



# Einführung eines spitalweiten Controllingsystems unter DRG

Controlling im Gesundheitswesen  
SGfM, Bern, 18.6.09



# Balanced Scorecard im Universitätsspital Les Tableaux de Bord Hospitaliers au CHUV

Oliver Peters, CHUV  
Directeur administratif et financier

# Planification



- Instruments standard
  - Vision / mission
  - Stratégie
  - Plans opérationnels (dont budget)
- Problèmes fréquents
  - Stratégie pas connue et pas mise en oeuvre
  - Plans stratégiques et opérationnels pas actualisés de manière systématique
  - Plans opérationnels pas intégrés et décomposés
  - Plans stratégiques et opérationnels pas suivis

# Contrôle de gestion



- Comptabilité financière
- Compatibilité analytique / par centres de coûts
- Problèmes fréquents
  - Les résultats financiers arrivent trop tard pour pouvoir agir (rétroviseur)
  - Les analyses des résultats financiers sont contestées. Les raisons pour des variations financières restent peu connues (ou leur compréhension varie beaucoup)
  - Les facteurs organisationnels, humains et intellectuels ne sont que très peu mesurés (bien que déterminants pour les résultats)

# Objectifs du projet



- Measure and Manage
  - Permettre un suivi en temps réel des objectifs opérationnels.
  - Permettre de détecter et d'agir sur les écarts et d'améliorer ainsi la moyenne.
- Rendre l'information accessible
  - Communiquer les objectifs et les résultats atteints
  - Suivi des objectifs et des résultats / Contrôle de gestion
- Appliquer la stratégie
  - Traduire la stratégie des HC-CHUV en objectifs opérationnels et permettre sa mise en œuvre
  - Concentrer et aligner les objectifs opérationnels sur la stratégie et les priorités

# Méthode du projet



- Tableau de Bord Prospectif (TBP) classique (RH / Know How, Processus et résultats, Patients, Finances)
- Méthode de développement: Clarifier stratégie -> Développer indicateur -> Utiliser indicateur -> Fixer objectifs
- Selon structures de direction: 1 TBP central, 10 TBP départementaux
- Articulation entre TBP central et TBP départementaux
  - Stratégies et indicateurs particuliers uniquement quand besoins spécifiques
  - Essentiellement dans les axes Patients et Organisation / résultats

# Les quatre dimensions



- Dimension finances
  - Chiffre d'affaires, marge, produits, délais de paiement, pertes s. débiteurs, taux de couverture / C/I
- Dimension clients
  - Parts de marché, satisfaction, image, loyauté, chiffre par client, clients nouveaux ou particulièrement intéressants
- Dimension processus
  - Performance des processus centraux (rapidité, efficacité, automatisation, fidélité / conformité, succès/échec)
- Dimension Know How/ressources
  - Qualifications + niveaux de formation, satisfaction, loyauté + motivation, fluctuation / absentéisme, formation continue, Know How spécifique, Propositions d'amélioration

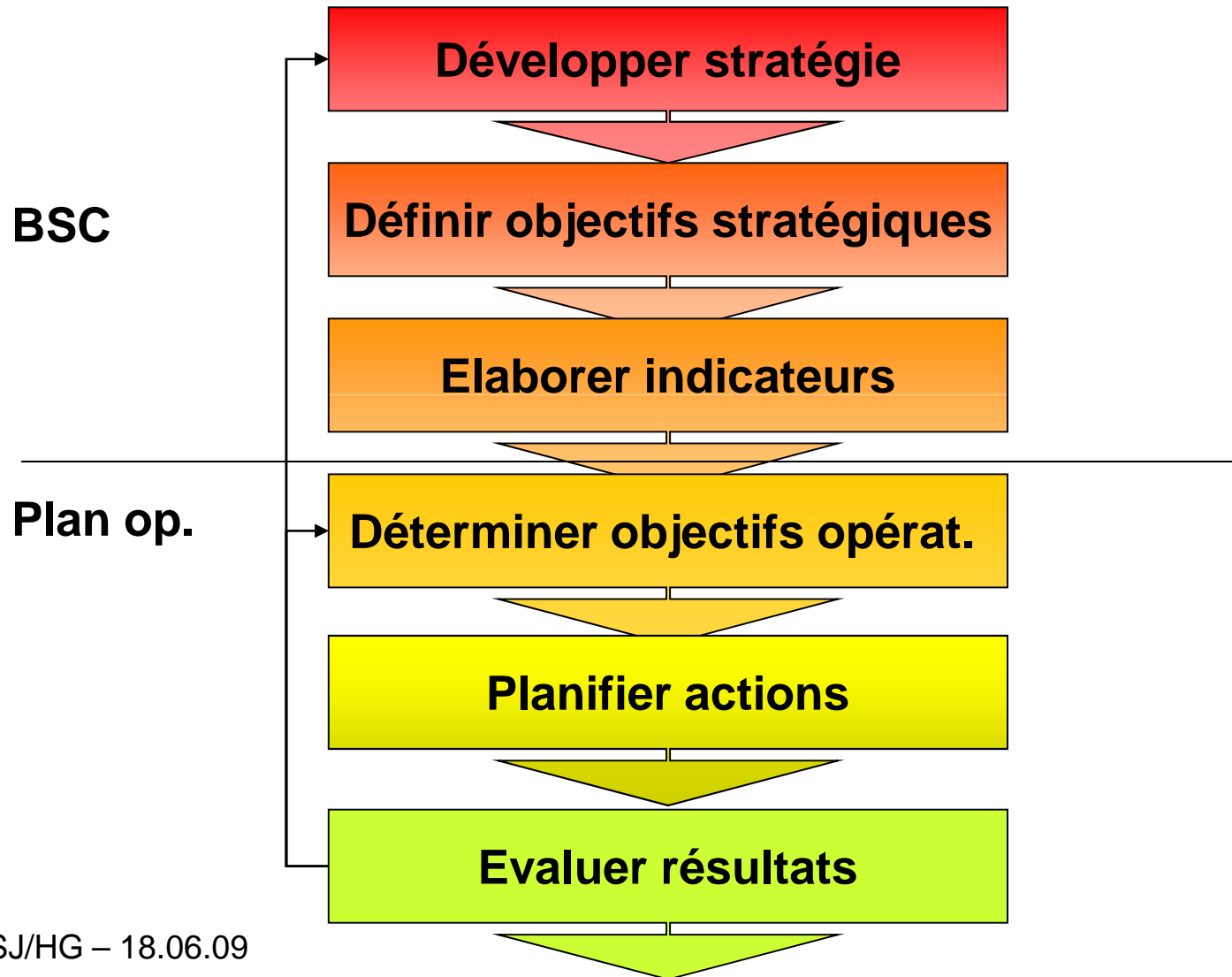
# Balanced Scorecard



- Equilibre temporel
- Equilibre des perspectives (interne/externe)
- Equilibre entre hard facts et soft factors



# Méthode BSC

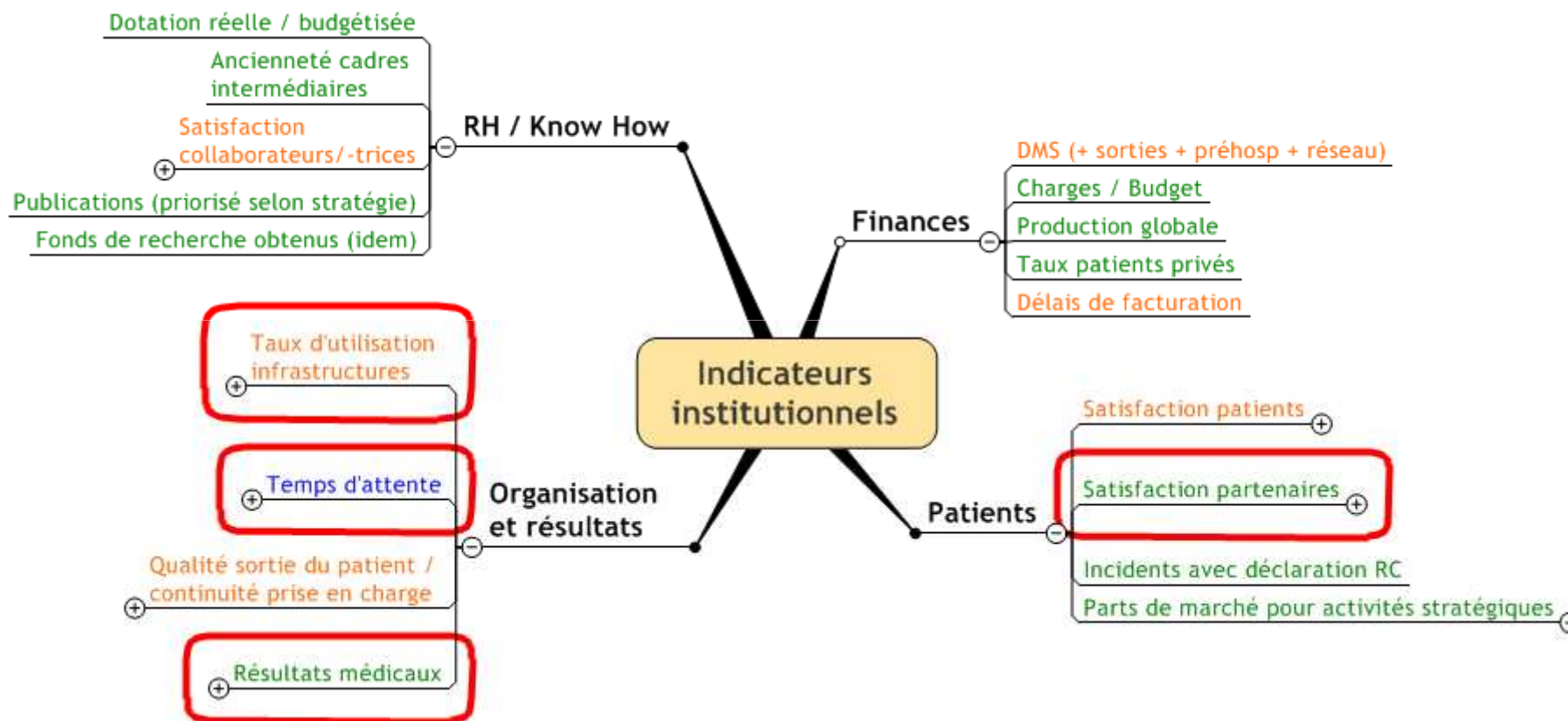


# Gains escomptés

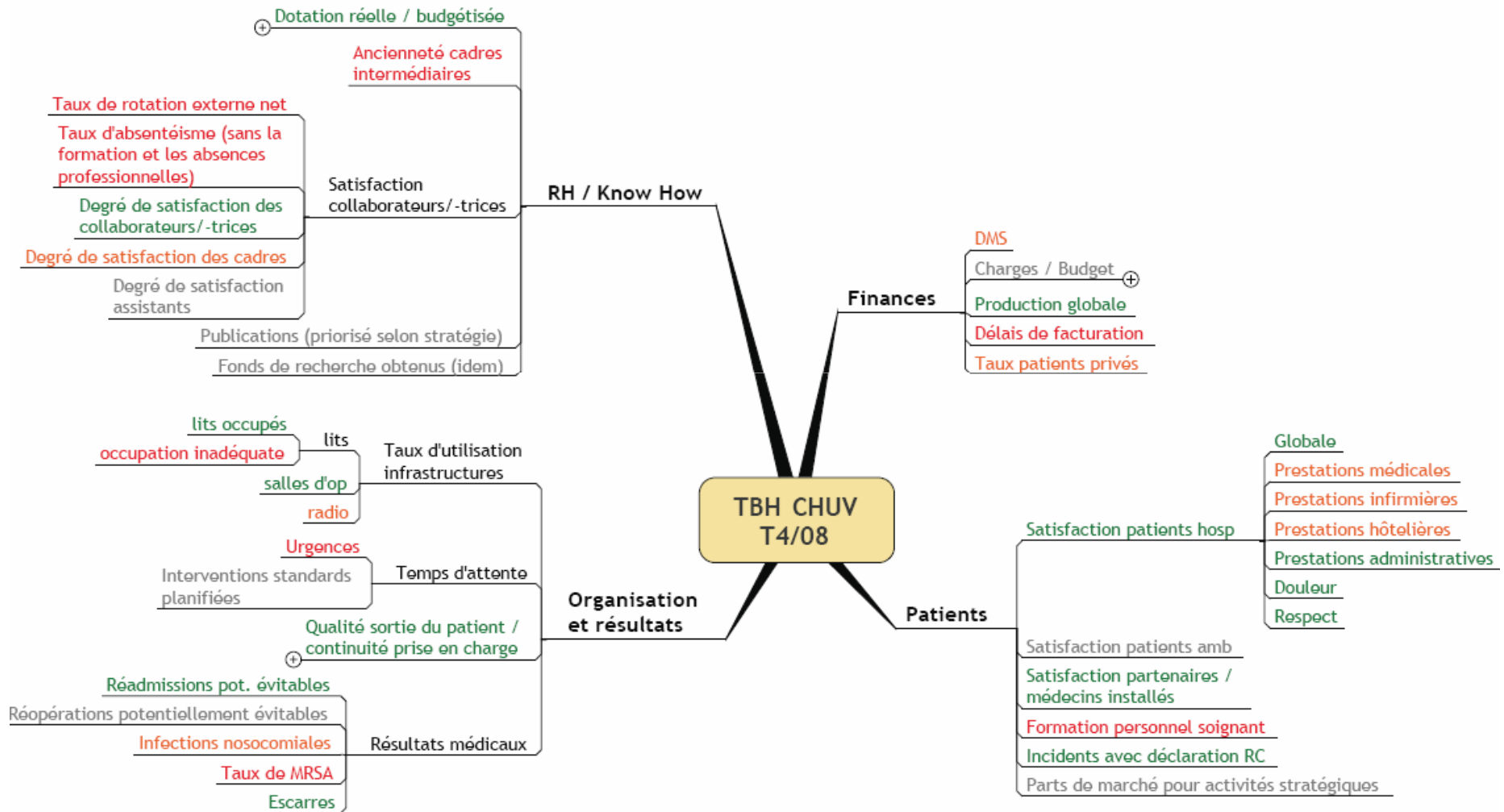


- Augmentation de la transparence et dirigeabilité
  - Tableau de bord en temps réel
- Augmentation de la qualité
  - Planification stratégique + opérationnelle
  - Satisfaction patients et partenaires / parts de marché
  - Temps d'attente / Résultats médicaux
  - Satisfaction collaborateurs
- Augmentation de l'efficacité
  - Utilisation de ressources / Taux d'utilisation
  - Benchmarking interne + externe

# Articulation TBH HC-CHUV/dép.



# Résultats médicaux



# Tableaux de Bord spécifiques



- Développé: Départements de
  - Psychiatrie (état du patient entrée/sortie, médication, suivi)
  - Centres Interdisciplinaires (urgences, mortalité soins intensifs)
  - Logistique (hygiène, qualité services)
  - Radiologie (accès, efficacité, utilisation des diagnostics)
  - Pédiatrie (réplication des indicateurs adultes)
  - Médecine de laboratoire
  - Appareil locomoteur
- A développer: Départements de
  - Médecine
  - Chirurgie
  - Gynéco-Obstétrique
  - Médecine et Santé Communautaire

# Utilisation



- Par le DSAS et les commissions parlementaires: Etablissement et évaluation du contrat de prestations
- Par la Direction Générale du CHUV: Plan stratégique, objectifs annuels et évaluation trimestrielle
- Par la Direction Générale avec les directions des départements: Point systématique à l'ordre du jour avec les directions des départements (1x p 6 semaines)
- Par le contrôle de gestion central avec les contrôleurs de gestion des départements: Suivi régulier opérationnel: Commentaires sur déviations.

=> Tous les acteurs parlent le même langage

# Terrains d'apprentissage



- Logique de transparence et de connaissance de l'information -> Logique de fixation d'objectifs -> Logique d'évaluation -> Logique d'amélioration continue
- Logique d'avancement de données « simples » (hard facts / finances) vers des données « complexes » (soft factors / indicateurs médicaux)

# Expériences positives après 18 mois



- Rapprochement de perspectives entre autorités de surveillance et hôpital
- Rapprochement de perspectives entre direction de l'hôpital et départements
- Concentration sur résultats essentiels
- Apprentissage à l'utilisation commune d'un même instrument de pilotage dans une présentation et un rythme prévisibles et stables
- Détection anticipée de problèmes opérationnels (retour sur investissement immédiat)



# Terrains d'amélioration



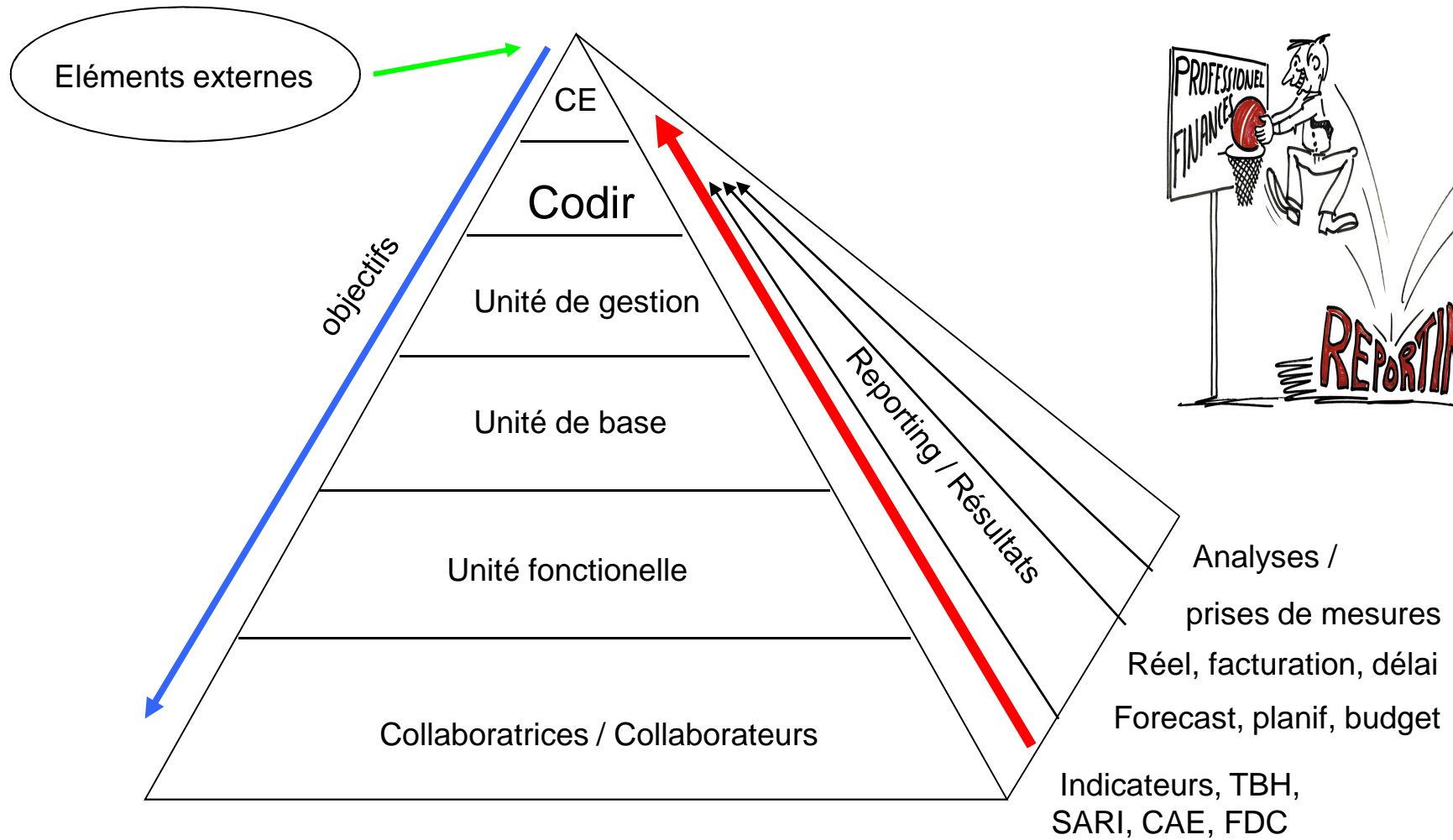
- Suivi d'objectifs (et de projets) stratégiques



# Die Verantwortung des Managements und die geeignete Controllingorganisation

## La responsabilité du management et l'organisation adaptée du contrôle de gestion

Stéphane Johner, CHUV  
Chef Information et Contrôle de Gestion

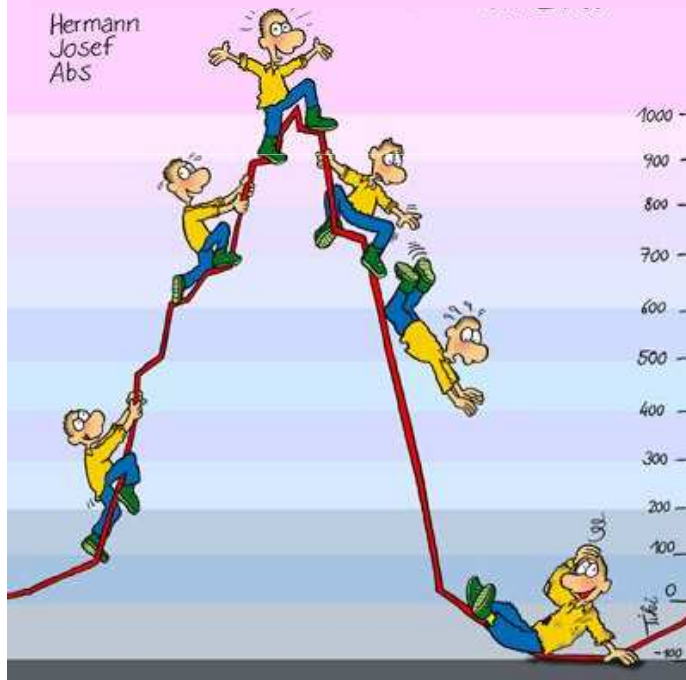


# Le contrôle de gestion : Objectifs et rôles



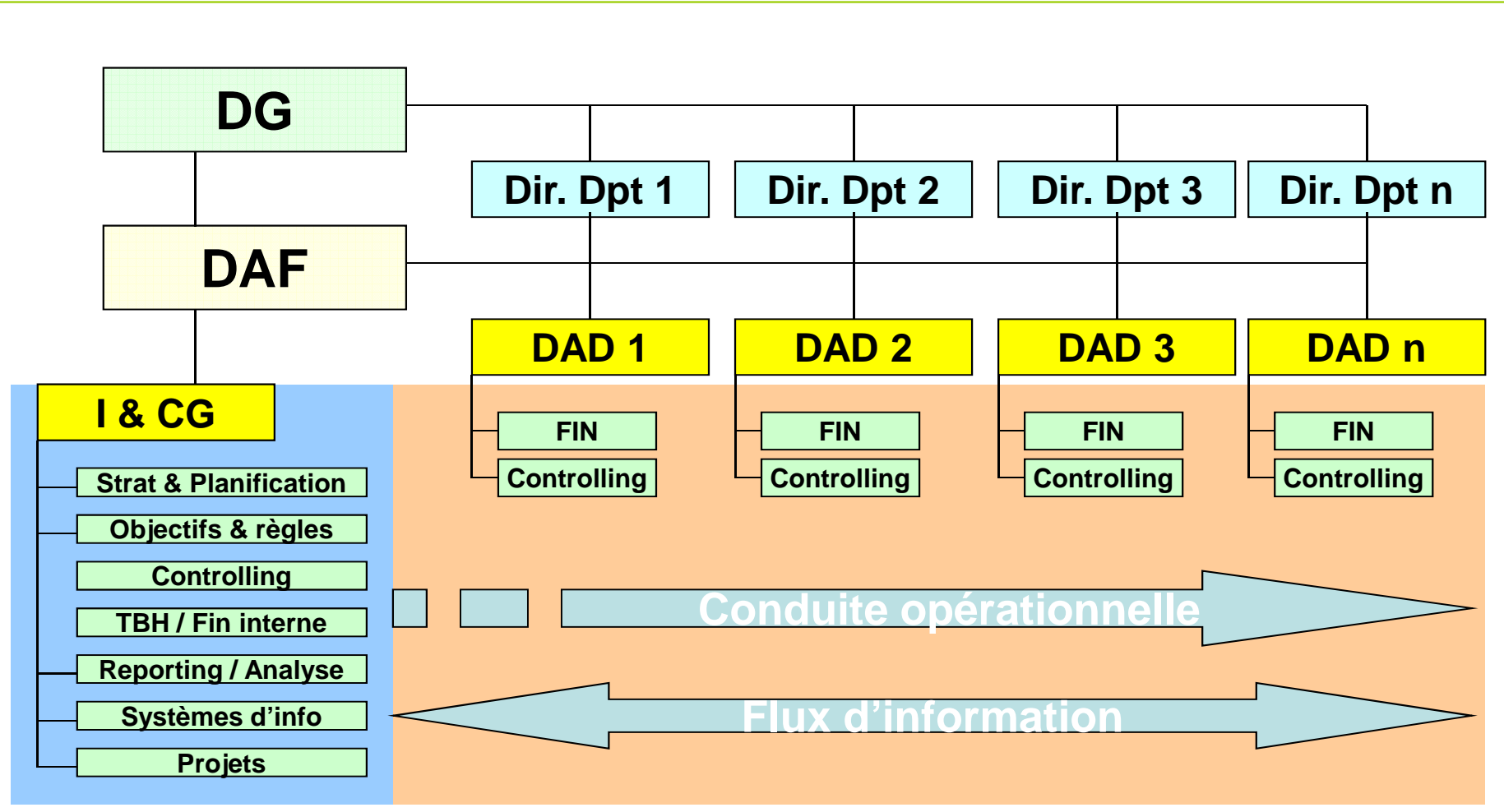
**L'objectif est atteint à 100%,  
mais  
les coûts sont nettement dépassés**

Hermann  
Josef  
Abs



- *Être le conseiller économique interne incontournable du management*
- *Transposer la stratégie en terme d'indicateurs mesurables économiquement*
- *Evaluer et analyser les événements*
- *Proposer des mesures d'amélioration*
- *Superviser la réalisation des mesures définies*
- *Assurer la stabilité et l'opérabilité des data warehouses*

# Responsabilités & processus



# Outils de gestion – Colonne vertébrale



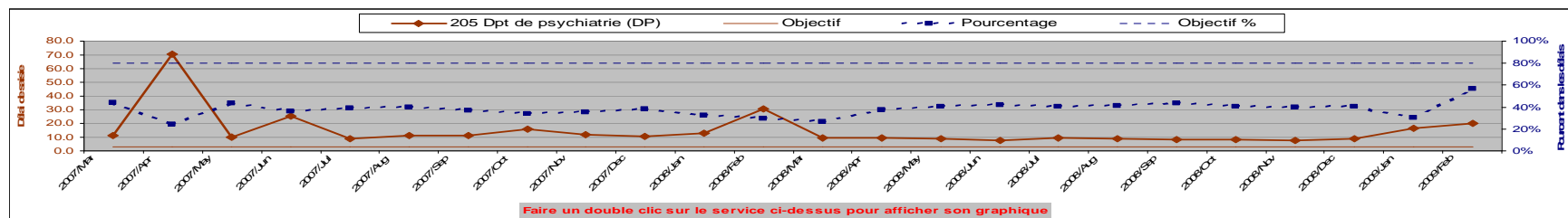
- TBH (tableau de bord hospitalier)
- SARI (système d'allocation de ressources internes)
- Indicateurs spécifiques
  - Délai de saisie des prestations ambulatoires
  - Délai de remise des dossiers au CAM
  - DAO
  - Biens et services médicaux
  - RH
  - Ambulatoire

# Indicateurs – délai de saisie



## 205 Dpt de psychiatrie (DP) Analyse des délais de saisie des prestations en Ambulatoire Extraction du 16. février 2009, de 2008/Mar à 2009/Febr

| Période        | Montant de facturation de la saisie hors délai | Délai moyen de saisie |            |             |            |             | Proportion de saisie dans le délais    |                   |                              |                  |                                     |            |           |
|----------------|--|-----------------------|------------|-------------|------------|-------------|--|-------------------|------------------------------|------------------|-------------------------------------|------------|-----------|
|                |  | Délai                 |            | Objectif    |            | Evolution   | Montant de facturation saisi à 3 jours |                   | Montant de facturation total |                  | Proportion de saisie dans le délais |            | Evolution |
|                |  | T                     | J          | T           | J          |             | T                                      | J                 | T                            | J                | T                                   | J          |           |
| Unité          | CHF  |                       |            |             |            |             | CHF                                    | CHF               | %                            | CHF              | CHF                                 | %          | %         |
| <b>205 Dpt</b> | <b>12'941'096</b>                              | <b>9.4</b>            | <b>3.0</b> | <b>12.8</b> | <b>3.0</b> | <b>-3.4</b> | <b>8'382'349</b>                       | <b>21'323'445</b> | <b>39%</b>                   | <b>8'202'666</b> | <b>21'161'823</b>                   | <b>39%</b> | <b>1%</b> |
| IRP            | 584'658  | 24.9                  | 3.0        | 28.5        | 3.0        | -3.6        | 39'206                                 | 623'864           | 6%                           | 21'869           | 521'142                             | 4%         | 2%        |
| MPP            | 1'927'153                                      | 7.5                   | 3.0        | 7.4         | 3.0        | 0.1         | 777'653                                | 2'704'806         | 29%                          | 1'030'945        | 2'622'513                           | 39%        | 11%       |
| PCD            | 877'386  | 11.3                  | 3.0        | 14.8        | 3.0        | -3.5        | 315'366                                | 1'192'752         | 26%                          | 265'240          | 1'254'487                           | 21%        | 5%        |
| PCG            | 1'775'794                                      | 10.9                  | 3.0        | 18.5        | 3.0        | -7.6        | 623'226                                | 2'399'019         | 26%                          | 419'016          | 2'339'463                           | 18%        | 8%        |
| PCN            | 445'811  | 8.3                   | 3.0        | 8.8         | 3.0        | -0.5        | 225                                    | 446'036           | 0%                           | -                | 567'348                             | -          | 0%        |
| PCO            | 2'309'111                                      | 12.8                  | 3.0        | 14.7        | 3.0        | -1.8        | 1'154'755                              | 3'463'865         | 33%                          | 1'068'952        | 3'482'149                           | 31%        | 3%        |
| PCP            | 2'946'533                                      | 9.3                   | 3.0        | 15.7        | 3.0        | -6.4        | 1'995'591                              | 4'942'124         | 40%                          | 2'292'425        | 4'781'812                           | 48%        | 8%        |
| PGE            | 1'774'777                                      | 7.2                   | 3.0        | 10.2        | 3.0        | -3.0        | 1'766'555                              | 3'541'333         | 50%                          | 1'460'006        | 3'598'685                           | 41%        | 9%        |
| PLI            | 299'875  | 2.3                   | 3.0        | 3.2         | 3.0        | -0.8        | 1'709'772                              | 2'009'647         | 85%                          | 1'644'213        | 1'994'223                           | 82%        | 3%        |



| QUESTIONS ICG | MOIS |
|---------------|------|
|               |      |

| LIB       | COMMENTAIRES   | MOIS       |
|-----------|--|------------|
| 205       | Les résultats des séances d'information qui ont débutés il y a une année continuent de porter leur fruit. La moyenne du DP continue à être en baisse 9.4 jours contre 10 en janvier et 10.5 en décembre, 10.9 jours à fin novembre et 11.48 à fin octobre. L'au  | janvier 09 |
| PGE / PCP | Les prestations de IRP concernent principalement des expertises, le délai de saisie correspond au délai entre la date du rapport d'expertise et la saisie de la prestation. Ce délai peut être réduit mais l'objectif ne sera jamais réalisable ( soumission, v  | janvier 09 |
| IRP/PG E4 | Le délai de saisie continue de diminuer, 10.9 jours contre 13 jours en janvier, 14 jours à fin décembre, 15.6 jours à fin novembre et 17.7 jours à fin octobre. La modification des saisies des hôpitaux de jour du CCPAA y contribue beaucoup. Le catalogue U   | janvier 09 |
| PCG       | Les prestations sous la direction sont liées aux médicaments dans toutes les consultations ambulatoires du DP, l'amélioration de ce délai passe par les messages donnés aux services en matière de délais de saisies. Néanmoins, la situation s'améliore, 11.3 j | janvier 09 |
| PCD       | Les intervention en psy communautaire continuent à porter leurs fruits (12.8 jours contre 13.8 jours en janvier, 14.6 en décembre, 15.2 jours en novembre). Il reste toutefois encore à faire ... Les hopitaux de jour et la remise de méthadone plombent les    | janvier 09 |
| PCO       | Le délai de PCP est à 9.3 jours contre 8.48 jours en janvier. PEAA (Psychiatrie ambulatoire pour adolescents) (29.51 jours) est toujours péjoré à cause des rapports (90.64 jours) mais, les autres catalogues sont autour des 25 jours. PELJ (Centre de soins   | janvier 09 |

| N° | MESURES   | DELAI               | RESULTATS  | DATE       |
|----|---|---------------------|--|------------|
|    | Audit des unités de la policlinique de chauderon en cours. Effet sur les délais de saisie fin 2008 début 2009.  | fin 2008 début 2009 | Impact en 2008 pas au niveau des espérances, les mesures d'amélioration ne sont pas encore visibles                        | Janvier 09 |
|    | Séances de sensibilisation et d'information aux unités ambulatoires et directions de services en cours, effets sur les délais de saisies pour le 2ème semestre 2008 | 2ème sem. 08        | Au vu de l'amélioration globale avec un délai descendu à 9.4 jours, on constate que la sensibilisation a touché les unités |            |



| <b>Communication</b>                                   | <b>Périodicité</b>    | <b>Contenu</b>  | <b>output</b>                                  |
|--|-----------------------|---|--|
| Comité directeur                                       | Trimestrielle         | TBH et indicateurs institutionnels, suivi des objectifs | DAFI   |
| Bilatérales avec départements + rencontres spécifiques | Toutes les 6 semaines | TBH dpts, indicateurs spécifiques, suivi des budgets    | - chef de dpt, DAD & ev. Contrôleur de gestion |
| Collège des directeurs administratifs CDA              | Mensuelle             | TBH instit et indicateurs spécifiques, obj adm          | DAFI   |
| Contrôle de gestion                                    | Mensuelle             | Divers  | DAFI / dpts                                    |





# Rechnungskontrolle unter Fallpauschalen

## La révision du codage

Hervé Guillain, CHUV

Chef du centre de codage et des archives  
médicales

# Bref historique (I)



- En Suisse romande les premières révisions du codage ont eu lieu dans le canton de Vaud à partir de 1999 déjà (révision des données de l'année 1998).
- A l'heure actuelle un comité de pilotage unique organise l'ensemble des révisions dans les hôpitaux publics des cantons de Genève, Jura, Neuchâtel, Valais et Vaud.

# Bref historique (II)



- Ce comité de pilotage est composé de membres représentant les hôpitaux, les assureurs et les autorités cantonales.
- La révision est faite de la même manière dans tous les hôpitaux, de sorte que les résultats soient facilement comparables.
- La révision est faite selon les recommandations publiées par l'Office fédéral de la statistique (OFS).

# Grille d'évaluation du codage



| Evaluation             | Code CIM-10   | Code CHOP   |
|------------------------|---|---|
| <b>Précis (P)</b>      | 😊😊😊 . 😊😊  | 😊😊 . 😊😊   |
| <b>Imprécis (I)</b>    | 😊😊😊 . 😊😞 ou 😊😊😊 . 😞😊  | 😊😊 . 😊😞 ou 😊😊 . 😞😊  |
| <b>Faux (F)</b>        | 😊😊😞 . 😊😊 ou 😊😞😊 . 😊😊  | 😊😞 . 😊😊   |
| <b>Faux grave (Fg)</b> | 😞 - - - -   | 😞 - - - -   |
| <b>Manquant (M)</b>    | Le code n'est pas indiqué, bien que le diagnostic ait un lien avec l'hospitalisation actuelle et qu'il soit mentionné dans les documents essentiels pour le codage. | Le code n'est pas indiqué, bien que le traitement soit mentionné dans les documents essentiels pour le codage.  |
| <b>Abusif (A)</b>      | Le code est indiqué, alors qu'il n'est pas mentionné dans les documents essentiels pour le codage et ou n'a aucun lien avec l'hospitalisation actuelle.             | Le code est indiqué, alors qu'il n'est pas mentionné dans les documents essentiels pour le codage et ou n'a aucun lien avec l'hospitalisation actuelle. |

# Résultats de la révision (I)



- La révision aboutit à trois types principaux de résultats:
  - les erreurs de codage (évaluées selon la grille établie à cet effet);
  - les changements de DRG auxquels ces erreurs conduisent;
  - la modification de l'indice de casemix à laquelle ces changements de DRG conduisent.

# Résultats de la révision (II)



- Les résultats sont publiés sur internet.
- Les rapports peuvent être téléchargés à partir des adresses suivantes:
  - [www.scris.vd.ch/statmed](http://www.scris.vd.ch/statmed)
  - [http://www.ovs.ch/publications\\_activite\\_hopitaux\\_fr.htm](http://www.ovs.ch/publications_activite_hopitaux_fr.htm)
  - [http://www.ovs.ch/publications\\_activite\\_hopitaux\\_de.htm](http://www.ovs.ch/publications_activite_hopitaux_de.htm)
  - <http://www.hopital-ne.ch/general.asp/4-0-11750-5517-7-0-1/>

# Exemples de résultats (I)



## Evaluation des codes diagnostiques principaux

| Canton           | P            |              | I         |             | F         |             | Fg        |             | Total        |
|------------------|--------------|--------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|--------------|
|                  | Nb           | %            | Nb        | %           | Nb        | %           | Nb        | %           | Nb           |
| <b>Genève</b>    | 139          | <b>96.5%</b> | 3         | <b>2.1%</b> | 2         | <b>1.4%</b> | 0         | <b>0.0%</b> | 144          |
| <b>Jura</b>      | 131          | <b>93.6%</b> | 6         | <b>4.3%</b> | 1         | <b>0.7%</b> | 2         | <b>1.4%</b> | 140          |
| <b>Neuchâtel</b> | 286          | <b>98.8%</b> | 1         | <b>0.6%</b> | 1         | <b>0.6%</b> | 0         | <b>0.0%</b> | 288          |
| <b>Valais</b>    | 423          | <b>97.9%</b> | 4         | <b>0.7%</b> | 2         | <b>0.4%</b> | 6         | <b>1.1%</b> | 435          |
| <b>Vaud</b>      | 1'598        | <b>96.6%</b> | 36        | <b>1.5%</b> | 26        | <b>0.9%</b> | 27        | <b>1.0%</b> | 1'687        |
|                  | <b>2'577</b> | <b>95.7%</b> | <b>50</b> | <b>1.9%</b> | <b>32</b> | <b>1.2%</b> | <b>35</b> | <b>1.3%</b> | <b>2'694</b> |

(révision 2008 des données 2007)

# Exemples de résultats (II)



## Evaluation des codes d'intervention

| Hôpital       | P      | I    | F    | Fg   | M    | A    |
|---------------|--------|------|------|------|------|------|
| CHUV          | 97.8%  | 0.0% | 1.9% | 0.0% | 0.4% | 0.0% |
| Ophtalmique   | 100.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% |
| Orthopédique  | 99.5%  | 0.5% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% |
| Morges        | 100.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% |
| Riviera       | 100.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% |
| eHnv          | 99.4%  | 0.6% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% |
| GHOL          | 97.5%  | 0.5% | 0.5% | 0.0% | 1.0% | 0.5% |
| HIB-VD        | 97.2%  | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 2.8% | 0.0% |
| HDC           | 100.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% |
| Ste-Croix     | 92.9%  | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 7.1% | 0.0% |
| Pays-d'Enhaut | 92.6%  | 0.0% | 1.1% | 1.1% | 5.3% | 0.0% |
| Longeraie     | 99.1%  | 0.4% | 0.0% | 0.0% | 0.4% | 0.0% |
| Vaud          | 98.7%  | 0.1% | 0.7% | 0.0% | 0.4% | 0.0% |

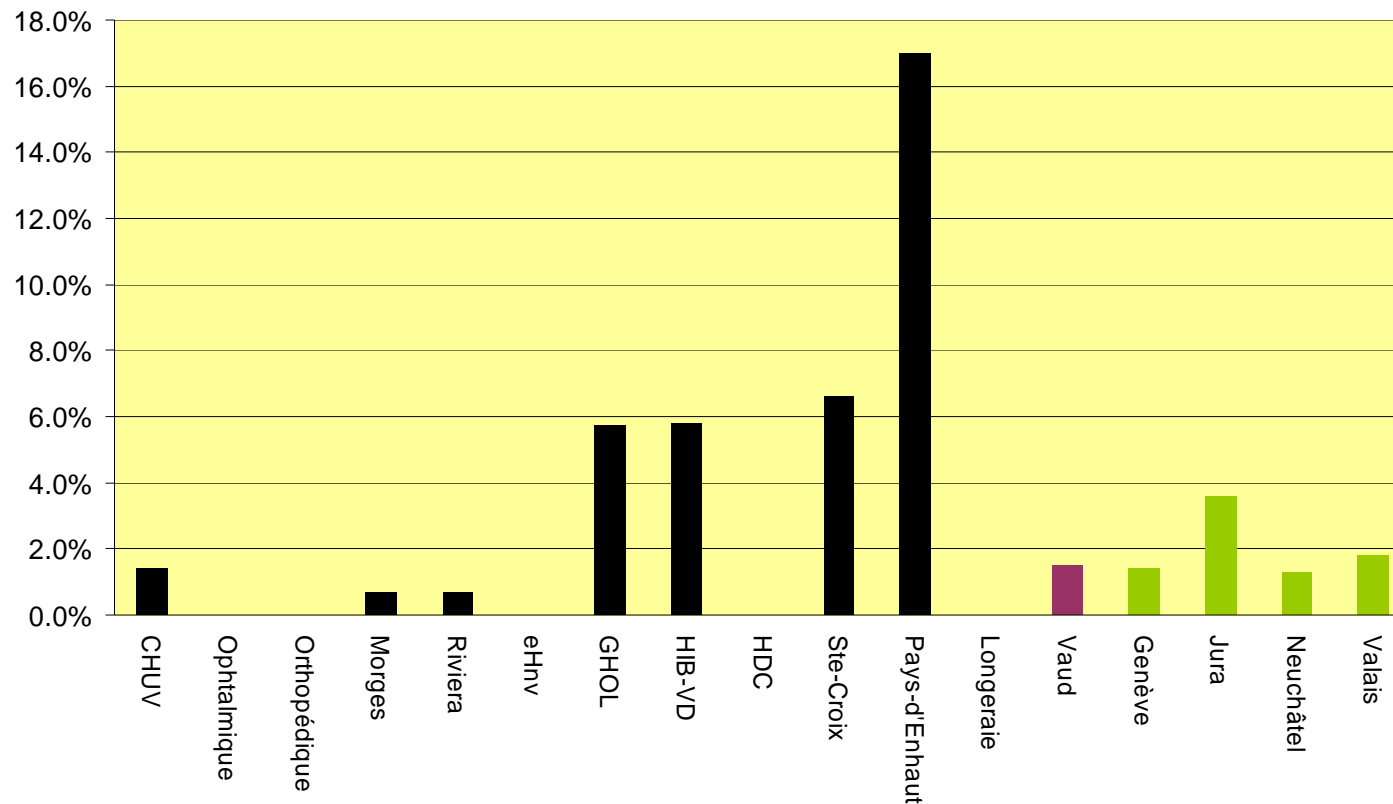
(révision 2008 des données 2007)



# Exemples de résultats (III)



## Pourcentage de DRG modifiés

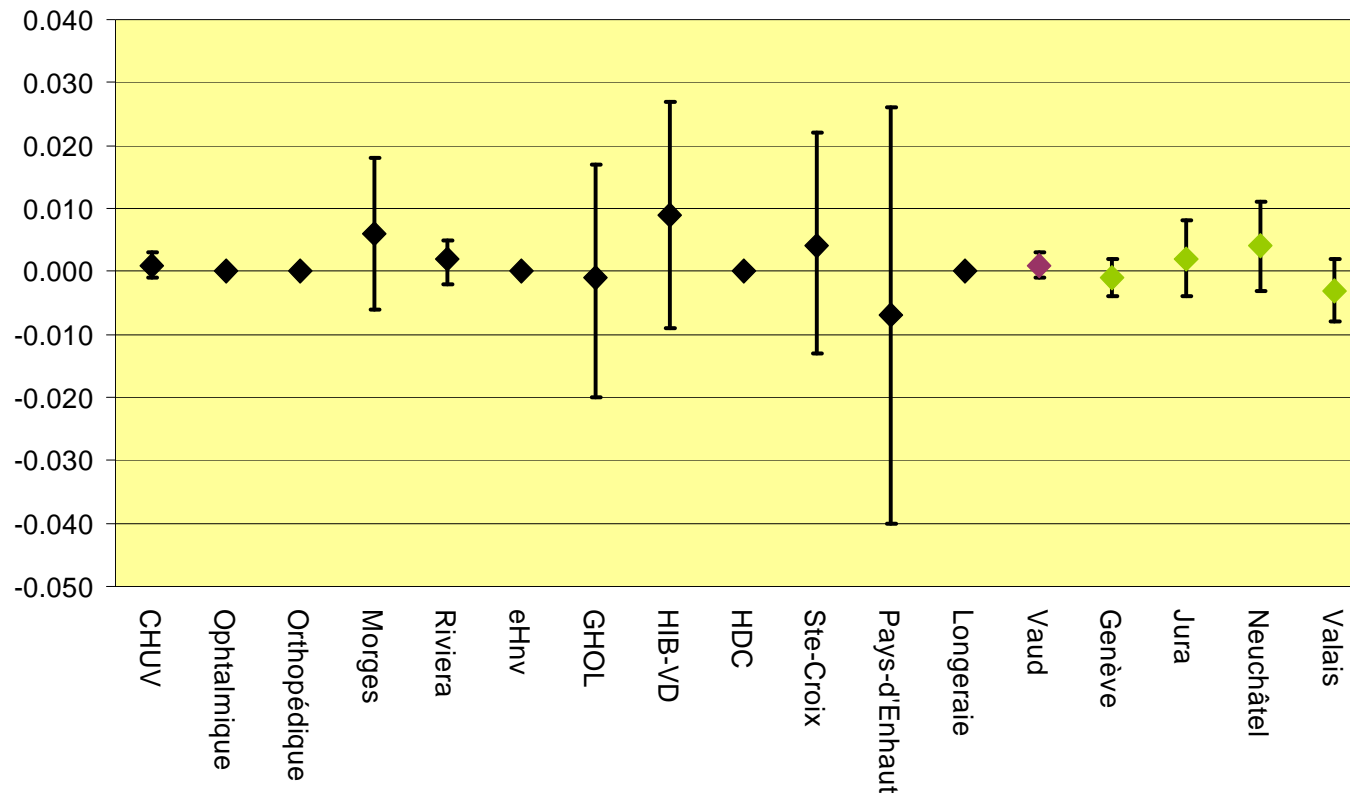


(révision 2008 des données 2007)

# Exemples de résultats (IV)



## Différence d'indice de casemix (après-avant)



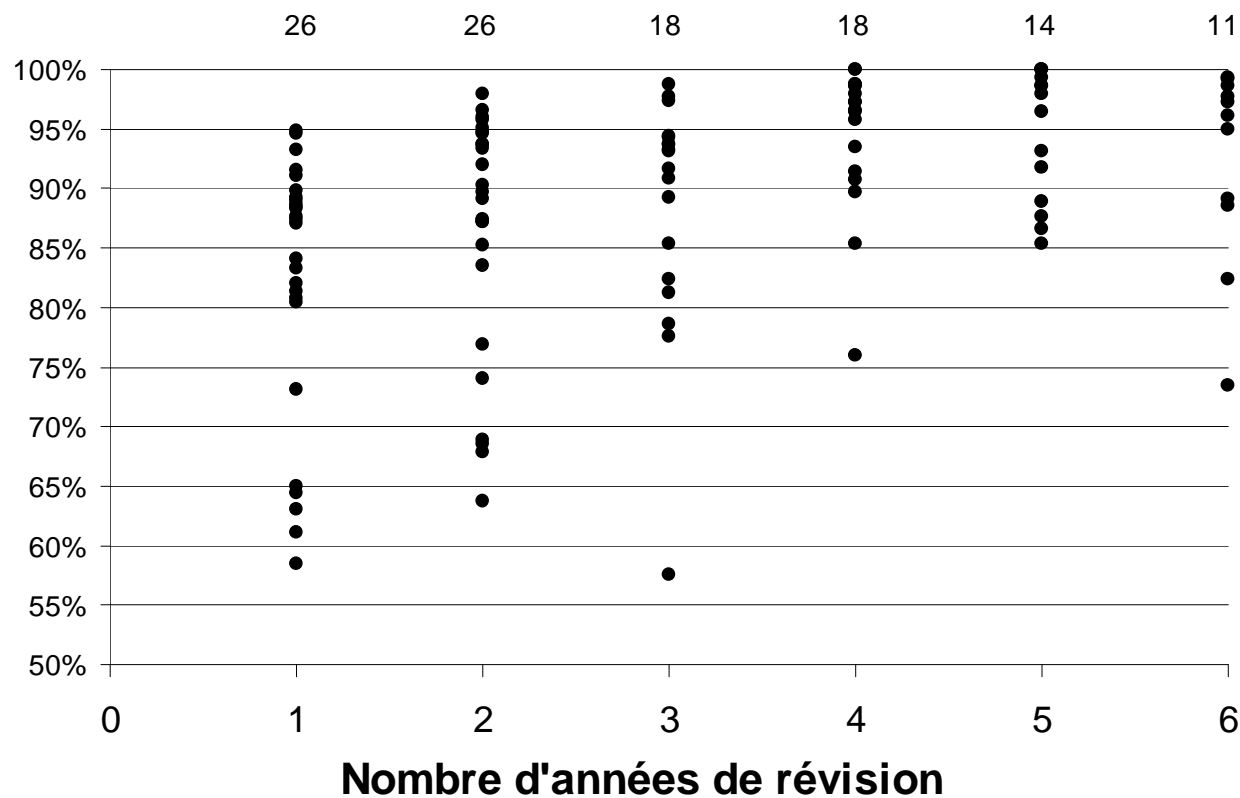
(révision 2008 des données 2007 – intervalle de confiance à 95%)

OP/SJ/HG – 18.06.09

# Evolution de la qualité du codage



## Proportion de codes diagnostiques principaux précis en fonction du nombre d'années de révision



# Renseignements médicaux et taux de succès assurances complément.

