

Etat de Vaud - Hospices cantonaux
Office de la planification et de l'évaluation

TABLEAUX DE BORD ET DE SUIVI

Conception détaillée

*Yves Egli, Luis Basterrechea, Christiane Beroud, Patricia Halfon,
Ngoan Nguyen, Andreas Perret, Erol Seker, Tarik Yalcin*

TABLE DES MATIÈRES

1	Introduction	
1.1	Généralités.....	5
1.2	Délimitation structurelle.....	6
1.3	Délimitation temporelle	6
2	Tableaux de bord	
2.1	Généralités.....	7
2.2	Pertes et profits.....	7
2.3	Occupation des lits	9
2.4	Adéquation de la dotation en personnel infirmier.....	10
2.5	Coût d'hospitalisation.....	11
3	Tableau synoptique	
3.1	Généralités.....	15
3.2	Indicateurs	15
3.3	Descripteurs.....	15
4	Suivi des patients	
4.1	Profil de patients	17
4.2	Flux de patients.....	18
5	Suivi des activités	19
6	Suivi des ressources	
6.1	Pertes et profits.....	23
6.2	Charges salariales.....	25
6.3	Autres charges.....	26
6.4	Enveloppe	27
6.5	Revenus hors enveloppe	28
7	Annexe. Liste des comptes de revenus hors enveloppe	29
8	Bibliographie.....	31

Abréviations

CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois
EPT	Equivalents plein temps
Kfrs	Millier de francs

1 INTRODUCTION

1.1 GÉNÉRALITÉS

Le présent cahier définit les modalités pratiques du suivi des performances. Il est avant tout destiné aux responsables d'unités cliniques des Hospices qui rencontreraient des problèmes d'interprétation. Le dispositif s'appuie aujourd'hui sur les éléments suivants :

- un tableau de bord ;
- un tableau synoptique ;
- des tableaux de suivi des patients ;
- des tableaux de suivi des activités ;
- des tableaux de suivi des ressources ;
- des tableaux de suivi des effets.

Les personnes intéressées par la conception générale du système d'information dirigeant sont invitées à se reporter à un autre document¹ qui est consacré à ce thème. De même, le lecteur pressé pourra se référer au manuel d'utilisation des tableaux de bord et de suivi, actuellement en préparation. Le présent document est plus technique ; il fournit trois types de renseignements, facilement repérables par les signes situés dans la marge de gauche :



Le losange désigne les renseignements généraux nécessaires à l'interprétation des informations fournies.



Lorsqu'une information surprend, quatre explications peuvent être avancées :

- la définition de l'indicateur ou du descripteur n'est pas celle que l'on attend ;
- les données ne sont pas fiables ;
- les calculs comportent des erreurs ;
- la réalité n'est pas celle attendue.

Les renseignements figurant en face du point d'exclamation devraient aider le lecteur à faire le tri entre ces quatre explications.



La flèche est une invitation à entrer de manière plus formelle dans les définitions précises des indicateurs ou des descripteurs.

Chaque série de tableau porte un numéro, suivi du code du niveau hiérarchique concerné. La palette des tableaux disponibles au CHUV est décrite dans le tableau 1. Pour les institutions psychiatriques, certains tableaux ne seront mis à disposition que dans le courant de l'année 1997.

Tableau 1. Liste des tableaux

Série		Unité de base (UB)	Unité de gestion (UG)	Unité de direction (UD)
00	Tableaux de bord	00-UB	00-UG	
05	Tableaux synoptiques	05-UB		
10	Suivi des profils de patients	10-UB	10-UG	10-UD
20	Suivi des flux de patients	20-UB	20-UG	20-UD
30	Suivi des prestations demandées	30-UB	30-UG	
35	Suivi des prestations fournies	35-UB		
40	Suivi des pertes et profits	40-UB	40-UG	40-UD
50	Suivi des charges salariales	50-UB	50-UG	50-UD
60	Suivi des autres charges	60-UB	60-UG	60-UD
69	Suivi de l'enveloppe	69-UB		
70	Suivi des revenus hors enveloppe	70-UB	70-UG	70-UD

2 TABLEAU DE BORD

2.1 GÉNÉRALITÉS

Un tableau de bord peut contenir au maximum quatre familles de graphiques, qui décrivent mensuellement :

1. l'évolution de la situation financière;
2. l'évolution du taux d'occupation des lits;
3. l'évolution de la dotation en personnel infirmier;
4. l'évolution des coûts marginaux d'hospitalisation.

On distingue trois types d'unités de base cliniques :

1. les unités médicales, concernées par les familles de graphiques 1 et 4;
2. les unités infirmières, concernées par les familles de graphiques 1, 2 et 3;
3. les unités médicales et infirmières, concernées par toutes les familles de graphiques.

Les tableaux de bord des unités de gestion reprennent les valeurs mensuelles observées dans chaque unité de base. Les valeurs négatives sont figurées en noir, les valeurs positives en gris. L'attention est ainsi portée vers les unités en situation de déficit, de pénurie en lits ou en personnel infirmier, ou encore de surcoût.

Conformément à la conception générale du système d'information dirigeant¹, la sémiologie des tableaux de bord est fixée en fonction des règles de responsabilisation :

- les résultats financiers et les coûts sont calculés pour l'exercice comptable en cours, conformément aux budgets sur lesquels se sont engagés les responsables d'unités de base ;
- les informations sur le taux d'occupation des lits et sur la dotation en personnel infirmier constituent une aide à la décision; elles sont donc fournies à titre indicatif pour les douze derniers mois;
- la méthode des écarts absolus est retenue pour décrire la situation financière, dans le but de responsabiliser chacun sur le résultat d'exploitation cumulé;
- la méthode des ratios de non-conformité est choisie pour représenter les écarts entre les dotations en personnel infirmier requis et réel, les pénuries et les surplus de personnel étant considérés comme équivalents ;
- la méthode des écarts relatifs est retenue pour mettre en rapport les coûts réels et standard.

2.2 PERTES ET PROFITS

Les écarts cumulés sont indiqués en distinguant l'enveloppe, les revenus hors enveloppe, les charges salariales, les prestations demandées sur le marché interne et les autres charges.

◆ Le graphique situé sur la gauche du tableau décrit l'évolution, mois après mois, de la situation financière. Une valeur positive indique un profit, une valeur négative une perte.

Le graphique situé sur la droite du tableau ressemble à un compteur de vitesse. Au bas du cadran figure la perte (négative) ou le profit (positif) cumulé depuis le début de l'exercice comptable. L'aiguille indique l'équilibre budgétaire prévu si la situation du dernier mois se poursuit sans changement jusqu'à la fin de l'année. La situation est saine du point de vue financier si l'aiguille s'incline vers la droite. Elle est problématique si l'aiguille penche vers la gauche. Dans ce cas, la valeur cumulée figurant au bas du cadran indique le montant à rattraper.

2.3 OCCUPATION DES LITS

Le taux d'occupation des lits est calculé chaque heure en divisant le nombre de patients présents par le nombre de lits ouverts au même moment.

Le nombre de patients présents est calculé en incluant tous les types de prises en charge (hospitalisation, semi-hospitalisation, ambulatoire), à condition que le patient occupe un lit d'hébergement. Les lits du Centre des urgences, de l'Hôpital de nuit et des Hôpitaux de jour ne sont pas compris dans les lits d'hébergement.

Un lit est dit ouvert, s'il est physiquement présent dans la chambre et immédiatement exploitable sur le plan informatique ; un patient ne peut normalement pas être hospitalisé sans qu'un lit ouvert ne lui soit affecté. Les services ne sont autorisés à ouvrir ou fermer des lits qu'une fois par semaine au maximum, sauf si un ordre permanent est donné, par exemple pour fermer une unité de soins le week-end. Exceptionnellement, les lits peuvent être fermés statistiquement s'ils sont inexploitable en raison d'une dotation en personnel insuffisante (cf. directives de l'Office fédéral de la statistique²).

Le taux d'occupation journalier est égal au taux d'occupation horaire maximal de la journée. Le taux d'occupation moyen (TOM) est calculé à partir des taux d'occupation journaliers sur l'ensemble du mois.

◆ Le graphique de gauche indique l'évolution du nombre de lits ouverts et du nombre de patients présents au cours du temps. L'échelle comprend les douze derniers mois, en donnant plus de place à la période récente.

Le TOM du mois est représenté en gris dans la figure de droite, entre deux traits figurant les TOM maximal et minimal durant les douze derniers mois.

Le TOM standard, figuré par une flèche, est fixé en fonction du degré de spécialisation de l'unité hébergeante, de la proportion d'admissions en urgences et de la variabilité du nombre de patients présents.

! Les valeurs indiquées peuvent ne pas concorder avec les valeurs habituelles. Les explications sont multiples :

- certains sont habitués à calculer le TOM en divisant le nombre de journées facturées par le nombre de journées de l'exercice et par le nombre de lits; il s'agit là d'une approximation peu satisfaisante, par exemple au centre des urgences ou dans une salle d'accouchement où plusieurs personnes peuvent occuper successivement un même lit dans une même journée; or, un taux ne devrait pas dépasser 100% par définition ;
- la définition retenue tient compte des éventuelles fluctuations du taux d'occupation au cours de la journée ;
- le taux est calculé en tenant compte du nombre de lits ouverts ce jour-là; il faut dès lors tenir compte, jour après jour, de l'ouverture et de la fermeture des lits;
- un lit est considéré comme occupé s'il est attribué à un patient, même si ce dernier se trouve momentanément ailleurs (salle d'opération, unité d'hospitalisation de jour, centre d'endoscopie); il est considéré comme inoccupé si le patient est en congé;
- les patients hospitalisés durant moins de 24 heures sont pris en compte.

Les données sont tirées des fichiers de mouvements de patients et de lits. La date d'extraction est le 10 du mois. Lorsque des aberrations sont identifiées, par exemple une durée de séjour de 30 jours au centre des urgences, les données sont normalement corrigées avant l'extraction suivante.

⇒ Au CHUV, le décompte des forces de travail se fait en considérant qu'une journée de soins va de 15h.00 à 14h.59. Les dotations réelles de chaque tranche horaire (15h.00-23h.00/23h.00-07.00/07h.00-15h.00/) sont additionnées et confrontées aux dotations requises, telles qu'elles résultent de la méthode PRN® (projet de recherche en nursing). Les données sont extraites du système d'information le 10 du mois suivant.

Les surfaces des secteurs positifs (S^+) et négatifs (S^-) sont calculées à partir de la formule 3, conformément au ratio de non-conformité décrit dans la conception générale du système d'information dirigeant.

Formule 3. Calcul de l'adéquation de la dotation en soins infirmiers

$$\text{Adéquation} = \sum_j |D_j^r - D_j^s| / D_j^s$$

où D_j^r est la dotation réelle dans une tranche horaire j
 D_j^s est la dotation requise dans une tranche horaire j

2.5 COÛT D'HOSPITALISATION

Les coûts sont calculés pour l'ensemble des hospitalisations achevées. Les activités de soins infirmiers, d'exams para-cliniques, de radiologie, de traitement et de logistique sont valorisées en fonction de leur prix de cession sur le marché interne (tableau 2). Les cas extrêmes ne sont pas inclus dans le calcul des coûts ; ils sont définis comme des hospitalisations dont le coût dépasse le centile 75 de plus de six intervalles inter-quartiles (centile 75-centile 25). Ces cas extrêmes représentent moins de 2% des hospitalisations, mais près de 10% des coûts marginaux.

Toutes les prestations sont prises en compte, indépendamment de l'unité médicale, infirmière ou hébergeante qui prend en charge le patient. L'ensemble des coûts sont affectés à l'unité principale. Cette dernière est l'unité médicale en charge du patient au moment de sa sortie du centre des urgences. Si le patient est transféré des unités médicales «soins intensifs de médecine», «obstétrique», l'unité principale est celle qui a reçu le patient.

Le coût d'hospitalisation varie évidemment en fonction du profil des patients. Il est donc nécessaire de confronter le coût d'hospitalisation à la lourdeur des patients. Cette dernière est définie comme le coût qui serait observé si les coûts marginaux réels par affection étaient égaux aux coûts marginaux standard.

L'enveloppe allouée aux unités de base cliniques du CHUV varie en fonction du profil des patients. Un tarif a été fixé pour chaque groupe d'affections, de manière à tenir compte des charges supplémentaires ou économisées par hospitalisation en plus ou en moins (méthode du coût marginal). Le tarif est donc fixé à une valeur nettement inférieure aux coûts direct et complet.

Le calcul de ce tarif est fondé sur les consommations observées en 1995 pour chaque groupe d'affections et sur le prix de cession adopté pour le marché interne du CHUV (tableau 2).

◆ Le graphique de gauche indique quelle est l'évolution du coût moyen des hospitalisations, mois après mois. Les cas extrêmes ne sont pas inclus dans le calcul de la moyenne.

Le graphique de droite a la forme d'une cible dans laquelle se déplace un curseur. Le coût réel cumulé est placé en ordonnée, la lourdeur en abscisse. La graduation 0 indique le coût standard.

Inversement, si le curseur se situe dans le quartier inférieur gauche, on en déduit que les affections présentées par les patients sont plus légères, ceci s'expliquant par un coût par cas plus faible.

Un positionnement du curseur dans le quartier supérieur gauche est le plus inquiétant : les patients sont moins lourds, mais plus chers...

!

Une forte variation mensuelle des coûts est habituelle, la lourdeur des patients hospitalisés n'étant que rarement stable. Il est donc essentiel de se reporter au graphique de droite.

En cas de doute sur la lourdeur des patients, il peut être intéressant de la confronter aux prestations demandées (tableaux de la série 30-UB) qui évoluent généralement en parallèle.

Il n'est pas rare que les dossiers parviennent tardivement au Centre des archives médicales. Il peut en résulter des retards de saisie des diagnostics, qui peuvent à leur tour engendrer des écarts aberrants. Il est donc important de vérifier que la catégorie «Hospitalisations achevées sans diagnostic codé» n'est pas trop fournie (profil des patients, série 10-UB).

⇒

Les coûts marginaux réel et standard sont calculés à l'aide des formules 4 à 7, les lourdeurs réelle et standard selon les formules 8 et 9, alors que les formules 10 et 11 servent à calculer la position du curseur dans la cible. Les cas extrêmes sont exclus des calculs. L'indice de sévérité kappa est introduit pour tenir compte du fait, qu'à groupe d'affections identique, les patients ne présentent pas des problèmes de santé de même sévérité. Il vise à corriger les imperfections de la typologie des affections ; il est calculé pour chaque unité médicale. Les formules 4 à 11 s'appliquent toutes à des coûts marginaux cumulés sur la période qui s'étend du 1^{er} janvier au 15 du mois (31 décembre pour l'ensemble de l'exercice).

Formules 4 à 11. Confrontation des coûts à la lourdeur des patients

Formule 4 :	$c_{jk} = \sum_f q_{fjk} p'_f / n_{jk}$
Formule 5 :	$c'_j = \sum_f q'_{fj} p'_f / \sum_k n'_{jk}$
Formule 6 :	$\kappa_k = \sum_j c_{jk} n_{jk} / \sum_j c'_j n_{jk}$
Formule 7 :	$c_k = \sum_j c_{jk} n_{jk} / \sum_j n_{jk}$
Formule 8 :	$c'_k = \kappa_k \sum_j c'_j n'_{jk} / \sum_j n'_{jk}$
Formule 9 :	$l_k = \kappa_k \sum_j c'_j n_{jk} / \sum_j n_{jk}$
Formule 10 :	abscisse du curseur = $(l_k - c'_k) / c'_k$
Formule 11 :	ordonnée du curseur = $(c_k - c'_k) / c'_k$

où :	c_{jk}	est le coût réel de l'affection j dans l'unité médicale k
	c'_j	est le coût standard de l'affection j
	c_k	est le coût réel moyen dans l'unité médicale k
	c'_k	est le coût standard dans l'unité médicale k
	κ_k	est l'indice de sévérité de l'unité médicale k ; il est égal au rapport entre les coûts observés dans l'unité k et dans l'ensemble des unités de l'établissement, pour un même profil des patients
	l_k	est la lourdeur réelle des hospitalisations placées sous la responsabilité médicale k
	n_{jk}	est le nombre réel d'hospitalisations liées à l'affection j et placées sous la responsabilité de l'unité médicale k
	n'_{jk}	est le nombre standard d'hospitalisations liées à l'affection j et placées sous la responsabilité médicale k
	q_{fjk}	est le nombre réel de points fournis par l'unité f pour les hospitalisations liées à l'affection j et placées sous la responsabilité de l'unité médicale k
	q'_{fj}	est le nombre standard de points fournis par l'unité f pour les hospitalisations liées à l'affection j
	p'_f	est le prix de cession du point fourni par l'unité f

3 TABLEAU SYNOPTIQUE

3.1 GÉNÉRALITÉS

Le tableau synoptique regroupe sur une seule page les principaux indicateurs et descripteurs nécessaires à la gestion d'une unité clinique. Les valeurs réelles sont mises en rapport avec les valeurs standard, en indiquant chaque fois les situations mensuelle et cumulée depuis le début de l'exercice. Certains standards sont le fruit de négociations, comme les budgets ; d'autres sont donnés ici à titre indicatif, comme pour les durées d'hospitalisation et les taux d'occupation. Lorsqu'aucun standard n'est disponible, les valeurs observées en 1995 servent de référence.

Un écart est égal à la valeur réelle moins la valeur standard, à l'exception des charges où la règle inverse s'applique.

3.2 INDICATEURS

Les définitions des taux d'occupation moyens des lits, l'adéquation de la dotation infirmière et des coûts d'hospitalisation sont les mêmes que pour les tableaux de bord (chapitre 2). Deux indicateurs supplémentaires sont introduits dans les tableaux synoptiques : la durée moyenne d'hospitalisation et le taux de mortalité.

La durée moyenne d'hospitalisation est calculée en dénombrant le nombre de minutes de présence du patient entre son admission et sa sortie de l'hôpital, après avoir retranché les éventuelles périodes de congé. La durée est exprimée en journées, en divisant le nombre de minutes totales par les 1440 minutes qui forment une journée. Afin de ne pas léser les unités qui ont développé les semi-hospitalisations au détriment des hospitalisations, les semi-hospitalisations d'un jour sont prises en compte dans le calcul de la durée moyenne d'hospitalisation (cf. formule 13). Les cas extrêmes sont également inclus.

Le taux de mortalité intra-hospitalière est défini comme le rapport entre le nombre de patients décédés à l'hôpital et le nombre d'hospitalisations achevées durant la même période.

Les règles d'attribution des hospitalisations à une unité principale sont les mêmes que celles décrites plus haut (section 2.5).

3.3 DESCRIPTEURS

Une hospitalisation est définie comme une prise en charge de plus de 24 heures ou se terminant par un décès. Le nombre d'hospitalisations achevées est égal au nombre de sorties de l'établissement durant la période considérée. Le nombre d'hospitalisations inachevées est égal au nombre de patients présents le 15 du mois à minuit. Les nouveau-nés sains sont inclus dans le décompte des hospitalisations. Les personnes accompagnantes ne sont pas prise en compte.

Les semi-hospitalisations d'un jour correspondent aux critères énoncés dans le Catalogue vaudois des hospitalisations d'un jour. Les autres semi-hospitalisations comprennent toutes les autres prises en charge d'une durée comprise entre 4 et 24 heures dans les unités d'hospitalisation, les hôpitaux de jour ou de nuit.

Les épisodes ambulatoires comprennent les prises en charge de moins de 4 heures des unités d'hospitalisation, les hôpitaux de jour, les polycliniques et les services médico-techniques (patients externes). Un épisode est constitué d'une série de contacts sans interruption de plus de 6 mois.

4 SUIVI DES PATIENTS

4.1 PROFIL DES PATIENTS

Les tableaux de suivi des profils de patients renseignent sur la nature des affections dont souffrent les patients. Ces tableaux sont disponibles pour les niveaux hiérarchiques suivants :

- unités de base (10-UB);
- unités de gestion (10-UG);
- unités de direction (10-UD).

Le profil des patients est décrit à l'aide d'une typologie de 260 affections environ⁵. La fréquence des hospitalisations représente le nombre d'hospitalisations dont l'unité principale (cf. section 2.5) est rattachée à l'unité de base en question. Les hospitalisations sont valorisées en milliers de francs en fonction d'un tarif par affection représentant son coût marginal standard (cf. section 2.5).

Le nombre de cas extrêmes et le surcoût qu'ils représentent sont spécifiés dans la colonne intitulée «cas extrêmes». Un cas extrême est défini comme une hospitalisation dont le coût dépasse le centile 75 de plus de six intervalles interquartiles (centile 75 - centile 25).



Le montant cumulé réel total représente l'enveloppe variable par affection octroyée à l'unité médicale (cf. section 6.4). Ainsi, une unité de base clinique verra ses revenus varier en fonction du nombre de patients et du type d'affections qu'ils présentent. Un alourdissement de la clientèle va de pair avec un accroissement des revenus. Inversement, un allègement de la clientèle entraîne une diminution de l'enveloppe variable. Les cas extrêmes sont comptabilisés à la fois dans les fréquences et les montants cumulés réels.

Les unités de base sont financées en fonction du coût marginal réel pour leurs cas extrêmes. Ce montant peut être revu à la baisse par la direction de l'établissement si la revue des cas met en évidence une pratique discutable (acharnement thérapeutique par exemple).



La fréquence des hospitalisations ne correspond pas forcément au nombre d'entrées ou de sorties indiqués dans le tableau de suivi des flux de patients (chapitre 5). Deux raisons peuvent l'expliquer :

- un patient qui séjourne à deux reprises dans l'unité clinique sera comptabilisé deux fois comme flux, mais une seule fois dans le suivi des profils de patients ;
- un patient peut être considéré comme un flux dans une unité médicale sans qu'il apparaisse dans le tableau de suivi des profils de patients ; c'est notamment le cas lorsqu'une partie de l'hospitalisation est sous-traitée par une autre unité .

On peut être surpris de voir figurer des patients opérés dans une unité non chirurgicale. Cela provient du fait que l'affection est déterminée pour l'ensemble de l'hospitalisation : le patient peut parfaitement avoir été opéré avant ou après son séjour dans une unité non chirurgicale.

Seules les affections correspondant à un revenu réel ou budgété d'au moins 100 francs par mois écoulé figurent dans le tableau. Les autres hospitalisations sont regroupées dans la catégorie «Autres affections».

Les budgets sont calculés sur une base annuelle. On peut donc observer un écart au budget, dans les quinze premiers jours de janvier par exemple, simplement parce que l'activité est moindre durant cette période.

5 SUIVI DES ACTIVITÉS

Ces tableaux fournissent des renseignements sur la nature et le volume des prestations demandées ou fournies par une unité, selon deux niveaux hiérarchiques :

- prestations demandées par les unités de base (30-UB);
- prestations fournies par les unités de base (35-UB);
- prestations demandées par les unités de gestion (30-UG).

Le volume des prestations est mesuré en points et en francs, selon la tarification du marché interne (coûts marginaux standard). Le même tarif s'applique pour la vente et l'achat des prestations. Les prestations sont facturées à l'unité principale (cf. section 2.2). Deux conditions doivent être remplies pour qu'une prestation soit facturée à l'unité cliente :

- elle doit avoir été fournie à un patient hospitalisé ;
- l'unité cliente ne fait pas partie de la même unité de base que l'unité fournisseuse.

Ainsi, une prestation de l'unité infirmière de chirurgie septique est facturée à l'unité médicale de chirurgie générale. Mais cette même prestation n'est pas facturée si elle est fournie par l'unité infirmière de chirurgie générale. La seule exception est celle de l'unité fournisseuse de physiothérapie qui est facturée à l'unité de rhumatologie, bien que ces deux unités appartiennent à la même unité de base (RMR).

En revanche, toutes les prestations fournies donnent lieu à un revenu à l'unité fournisseuse, indépendamment du type de clientèle (hospitalisation, semi-hospitalisation, ambulatoire) et de l'unité cliente (interne ou externe aux Hospices).

Le principe comptable de prudence est appliqué durant l'année : une charge est comptabilisée dès qu'elle devient probable (engagement). Ainsi, les prestations sont facturées dès qu'elles sont enregistrées dans le système d'information transactionnel, à condition qu'elles aient été réalisées durant l'exercice. Ainsi, les prestations demandées durant l'exercice précédent pour des patients sortis durant l'exercice ne sont pas facturées.

Au moment du bouclage des comptes, le principe comptable de concordance des charges et des revenus s'applique. Les unités ne recevant les ressources nécessaires à la prise en charge des patients qu'au moment de leur sortie, seules les prestations demandées pour des hospitalisations achevées sont facturées. Les prestations effectuées durant l'exercice précédent sont alors prises en compte.

Les actes liés au calibrage des installations, à la confirmation d'un résultat suspect ou au contrôle de qualité sont pris en considération seulement s'ils sont affectés à la demande.

Le tableau de suivi des prestations demandées comprend deux parties :

- la première partie décrit de manière synthétique les activités de l'ensemble de l'unité de base;
- la seconde partie les décrit de manière détaillée, par unité cliente. Seuls les actes donnant lieu à un montant cumulé d'au moins 100 francs par mois écoulé sont indiqués. Les autres sont regroupés dans la catégorie «Autres actes». Les actes demandés par des unités médicales sous-traitantes figurent en fin de liste.



Une hausse des prestations demandées peut s'expliquer de diverses manières :

- par une augmentation du nombre de cas ou un alourdissement de la clientèle (tableau 10-UB);
- par un élargissement des indications à des examens paracliniques, radiologiques ou à des gestes thérapeutiques;
- par un allongement de leurs durées (hôtellerie, soins infirmiers, interventions chirurgicales) ;
- etc.

Tableau 3. Elimination des actes peu plausibles

Missions des unités	clinique (**D)	soins (***H,***C, ***I,***J, ***S,***N)	chimie immunologie, hématologie (LCC8,LCH8,IAL8)	microbiologie (IMU8, IMUH)	radiologie (R***, sauf RMR*)	pathologie (IPAB)
Catégories d'activité						
cliniques (CL*)						
soins (SO*)						
laboratoire (EP1-EP3)						
microbiologie (EP4)						
radiologie						
pathologie (EP6)						

* L'étoile désigne n'importe quel caractère des codes d'unités opérationnelles fournisseuses (cf. structure des Hospices) ou d'activité (cf. tableau 2). Les actes, peu nombreux, situés dans les zones grises, sont écartés. Les actes des autres catégories ne posent pas de problèmes

6 SUIVI DES PERTES ET PROFITS

6.1 PERTES ET PROFITS

Les tableaux de suivi des pertes et profits existent pour les niveaux hiérarchiques suivants :

- unités de base (40-UB);
- unités de gestion (40-UG);
- unités de direction (40-UD).

Les pertes et profits sont calculés en soustrayant les charges aux revenus. La perte ou le profit est égal à la somme des écarts budgétaires observés pour les charges salariales, les prestations demandées, les autres charges, l'enveloppe et les revenus hors enveloppe. Les montants correspondent à ceux des tableaux de suivi des charges salariales (série 50), des prestations demandées (série 35), autres charges (série 60) et des enveloppes (série 69) et des revenus hors enveloppe (série 70).

◆ Si le montant figurant sous la colonne «Pertes et profits» est négatif, il s'agit d'une perte; s'il est positif, il s'agit d'un profit. L'analyse par unité permet de repérer la source de l'éventuel problème.

Cinq raisons peuvent expliquer une perte :

- les charges salariales sont trop élevées;
- les prestations demandées sur le marché interne dépasse le budget prévu ;
- les autres charges sont trop élevées;
- l'enveloppe est inférieure au montant prévu ;
- les revenus hors enveloppe sont plus faibles que prévu.

! Les comptes de pertes et profits dépendent de la fiabilité des comptes de charges et de revenus. Par exemple, des retards dans la facturation des prestations aux clients peuvent expliquer un écart budgétaire des revenus et donc une perte.

⇒ L'enveloppe est attribuée globalement à une unité de base. Or, il est commode de pouvoir suivre les pertes et profits à une échelle plus fine. L'enveloppe (E) des unités de personnel ou des unités opérationnelles est généralement calculée selon la formule 15. La règle de calcul de l'enveloppe des directions d'unités de base cliniques est plus compliquée ; elle est fournie dans la section 6.4.

Formule 15. Calcul de l'enveloppe pour les unités non cliniques

$$\text{Enveloppe} = S^b + C^b - R^b$$

où : S^b est le montant budgété pour les charges salariales
 C^b est le montant budgété pour les autres charges
 R^b est le montant budgété pour les revenus hors enveloppe.

L'écart budgétaire est égal au montant cumulé réel moins le montant cumulé budgété, sauf pour les charges où la règle inverse s'applique. Cette exception est justifiée par deux raisons :

1. la tradition, qui considère qu'une charge inférieure au budget est un écart positif, car il permet de constituer une réserve ;
2. cela permet de décomposer les pertes et profits en cinq écarts budgétaires qui s'additionnent (formule 16).

6.2 CHARGES SALARIALES

Les tableaux de suivi des charges salariales indiquent le volume des charges liées à la rémunération du personnel, ainsi que les forces de travail correspondantes. Ces tableaux sont disponibles à trois niveaux de consolidation :

- unités de base (50-UB);
- unités de gestion (50-UG);
- unités de direction (50-UD).

Le tableau présente en ligne la nature des professions et en colonne le volume des charges réelles ou budgétées, exprimées en francs ou en équivalents plein-temps (EPT).

La première partie du tableau fournit des informations synthétiques par catégorie professionnelle pour l'ensemble de l'unité de base. La seconde partie fournit des informations détaillées par profession pour chaque unité de personnel.

Les charges salariales comprennent le salaire brut, les charges sociales patronales, les indemnités fixes (privat-docent, article 51, etc.), ainsi que la provision pour le 13^{ème} salaire. Les indemnités variables, c'est-à-dire qui changent chaque mois, comme les indemnités de garde, de piquet, de travail de nuit, etc.) figurent séparément, de même que les heures supplémentaires, les allocations familiales et les gratifications. Les remboursements correspondent aux montants reçus lors de congé maternité ou de service militaire par exemple. L'ajustement permet de faire coïncider les montants des tableaux de suivi aux données comptables.

Deux rubriques budgétaires supplémentaires sont prévues :

- les gains de mutations correspondent au gain espéré par le remplacement de personnel expérimenté par du personnel plus jeune, moins coûteux;
- les réserves, destinées à couvrir des imprévus; une réserve négative signifie que l'unité s'est engagée à réduire d'autant son budget en cours d'année.

Les forces de travail sont exprimées en équivalents plein temps (EPT)-mois. Par exemple, six EPT-mois représentent 6 mois de travail d'une personne à plein temps, ou 6 personnes à plein temps durant un mois ou encore une personne à mi-temps durant une année. Le personnel intérimaire, les étudiants et les stagiaires ne sont comptabilisés ni dans les forces de travail réelles, ni dans les forces de travail budgétées.

◆ L'écart du mois indique la différence entre les charges cumulées budgétées et réelles. Quatre situations peuvent se produire :

- l'écart cumulé et l'écart du mois sont positifs : le bonus a tendance à augmenter;
- l'écart cumulé est positif, alors que l'écart du mois est négatif : le bonus tend à diminuer;
- l'écart cumulé et l'écart du mois sont négatifs : le malus tend à s'aggraver;
- l'écart cumulé est négatif, mais l'écart du mois est positif : le malus tend à se résorber.

Si l'écart cumulé exprimé en francs est négatif, alors que le même écart exprimé en EPT-mois est positif, cela signifie que les salaires moyens réels sont plus élevés que les salaires moyens budgétés.

! Les engagements relatifs aux commandes passées dans l'application de gestion des achats (SIRIAC) et les factures comptabilisées dans l'application comptable (ORIAC) avant la fin du mois sont compris dans le suivi des autres charges. Les commandes de biens et de service ne sont pas prises en compte dans le suivi des autres charges du mois de décembre si elles n'ont pas été livrées le 31 décembre au plus tard.

⇒ cf. section 6.1

6.4 ENVELOPPE

Les enveloppes des unités de base du CHUV sont composées :

- d'une enveloppe fixe;
- d'une enveloppe variable par affection, correspondant au montant réel cumulé des tableaux de suivi des profils de patients (série 10) ;
- d'une enveloppe variable par prestation, correspondant au montant réel cumulé des tableaux de suivi des prestations fournies (série 35) ;
- d'une enveloppe variable pour les cas extrêmes, correspondant au montant figurant dans la colonne du même nom dans les tableaux de suivi des profils de patients (série 10) ;
- d'une enveloppe variable pour les prothèses et les implants.

L'enveloppe octroyée aux unités de base tient donc compte du volume de clientèle et du volume de l'activité fournie. La partie variable est calculée sur la base des coûts marginaux.

Les enveloppes des unités de base des autres établissements sont fixes et ne donnent donc pas lieu à un suivi.

◆ L'enveloppe variable pour les prothèses et les implants vise à répartir les montants correspondant aux différentes unités de base. Ces prestations n'ayant pas pu être introduites dans le tarif par affection, elles sont introduites dans une enveloppe séparée (formule 17).

! Il est facile de vérifier les montants figurant sous les enveloppes variables, en se reportant aux tableaux de suivi correspondant (séries 10 et 35).

⇒ L'enveloppe variable pour les prothèses et les implants est calculée selon la formule 16. Elle sera corrigée dans le courant de l'année 1997 sur la base de relevés ad hoc par admission.

Formule 17. Prothèses et implants

Enveloppe variables pour les prothèses et les implants $_k = E_k * T_k$

où : E_k est le nombre d'entrées dans l'unité médicale k
 T_k est le coût unitaire standard des prothèses et des implants dans l'unité médicale k

Les enveloppes fixes des directions des unités de base cliniques sont calculées selon la formule 18. Le calcul est rendu délicat en raison de la juxtaposition de périodes de suivi différentes pour les ressources (fin du mois), la clientèle et l'activité (milieu du mois).

7 ANNEXE. LISTE DES COMPTES DE REVENUS HORS ENVELOPPE

Tableau 4. Numéros et libellés des comptes de revenus hors enveloppe (situation au 1^{er} janvier 1997)

Numéros	Libellés
44400	Médicaments (A)
44402	Produits sanguins (A)
44409	Autres biens médicaux (A)
45005	Subsides pour stage
45050	Subventions de l'OFAS
45059	Autres subventions fédérales
45500	Participations fonds services aux charges d'exploitation
45510	Participations fonds honoraires aux charges d'exploitation
45520	Participations fonds institutions aux charges d'exploitation
45530	Participations fonds direction aux charges d'exploitation
45540	Participations fonds nationaux aux charges d'exploitation
45550	Participations autres fonds publics aux charges d'expl.
45560	Part. fonds financés organismes privés charges d'exploit.
45570	Part. fonds financés par entr. privées aux charges exploit.
45590	Participations fonds hors bilan aux charges d'exploitation
45920	Participations d'autres cantons
45940	Participations de l'AI / mesures médicales
45941	Participations de l'AI / transports des élèves
45942	Participations de l'AI / mesures pédago-thérapeutiques
45960	Participations des assurances
45961	Participations des parents
45962	Participations des parents d'autres cantons
45991	Participation de tiers aux études et recherches (soumis TVA)
46000	Ventes de médicament à la clientèle
46005	Analyses et expertises médico-techniques(non soumises TVA)
46009	Autres prestations médico-techniques à la clientèle (soumises à la TVA)
46300	Finances d'examen
46301	Écolage
46302	Restitutions de stage
46304	Finances de cours de perfectionnement
46305	Ventes de matériel pédagogique
46500	Prestations de mandat et de conseil
46507	Rapports et expertises médicaux de puissance publique
46600	Activités de la piscine soumises à la TVA
46700	Suppléments pour chambre 1/2 lits
46702	Séjours à l'hôtel pour cure médicale
46703	Téléphones des patients
46705	Transports des patients
46709	Autres prestations hôtelières aux patients
46750	Restauration du personnel
46770	Chambres d'hôtel publiques
46772	Restauration publique
46775	Kiosques
46779	Autres prest. hôtel. publiques liées aux activités princip.
46800	Remboursements frais de contentieux et intérêts de retard
46805	Récupérations de créances amorties
47000	Livraisons de repas à des tiers
47002	Cabines téléphoniques
47003	Cafétéria publique
47005	Distributeurs automatiques
47007	Manifestations et congrès
47300	Loyers des bâtiments d'exploitation
47305	Loyers du personnel (bâtiments État de Vaud)
47306	Sous-locations du personnel
47350	Loyers des surfaces commerciales (non soumises à la TVA)
47500	Parking
47900	Autres prest. à la clientèle liées aux activités accessoires
47901	Autres prestations à la clientèle des systèmes de sécurité
47950	Autres prest. au personnel liées aux activités accessoires
47990	Prestations audio-visuelles
47993	Prestations de reprographie
47998	Prestations des ateliers d'occupation
47999	Autres prest. à des tiers liées aux activités accessoires

8 BIBLIOGRAPHIE

- 1 Egli Y, Yalcin T, Basterrechea L. Le système d'information dirigeant des Hospices : conception générale. Lausanne : Hospices cantonaux (Raison de santé 5), 1997.
- 2 Office fédéral de la statistique. Statistique des hôpitaux : conception détaillée 1997. Berne : Office fédéral de la statistique, 1997.
- 3 Yalcin T, Seker E, Beroud C, Egli Y. Planification des lits du CHUV : projections 1994-2005. Lausanne : Hospices cantonaux (Raisons de santé 3), 1997.
- 4 Tilquin C, Bolduc D. Instat® : logiciel d'aide à la gestion des soins infirmiers. Montréal, EROS, 1991.
- 5 Fekete A. Typologie des patients hospitalisés dans les hôpitaux universitaires suisses. Lausanne : Hospices cantonaux (non publié), 1994.

Premières parutions de

Raisons de santé :

- N° 1 *Burnand B, Paccaud F, eds.* Maîtrise de la qualité dans les hôpitaux universitaires: satisfaction des patients. Lausanne : IUMSP, 1997. CHF 20.-
- N° 2 *Addor V, Fawer C-L, Santos-Eggimann B, Paccaud F, Calame A, Groupe Eden.* Naissances vaudoises 1993-1994 : caractéristiques et facteurs de risque pour une affection chronique. (Rapport EDEN, 1). Lausanne : IUMSP, 1996. CHF 18.-
- N° 3 *Yalcin T, Seker E, Beroud C, Egli Y.* Planification des lits du CHUV: projections 1994-2005. Lausanne : Hospices cantonaux, 1997. CHF 10.-
- N° 4 *Narring F, Michaud P-A, Wydler H, Davatz F, Villaret M.* Sexualité des adolescents et sida : processus et négociations autour des relations sexuelles et du choix de la contraception. Lausanne : IUMSP, 1997. CHF 30.-
- N° 5 *Egli Y, Yalcin T, Basterrechea L.* Le système d'information dirigeant des Hospices : conception générale. Lausanne : Hospices cantonaux, 1997. CHF 10.-
- N° 6 *Egli Y, Basterrechea L, Beroud C, Halfon P, Nguyen N, Perret A, Seker E, Yalcin T.* Tableaux de bord et de suivi : conception détaillée. Lausanne : Hospices cantonaux, 1997. CHF 10.-



**Bulletin de commande
à adresser à**

Service d'édition et de diffusion - SED
Institut universitaire de médecine sociale et préventive
17, rue du Bugnon
CH - 1005 Lausanne

Téléphone ■ ■ 41 21 314 72 77
Téléfax ■ ■ 41 21 314 73 73
e-mail Claude.Muhlemann@inst.hospvd.ch

Je désire recevoir

	n°	_____
Auteur/s	.....	.....

Titre	.....	.....

		Nombre d'exemplaires _____
<hr/>		
	n°	_____
Auteur/s	.....	.....

Titre	.....	.....

		Nombre d'exemplaires _____
<hr/>		
	n°	_____
Auteur/s	.....	.....

Titre	.....	.....

		Nombre d'exemplaires _____
<hr/>		
La liste complète de nos titres		<input type="checkbox"/>

A l'adresse suivante :

Nom et prénom

Institution

Rue

NPA/Ville

Téléphone/téléfax

