch     andere

- 140 **Oekonomie, Küche**  
 Anz. Krankentage     Anz. Mahlzeiten  
 andere:
- 141 **Oekonomie, Personalküche und -restaurants**  
 Anz. Angestellte     Anz. Mahlzeiten  
 andere:
- 16 **Zentralsterilisation**  
 kg Material     Verpackung     andere:
- 18 **Apotheke**  
 Verbrauch. Allgemeine Unkosten in % Verbrauch  
 andere:
- 19 **Allgemeine Infrastruktur** (Zentralarchiv,  
 Fotodienst, Personalarztdienst...)  
 Verbrauch. Allg. Unkosten in % Verbrauch  
 Krankentage  
 Anz. Patients x Anz. Angestellte  
 Andere:

**Sektionen, die mehrere oben aufgeführte Sektionen  
 gruppieren:**

- No. Titel:  
 Zurechnungsmodus:
- No. Titel:  
 Zurechnungsmodus:
- No. Titel:  
 Zurechnungsmodus:
- No. Titel:  
 Zurechnungsmodus:

**ZUSÄTZLICHE SEKTIONEN**

No.      Titel:  
                    Zurechnungsmodus:

No.      Titel:  
                    Zurechnungsmodus:

No.      Titel:  
                    Zurechnungsmodus:

**Anmerkungen:**



SEKUNDAERUMLAGE

Spital:

---

**MEDIZINISCH-TECHNISCHE BETRIEBE**

In den Feldern, die mit bestehenden Sektionen und Zurechnungsmodus übereinstimmen, ein Kreuz anbringen.

- 200 **Operationssäle**  
 Leistungspunkte (Spitaltarif, SUVA)  
 andere:
- 205 **Gebärsäle**  
 Leistungspunkte (Spitaltarif orange, SUVA)  
 andere:
- 21 **Anästhesie**  
 Leistungspunkte (Spitaltarif orange, SUVA)  
 andere:
- 22 **IPS (Intensivpflegestation, sofern nicht selbständige Klinik)**  
 Leistungspunkte (Spitaltarif orange, SUVA)  
 andere:
- 23 **Notfall**  
 Leistungspunkte (Spitaltarif orange, SUVA)  
 andere:
- 240 **Röntgendiagnostik**  
 Leistungspunkte (Spitaltarif orange, SUVA)  
 andere:
- 241 **Röntgentherapie**  
 Leistungspunkte (Spitaltarif orange, SUVA)  
 andere:
- 242 **Nuklearmedizin**  
 Leistungspunkte (Spitaltarif orange, SUVA)  
 andere:
- 27 **Laboratorien**  
 Leistungspunkte (Spitaltarif orange, SUVA)  
 andere:

- 30     **Physiotherapie**  
            Leistungspunkte (Spitaltarif orange, SUVA)  
            andere:
- 31     **Uebrige Therapien**  
            Leistungspunkte (Spitaltarif orange, SUVA)  
            andere:
- 34     **Uebrige medizinisch-diagnostische Abteilungen**  
            Leistungspunkte (Spitaltarif orange, SUVA)  
            andere:
- 39     **Pathologie**  
            Leistungspunkte (Spitaltarif orange, SUVA)  
            andere:

**Sektionen, die mehrere oben aufgeführte Sektionen gruppieren:**

- No.     Titel:  
           Zurechnungsmodus:
- No.     Titel:  
           Zurechnungsmodus:
- No.     Titel:  
           Zurechnungsmodus:
- No.     Titel:  
           Zurechnungsmodus:

**ZUSÄTZLICHE SEKTIONEN**

- No.     Titel:  
           Zurechnungsmodus:
- No.     Titel:  
           Zurechnungsmodus:
- No.     Titel:  
           Zurechnungsmodus:

**DIE ERFASSUNG DER LEISTUNGEN BETRIFFT**

- die Privatpatienten
- die Zweitklasspatienten
- die Drittklasspatienten
- die ambulanten Patienten

**BESTEHT EINE INFORMATISIERUNG DER LEISTUNGS-KARTEI?**

- JA
- NEIN

**AUSSCHÖPFUNG DER ERFASSUNG**

- Alle Leistungen für obenerwähnte Kostenstellen-  
rahmen werden erfasst.
- Folgende Leistungen werden nicht erfasst:

**Anmerkungen:**

## SEKUNDAERUMLAGE

Spital:

## DIREKTAUFWAND / PATIENT

Haben Sie in der Leistungskartei die Identifikations-Nummer des Patienten, damit der Patient direkt aufwandgemäss belastet werden kann, und zwar folgendermassen:

	privat		halb-privat		3. Kl.		ambulant	
	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
38 Honorare	0	0	0	0	0	0	0	0
4000 Medika- mente	0	0	0	0	0	0	0	0
4001 Blut	0	0	0	0	0	0	0	0
Andere:								
-	0	0	0	0	0	0	0	0
-	0	0	0	0	0	0	0	0
-								

Koennen die medizinisch-technischen Leistungen direkt dem Patienten belastet werden?

	Privat		halb-privat		3. Kl.		ambulant	
	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
200 Operationssäle	0	0	0	0	0	0	0	0
205 Gebärsäle	0	0	0	0	0	0	0	0
21 Anästhesie	0	0	0	0	0	0	0	0
22 Intensivstation	0	0	0	0	0	0	0	0
23 Notfall	0	0	0	0	0	0	0	0
240 Röntgendiagnos- tik	0	0	0	0	0	0	0	0
241 Röntgentherapie	0	0	0	0	0	0	0	0
242 Nuklearmedizin	0	0	0	0	0	0	0	0
27 Laboratorien	0	0	0	0	0	0	0	0
30 Physiotherapie	0	0	0	0	0	0	0	0
31 Uebrige Thera- pien	0	0	0	0	0	0	0	0
34 Uebrige medizi- nisch-diagnosti- sche Abteilungen	0	0	0	0	0	0	0	0
39 Pathologie	0	0	0	0	0	0	0	0
Andere:								
No. -	0	0	0	0	0	0	0	0
No. -	0	0	0	0	0	0	0	0
No. -	0	0	0	0	0	0	0	0

**ETUDE CASEMIX****4. TEIL (FAKULTATIF)**

-----  
**ALLGEMEINE BEMERKUNGEN BETREFFEND DIE "DRG"**  
-----

Meinung von Herrn (Frau):

CAHIERS DE RECHERCHES ET DE DOCUMENTATION

- 1 s.1 Paccaud F., Grimm R., Gutzwiller F. - Analyse de la dotation en lits par groupes diagnostiques : exemple du service d'obstétrique dans les hôpitaux de zone. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1985, 15 p.
- 1 s.2 Paccaud F., Grimm R., Gutzwiller F. - Projections de la dotation en lits par groupes diagnostiques et par classes d'âges : hôpitaux de zone, 1990-2010 (version provisoire). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1985, 41 p.  
(Remplacé par Cah Rech Doc IUMSP no 1 s.5)
- 1 s.3 Paccaud F., Eggimann B. - Groupes diagnostiques utilisés sur SIMULIT 13. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1985, 13 p.
- 1 s.4 Grimm R., Paccaud F. - SIMULIT. Un modèle de simulation pour l'analyse et la planification de l'activité hospitalière. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 15 p.
- 1 s.5 Paccaud F., Grimm R., Gutzwiller F. - Projections de l'utilisation des lits dans le canton de Vaud : hôpitaux de zone, 1990-2010. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 53 p.  
(Remplace Cah Rech Doc IUMSP no 1 s.2)
- 1 s.6 Paccaud F., Eggimann B. - Groupes diagnostiques utilisés sur SIMULIT 14 (adaptation CHUV, 1ère révision). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 12 p.
- 1 s.7 Grimm R., Koehn V., Paccaud F. - Projections de l'utilisation des lits dans le canton de Vaud : CHUV, 1990 - 2010. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 34 p.
2. Eggimann B., Gutzwiller F. - Listériose : étude cas témoins en Suisse romande hiver 1984-85. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 15 p.
3. ROB 1. 2. 3. etc. (ROBETH) : Rapports techniques et documentation relatifs au progiciel d'analyse statistique robuste ROBETH-ROBSYS. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
4. Levi F. - Survie en cas de cancer dans le canton de Vaud. Rapport statistique descriptif. Cas incidents 1974-1980. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 67 p.
5. Paccaud F., Schenker L., Patel M., Grimm R. - Etude Case Mix : une étude intercantonale des clientèles hospitalières (protocole de l'étude). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 22 p.
6. Eggimann B., Paccaud F., Gutzwiller F. - Utilisation de la coronarographie dans la population résidente en Suisse. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 29 p.
7. Hausser D., Lehmann Ph., Gutzwiller F., Burnand B., Rickenbach M. - Evaluation de l'impact de la brochure tous ménages d'information sur le SIDA distribuée par l'OFSP. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 82 p.
8. Rickenbach M., Wietlisbach V., Berode M., Guillemin M. - La Plombémie en Suisse en 1985 : résultats de l'enquête MONICA pour les cantons de Vaud et Fribourg. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 26 p. + annexes.

9. Patel M., Burnand B., Rickenbach M., Hausser D., Gutzwiller F. - Modification du style de vie, une alternative au traitement pharmacologique lors d'hypertension modérée. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 28 p.
10. Chrzanowski R.S. - Microcomputer Model of Diffusion of New Medical Technologies. Project presented to the Faculty of the University of Texas Health Science Center at Houston, School of Public Health, in partial fulfillment of the requirements for the Degree of Master of Public Health. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 89 p. + annexes.
11. Scheder P.-A., Junod B. - Cancer des voies aéro-digestives supérieures (VADS) et types de boissons alcooliques. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 38 p.
12. Huguenin M., Paccaud F., Gutzwiller F. - Recensement des patients dans les hôpitaux, cliniques, établissements spécialisés et homes valaisans : résultats d'une enquête en 1985. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 83 p. + annexes.
13. Van der Loos M.C. - Prévention de l'ostéoporose post-ménopausique par l'hormonothérapie substitutive : éléments d'analyse coût-bénéfice. (Th. Méd. Lausanne. 1986). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 127 p.
14. Eggli Y., Grimm R., Paccaud F. - Transcodage des codes opératoires et diagnostiques VESKA (Version 1979) en codes ICD-9-CM. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 53 p.
15. Gutzwiller F., Glasser J.H., Chrzanowski R., Paccaud F., Patel M. (Eds.) - Evaluation des technologies médicales. Assessment of medical technologies. Travaux présentés pendant le Congrès TEKMED 87. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 165 p.
- 16s.1 Lehmann Ph., Hausser D., Dubois-Arber F., Gutzwiller F. - Protocole d'évaluation de la campagne de lutte contre le SIDA de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). 1987-1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 20 p. + annexes.
- 16s.2 Lehmann Ph., Hausser D., Dubois-Arber F., Gutzwiller F. - Evaluation de la campagne de lutte contre le SIDA de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). 1987-1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 102 p.
17. Dubois-Arber F., Paccaud F., Gutzwiller F. - Epidémiologie de la stérilité. Démographie de la fécondité en Suisse. Revue des enquêtes de prévalence publiées. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 42 p.
18. Scheder P.-A. - Des usagers de médecines alternatives racontent (itinéraires thérapeutiques et conception de la santé). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 45 p.
19. Hausser D., Lehmann Ph., Dubois F., Gutzwiller F. - Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse. (Rapport intermédiaire, juillet 1987). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 39 p.
20. Eggli Y., Grimm R., Paccaud F. - Table de transcodage des diagnostics : VESKA (version 1979) - ICD-9-CM. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 104 p.
21. Eggli Y., Grimm R., Paccaud F. - Table de transcodage des opérations : VESKA (version 1979) - ICD-9-CM. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 66 p.
22. Eggli Y., Grimm R., Paccaud F. - Adaptation du "Grouper" aux statistiques médicales VESKA (1980-1986). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 9 p.
23. Hausser D., Lehmann Ph., Dubois-Arber F., Gutzwiller F. - Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse. Décembre 1987. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 96 p.

24. Rohrer M.H. - La prévalence des douleurs du dos et de ses facteurs de risque chez les citoyens suisses convoqués à leur recrutement en Suisse romande en 1985. (Th. Méd. Lausanne, 1988). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 51 p.
25. Grimm R., Egli Y., Koehn V. - Programmes informatiques permettant l'adaptation des DRG aux statistiques médicales VESKA. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 19 p.
26. Klinke S., Paccaud F. - Sondage pilote concernant la fréquentation d'une unité mobile de mammographie (projet de rapport). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 8 p.
27. Lehmann Ph., Hausser D., Dubois-Arber F., Gutzwiller F. - Protocole scientifique et programme de travail pour l'exercice avril 1988 - mars 1989 de l'évaluation des campagnes suisses de lutte contre le SIDA. Juillet 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 56 p.
28. Dubois-Arber F., Lehmann Ph., Hausser D., Gutzwiller F. - Evaluation des campagnes de prévention du SIDA en Suisse. Rapport intermédiaire. Juillet 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 28 p.
29. Trisconi Y. - Etude de validation du "Michigan Alcoholism Screening Test" (MAST) en langue française. (Th. Méd. Lausanne, 1988). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 43 p.
30. Koehn V., Egli Y., Grimm R., Paccaud F. - Définition des groupes cliniques utilisés sur SIMULIT 15. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 18 p.
31. Patel M., Blanc T., Schenker L. - Méthodologie pour le calcul des coûts par DRG (Juin 1987). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 21 p. + annexes.
32. Santos-Eggiman B., Paccaud F. - Mortinatalité, mortalité infantile et hospitalisations pédiatriques dans le canton de Vaud. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 36 p. + annexe.
33. Fekete A., Egli Y., Paccaud F. - Complément de table de transcodage des opérations : VESKA (version 1986) - ICD-9-CM. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 24 p.
34. Egli Y., Koehn V., Paccaud F. - Distributions des durées de séjour par Diagnosis Related Groups. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 117 p.
35. Egli Y., Jacquier M., Schenker L. - Pratiques comptables des hôpitaux et faisabilité d'un calcul de coûts basés sur les Diagnosis Related Groups. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 51 p.