

Projet présenté par le Conseil d'Etat

Date de dépôt : 26 avril 2017

Projet de loi

approuvant le rapport de gestion des Hôpitaux universitaires de Genève pour l'année 2016

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève,
vu l'article 60 de la loi sur la gestion administrative et financière de l'Etat, du 4 octobre 2013;
vu l'article 7, alinéa 2, lettre f, de la loi sur les établissements publics médicaux du 19 septembre 1980;
vu l'article 20 du règlement sur l'établissement des états financiers, du 10 décembre 2014;
vu le rapport de gestion de l'établissement public médical Hôpitaux universitaires de Genève pour l'année 2016;
vu la décision du conseil d'administration de l'établissement public médical Hôpitaux universitaires de Genève du 20 mars 2017,
décrète ce qui suit :

Article unique Rapport de gestion

Le rapport de gestion des Hôpitaux universitaires de Genève pour l'année 2016 est approuvé.

Certifié conforme

La chancelière d'Etat : Anja WYDEN GUELPA

EXPOSÉ DES MOTIFS

Mesdames et
Messieurs les Députés,

Le projet de loi qui vous est présenté vise à approuver le rapport de gestion des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) pour l'année 2016.

L'évolution de l'activité des HUG à périmètre constant, sans tenir compte de l'activité des cliniques de Joli-Mont et Montana du 2^e semestre 2016, est détaillée ci-après. En guise de préambule, il est utile de rappeler que les patients soignés aux HUG peuvent être répertoriés en fonction de l'activité les concernant : l'activité stationnaire (mesurée en nombre de séjours hospitaliers, journées d'hospitalisation, de durée moyenne de séjour et de taux d'occupation) ainsi que l'activité ambulatoire (mesurée en nombre de prises en charge, visites ou hospitalisations de jour).

Evolution de l'activité stationnaire

La progression de l'activité stationnaire est régulière depuis 2014 : le nombre moyen de lits en service passe ainsi de 2 005 lits à fin 2015 à 2 016 lits en 2016 avec un taux d'occupation (85,7%) positionné dans la fourchette haute des normes hospitalières. L'augmentation des lits en service est située notamment dans la division privée.

Cette progression de l'activité est générée principalement par l'augmentation et le vieillissement de la population du canton de Genève. Cette hausse est également liée à l'épisode de grippe qui a commencé plus tôt en 2016, et a nécessité jusqu'à 50 lits supplémentaires en médecine. Ainsi, 59 955 cas hospitaliers stationnaires ont été traités en 2016, soit + 0,9% par rapport à 2015.

Les soins aigus représentent 80,6% de l'activité en nombre de cas.

L'évolution par type de soins stationnaires montre que les soins aigus affichent une hausse de + 6,7% depuis 2012. Les variations des autres types de soins stationnaires, même si elles sont plus importantes proportionnellement, sont à relativiser du fait du nombre de cas moins conséquent et de l'impact des durées de séjour en hausse constante.

Soins aigus

Le volume d'activité des soins aigus affiche une hausse prononcée sur les deux dernières années. En 2016, ce secteur a traité 49'434 cas hospitaliers, soit une hausse de volume d'activité de + 1 617 cas par rapport à 2015 (+ 3,4%).

Les raisons d'une telle progression du volume d'activité reposent essentiellement sur :

- l'extension de la zone de soins aigus aux Trois-Chêne : avec le vieillissement de la population, il était primordial d'améliorer la prise en charge des patients en soins gériatriques et palliatifs. Les HUG ont ainsi élargi la zone de soins aigus somatiques et réalisé un transfert d'activité des soins subaigus vers les soins aigus. Cette réorganisation s'inscrit dans un projet d'amélioration de la qualité des soins et s'accompagne également par la mise en service du centre d'accueil d'urgence aux Trois-Chêne et d'un plateau d'imagerie sur le même site. A noter que la moitié environ des patients séjournant aux soins aigus des Trois-Chêne quitte directement les HUG, sans nouveau transfert vers les soins subaigus;
- la médecine de premier recours dont l'activité est en progression par rapport à l'année précédente en raison des urgences et en partie des migrants;
- le département de l'enfant et de l'adolescent qui affiche une progression du nombre de cas traités par rapport à l'année précédente et dont environ la moitié provient des urgences pédiatriques;
- la hausse de la demande en neurologie et de neurochirurgie qui a contribué à la fusion des soins continus;
- l'ouverture d'une zone de soins aigus dans le service de médecine palliative de Bellerive.

Certains secteurs ont souffert d'une baisse du volume d'activité par rapport à l'année passée :

- la chirurgie a pâti d'une baisse de l'activité estivale plus marquée que les années précédentes;
- la gynécologie et l'obstétrique accusent une baisse d'activité (- 2% par rapport à l'année passée), qui était attendue et qui est expliquée par les changements de la législation française au 1^{er} juin 2014 concernant l'assurance maladie des frontaliers. A noter toutefois que le nombre de naissances reste élevé (4 101 en 2016 par rapport à 4 141 en 2015).

Le *cost-weight* moyen est supérieur à la cible (1,21 points contre 1,17 points au budget). Cette bonne performance révèle non seulement le traitement de cas plus lourds que prévus sur 2016, mais également

l'amélioration de la qualité et de l'exhaustivité de la documentation et du codage.

La durée moyenne de séjour est en légère hausse (6,8 jours en moyenne en 2016 contre 6,4 jours en 2015) en raison de l'augmentation des patients en zone de soins aigus aux Trois-Chêne, dont les durées de séjour sont généralement supérieures à la moyenne HUG. La durée moyenne de séjour des autres services de la zone de soins aigus est conforme aux objectifs et reste stable malgré des cas de plus en plus complexes. Cette stabilité est le résultat des efforts menés depuis plusieurs années par les HUG pour anticiper la sortie du patient et restreindre le nombre de journées d'hospitalisation inappropriées, notamment grâce à la mise en place d'Iterinary Patients Managers (IPM) dans les services de neurochirurgie et de médecine interne en gériatrie. Ces IPM sont chargés de suivre la trajectoire du patient pour anticiper sa sortie.

Le nombre de patients extra-cantonaux affiche une légère hausse : 3 243 en 2016 par rapport à 3'148 en 2015, soit + 95 patient (+ 3,0%), principalement pour les patients provenant du canton de Vaud.

Soins de réhabilitation et de gériatrie (soins subaigus)

Le transfert d'activité aux Trois-Chêne des soins subaigus en soins aigus impacte les statistiques des soins de réhabilitation et de gériatrie avec - 1 086 cas par rapport à 2015.

La durée moyenne de séjour dans les soins de réhabilitation et de gériatrie (22 jours) s'améliore légèrement par rapport à l'année passée (23 jours) et respecte l'objectif fixé (24 jours).

Soins psychiatriques

Ce secteur souffre d'une suroccupation chronique avec 133 851 journées d'hospitalisation, soit + 26% par rapport à la cible et +11,4% par rapport à 2015. Cette suroccupation intervient malgré la baisse régulière du nombre de cas hospitaliers depuis 2012 (- 2,4% en 2016 par rapport à 2015). Elle découle d'une hausse de la durée médiane de séjour : 11,0 jours en 2015, 11,3 jours à fin 2016 par rapport une cible de 10 jours.

Cette hausse est expliquée par une augmentation des patients en attente de placement, au nombre de 40 en moyenne par jour par rapport à 35 en début d'année. Ces difficultés de placement dans des institutions spécialisées proviennent d'un changement de pratique judiciaire du canton de Genève, qui conduit à une augmentation des entrées de patients faisant l'objet de mesures juridiques, et à une diminution importante des sorties des patients sous

mesures. Ceci contribue à une suroccupation des unités d'admission du service de psychiatrie générale.

Pour réduire la suroccupation et fluidifier le transfert des patients, différentes mesures ont été mises en place dont un *case-manager* de transition et la modification de l'organisation de la psychiatrie adulte à partir du 1^{er} novembre 2016. Avec l'ouverture d'une unité de moyen séjour supplémentaire à Belle-Idée, l'objectif est de permettre aux unités d'admission de retrouver leur vrai rôle pivot de traitement des patients à courte durée, et d'avoir d'avantage de lits pour traiter les troubles psychiatriques complexes nécessitant plusieurs semaines ou mois d'hospitalisation.

Soins palliatifs

Cette zone de soin affiche une baisse du nombre de cas de 57% (soit 290 patients) par rapport à 2015, en raison essentiellement de l'ouverture de la zone de soins aigus palliatifs. Plus de 400 patients ont été pris en charge en soins aigus palliatifs en 2016. Ce fléchissement de l'activité de la zone de soins palliatifs est accompagné par l'amélioration de la durée médiane de séjour : de 12,8 jours en 2015 à 9,3 jours en 2016.

Ce secteur affiche la plus grande part des patients en attente de placement des HUG, soit 224 cas au total. Parmi ces patients, la plupart rencontrent des difficultés majeures de placement, du fait de problèmes socio-économiques notamment. L'extension d'un EMS au cours de l'année 2016 a permis de transférer une partie de ces patients, mais l'amélioration a été de courte durée et les lits se sont remplis de nouveau rapidement.

Soins de réadaptation médicale

En zone de soins de réadaptation médicale, malgré la stabilité du nombre de journées d'hospitalisation, le nombre de cas pris en charge poursuit sa croissance. Cette hausse du nombre de cas s'explique par une hausse du nombre d'entrées par les urgences (121 cas en 2016 par rapport à 102 en 2015), mais surtout par une baisse de la durée médiane de séjour (38,9 jours en 2016 par rapport à 42,0 en 2015).

Evolution de l'activité ambulatoire

La répartition des soins par département montre une concentration importante des prises en charge ambulatoires sur deux départements : la psychiatrie et les spécialités de médecine.

Plus d'un tiers des soins ambulatoires sont assurés par seulement deux départements.

La poursuite d'une activité soutenue

L'activité ambulatoire est en hausse régulière depuis 2012 (+ 35,9%) en raison notamment du virage ambulatoire attendu. En 2016, le seuil du million de prises en charge a ainsi été franchi avec 1 037 470 cas, soit + 4,6% par rapport à 2015 et + 3,7% par rapport aux objectifs.

Les principaux facteurs qui ont mené à une hausse de l'activité ambulatoire entre 2015 et 2016 (46 080 prises en charges de plus qu'en 2015) sont détaillés ci-dessous :

- la neuro-rééducation et la neurologie (+ 8 083 prises en charge par rapport à 2015) voient leur volume d'activité augmenter suite à la création d'un hôpital de jour dont l'objectif est d'offrir aux patients la coordination de différentes thérapies sur la journée (notamment en ergothérapie, physiothérapie, neuropsychologie, logopédie et soins infirmiers), pour des pathologies neurovasculaires, la sclérose en plaques et la sclérose latérale amyotrophique (SLA) principalement;
- l'activité gynécologique / obstétrique (5 685 prises en charge de plus qu'en 2015) est soutenue en raison d'une hausse de :
 - l'activité des échographies prévue au budget 2016 avec l'ouverture de plages horaires supplémentaires afin d'absorber la demande croissante et de désengorger les consultations;
 - les consultations en lien avec la procréation médicalement assistées (PMA);
 - l'activité des urgences;
- la crise des migrants (+ 5 161 prises en charge par rapport à 2015) qui touche la médecine de premier recours pour les adultes (+ 3 500 cas) et la pédiatrie (+ 1 661 cas). Pour faire face à la crise des migrants, les HUG ont renforcé les Programmes Santé Migrants Adultes et de Pédiatrie, le Centre Santé Jeune (CSJ), les centres ambulatoires de psychiatrie et de psychothérapie intégrés (CAPPI) et le service de psychiatrie pédiatrique. Les requérants proviennent pour la majorité de pays en état de guerre et sont généralement accompagnés par leur famille et leurs enfants qui doivent être suivis régulièrement (plan vaccinal, évaluation systématique, etc.). De plus, l'exposition à la guerre et à des violences génère divers problèmes de santé, tels que maladies infectieuses, problématiques de santé mentale et maladies chroniques décompensées. Autant dire que les structures précitées arrivent difficilement à faire face à cette croissance d'activité. Cette hausse d'activité ambulatoire a d'ailleurs également pour corollaire une hausse des frais d'interprètes;

- l’ophtalmologie affiche une activité en hausse rendue possible grâce au renforcement de l’équipe médicale (+ 4 190 prises en charge par rapport à 2015);
- la pédiatrie (+ 3 945 prises en charge par rapport à 2015 sur le périmètre hors migrants) affiche une hausse grâce à l’ouverture de nouveaux boxes et de nouvelles plages horaires en polyclinique suite aux travaux réalisés à fin 2015;
- la chirurgie maxillo-faciale et l’urologique sont en hausse (+ 3 544 prises en charge par rapport à 2015) : dans le domaine dentaire, deux unités supplémentaires ont été ouvertes en 2014. Par ailleurs, la chirurgie urologique prend en charge plus de patients complexes et des cas de comorbidité qui nécessitent plusieurs consultations préopératoires;
- l’oncologie également (+ 2 648 prises en charge par rapport à 2015) en raison de la hausse des consultations post-greffe et de l’augmentation du nombre de prises en charge en stéréotaxie;
- la médecine pénitentiaire est en augmentation (+ 2 399 prises en charge par rapport à 2015). Cette hausse concerne notamment la prison de La Brenaz suite au projet d’ajouter 100 nouvelles places de détenus d’une part, et d’autre part, des cas de comorbidité plus importants qu’auparavant maintiennent le nombre moyen de consultation par prisonnier à un niveau soutenu en 2016;
- les patients précaires sont plus nombreux (+ 2 100 prises en charge par rapport à 2015) : en lien avec la fluctuation de l’activité et l’affluence à la consultation ambulatoire mobile de soins communautaires (CAMSCO) après une année 2015 stable;
- la cardiologie connaît une hausse (+ 2 084 prises en charge par rapport à 2015) : suite à la création et la montée en régime de l’activité « insuffisance cardiaque » au sein des HUG;
- d’autres secteurs avec des hausses ambulatoires plus modérées dont le total correspond à + 6 241 prises en charge de plus par rapport à 2015. Il s’agit notamment de :
 - la médecine tropicale et humanitaire (+ 1 503 prises en charge) liée aux consultations pour les cas de Malaria et virus Zika;
 - l’activité ORL (+ 1 512 prises en charge) liée au dépistage de la surdité des enfants de moins de sept ans qui doit être fait dans un centre agréé et au service santé jeunesse de l’Etat qui a réduit ses prestations dans le domaine ORL;

- les urgences ambulatoires (+ 1 500) sollicitées particulièrement suite à l'ouverture de nuit depuis le 1er novembre 2016 et la radiologie (+ 784 prises en charge) liées à la bonne performance des traitements de stéréotaxie moins invasifs et plus ciblés.

Evolution de l'activité chirurgicale

L'activité chirurgicale est en croissance de + 5,2% depuis 2012. En 2015, cette dynamique a été freinée notamment à cause de la réforme de l'assurance-maladie des frontaliers qui a induit pour les HUG la perte d'une partie de la patientèle frontalière. L'année 2016 marque une reprise de l'activité liée aux modifications d'affiliations des patients frontaliers de la Sécurité sociale vers la LAMal ainsi qu'à une extension des plages opératoires disponibles.

En 2016, les ressources nécessaires à l'extension des plages opératoires ont été pérennisées et les efforts d'efficience dans l'utilisation des blocs opératoires ont été poursuivis. Durant l'année, les délais d'attente ont ainsi pu être maîtrisés voire réduits sur plusieurs interventions majeures. Par exemple, le suivi des délais d'attente de prothèses totales de hanches entre la première consultation et l'intervention est passé de 6 semaines en 2015 à 2 semaines en 2016. Dans le bloc ORL, les vacations opératoires ont été étendues lors du premier trimestre 2016. Cette mesure a permis de réduire les délais d'attente en ORL et en neurochirurgie. Ainsi, le délai d'attente pour les interventions de neurochirurgie concernant des pathologies vertébrales a été réduit de 3 semaines pour atteindre 4 semaines et demie en 2016, par rapport à plus de 7 semaines en 2015.

Au cours de l'année 2016, plusieurs réflexions se sont poursuivies sur l'avenir des blocs opératoires et leur réorganisation pour faire face à l'augmentation des besoins liés à l'évolution du bassin de population genevois ainsi qu'aux nécessités de rénovations futures. A l'horizon 2025, les axes de développement des blocs opératoires ont été définis. Dans une première étape, la répartition des spécialités et des vacations sur les divers blocs disponibles actuellement et dès 2017 a été définie. Des rocade ont eu lieu en 2016, notamment entre le bloc ORL et les blocs électifs centraux. L'objectif de ces modifications organisationnelles est d'améliorer le flux patients, d'augmenter le niveau de sécurité des interventions et de préparer l'ouverture des salles opératoires du nouveau bâtiment Gustave Julliard (BdL2) en 2017.

Evolution de la médecine universitaire

Les activités universitaires liées à la médecine complexe et hautement spécialisée sont également en croissance. Le nombre de cas universitaires,

définis par le fait que plus de 75% de ces DRG sont pris en charge dans un des hôpitaux universitaires suisses (DRG selon année de référence 2015), sont en augmentation depuis 2012.

Pour l'année 2016, la proportion de cas universitaires définis par type de mission se monte à 3,4% et représente 10,7% des montants facturés.

Le projet « donneurs à cœur arrêté » (DCA) Maastricht III a démarré cette année. L'objectif est de permettre une augmentation des cas de transplantations de reins en Suisse, par un prélèvement d'organes aux HUG chez des donneurs à cœur arrêté. Ce projet revêt un caractère majeur dans un contexte où la demande en organes à transplanter est plus élevée que l'offre. Les HUG sont ainsi les premiers en Suisse romande et le troisième hôpital en Suisse à développer cette activité, après Zurich et Saint-Gall. Le premier effet de ce projet en 2016 est une augmentation du taux d'acceptation des proches dont les patients réunissent les critères pour entrer dans le processus de don d'organe, pour passer de 58,1% à 64,3% dans le programme DCA. Ce projet a permis d'augmenter le nombre de donneurs par million d'habitants (pmp) de 57% aux HUG (passant de 14 donneurs pmp sans le projet DCA à 22 donneurs pmp avec projet DCA). Ainsi, 10 patients répartis dans toute la Suisse ont pu recevoir les reins issus du programme DCA et se portent bien. Les prochaines étapes du projet visent à étendre le programme DCA aux prélèvements de foie ainsi qu'aux patients pédiatriques.

Evolution des prises en charge aux urgences

Le nombre de cas pris en charge aux urgences progresse de + 3,8% par rapport à 2015 et s'élève à 95 035 cas accueillis en 2016. 70,2% des urgences concernent des adultes (66 687 patients) et 29,8% des enfants (28 348 patients).

Les urgences adultes

Les urgences adultes progressent de + 3,4% avec 66 687 patients en 2016. Ce chiffre est élevé et dépasse de 11,1% la capacité d'accueil du service des urgences adultes estimée à 60 000 entrées. Cette augmentation est d'autant plus critique que les urgences de niveau 1 (situation vitale avec installation immédiate) et 2 (situation urgente avec délai d'installation de 20 minutes) représentent plus de la moitié de la hausse totale de l'activité du service (57%). Les urgences 3 représentent les situations pathologiques où le temps ne constitue pas un facteur critique, avec un délai d'installation de 2 heures.

Les délais de prise en charge dans les urgences 1 se sont stabilisés par rapport à 2015 (87,6% des patients pris en charge immédiatement, par rapport

à 86,5% en 2015), grâce aux mesures déployées depuis plusieurs années : élargissement des plateaux d'imagerie, ajout de boxes supplémentaires de consultation, amélioration des transferts des patients dans les étages, et un tri infirmier plus rapide. Ces mesures portent leurs fruits : le taux de patients séjournant plus de 24 h aux urgences accuse une forte baisse entre 2013 (10,4%) et 2016 (6,5%).

Les délais d'attente pour les urgences 2 sont légèrement dégradés avec 59,6% des patients pris en charge en 20 minutes en 2016 par rapport à 61,1% en 2015. Ceci est lié à une hausse importante du nombre de patients pris en charge : + 1 032 patients, soit + 6% pour les urgences 2.

Les délais pour les urgences 3 ont été maintenus dans la cible (environ 60% des patients pris en charge dans les 2 heures) presque tout au long de l'année, et ce, malgré la hausse du nombre de patients pris en charge : + 831 patients, soit + 2% pour les urgences 3. L'amélioration de la gestion du flux ambulatoire des urgences explique cette bonne performance.

Les urgences pédiatriques

Les urgences pédiatriques affichent une hausse soutenue depuis 2012 (+ 3% de hausse moyenne annuelle et + 4,8% depuis 2015). Cette hausse est expliquée par deux phénomènes :

- le recours aux urgences le soir, les week-ends et durant les vacances par une population qui n'a pas forcément de pédiatre de référence (les migrants, par exemple) et des parents qui attendent de consulter après leurs horaires de travail, dépourvus de rendez-vous en ville;
- la bonne gestion de la file d'attente des urgences via un tri efficace, des rappels par SMS, ce qui améliore la perception de la qualité chez les parents.

Intégration des cliniques de Joli-Mont et de Montana

Date effective 1^{er} juillet 2016.

Clinique de Joli-Mont

L'activité de la clinique de Joli-Mont est principalement axée sur les suites de traitement de pathologies médicales et chirurgicales dans une mission de réadaptation stationnaire polyvalente (médecine interne, gériatrie, oncologie) ou spécifique à un organe (musculo-squelettique, cardiaque, pulmonaire). La clinique accueille également des patients en soins palliatifs, pour des accompagnements de fin de vie. A travers ses missions, Joli-Mont répond à un

besoin réel du bassin genevois, en lien avec le vieillissement et l'augmentation de la population.

Le niveau d'activité de la clinique s'est amélioré en 2016 par rapport à 2015, tant en nombre de journées, que d'admissions ou au niveau du taux d'occupation. Une augmentation de l'âge moyen des patients est constatée, passant de 77 ans en 2010 à 79 ans en 2016. La durée moyenne de séjour se situe à 22,5 jours en 2016, se maintenant dans des valeurs comparables à la moyenne des établissements de réadaptation en Suisse pour la tranche d'âge considérée (22,6 jours en 2013; OFS, Statistique médicale des hôpitaux).

Le virage ambulatoire et l'introduction des DRG en 2012 ont eu pour conséquence une modification du profil des patients de la clinique, conduisant à des transferts des soins aigus vers la réadaptation de patients plus lourds et de manière plus précoce. Dans ce contexte, le ratio nombre de soignants par lit de la clinique de Joli-Mont est inférieur à ce que l'on peut constater dans d'autres institutions comparables, ce qui constitue également une limitation pour la prise en charge des cas les plus lourds.

En termes de développement, l'année 2016 a été marquée par un important travail d'adaptation des pratiques avec les HUG, ce qui a fortement mobilisé tous les collaborateurs, toutes les équipes et en particulier les cadres de la clinique.

Les améliorations d'activité constatées en 2016, combinées à une bonne maîtrise des charges, ont permis de dégager un résultat équilibré sur le 2^e semestre 2016 (perte de 10 786 F).

Clinique genevoise de Montana

La clinique genevoise de Montana assure la prise en charge globale des patients polymorbides souffrant de maladies chroniques (oncologiques, neurologiques, cardiaques, respiratoires, diabète, psychosomatiques etc.), des patients nécessitant une prise en charge psychothérapeutique, un reconditionnement général après interventions chirurgicales ou hospitalisations en milieu aigu. Pour chacun de ses patients, un plan de soins multidisciplinaires est établi, avec suivi et ajustements en cours de séjour.

La lourdeur des cas, la nécessité d'assurer des prestations médicales et soignantes dans le respect des normes de sécurité et de qualité, et la perspective d'un établissement visant une accréditation FMH en tant que service de médecine interne générale de réhabilitation ont favorisé la décision de l'Etat de Genève d'accorder une augmentation de la dotation de base de 3 équivalents temps plein (ETP). Ces postes ont été attribués à raison de 2,5 ETP au personnel soignant et 0,5 au personnel médical.

Statistiquement, le nombre d'admissions a augmenté de 4,2%, par rapport à 2015 (+ 48 patients), néanmoins les journées d'hospitalisation ont diminué de 0,2%. Les garanties de prises en charge limitées souvent à 15 jours et les refus de prolongation de certains séjours expliquent cette baisse, qui se reflète également dans la durée moyenne des séjours passant de 18,2 en 2015 à 17,5 en 2016.

Sur le plan des pathologies, on constate une confirmation de la lourdeur des cas et de la complexité des profils polymorbides des patients, qui nécessitent des compétences complémentaires en médecine interne générale, d'une part, et en médecine psychosomatique, d'autre part. A relever que cette complexité n'impose pas d'accroissement du plateau technique, mais une augmentation des compétences des soignants et de leur nombre.

La répartition des patients par diagnostic confirme la prévalence des réadaptations psychosomatiques qui représentent 72% des patients pris en charge. Les suites de traitement de médecine interne et autres réadaptations représentent les autres 28%.

L'âge moyen des patients reste stable à 56 ans. Quant à leur provenance, 89% des patients sont adressés par des médecins installés en cabinet privé et 11% par des hôpitaux et cliniques, principalement des HUG.

L'augmentation des hospitalisations extra-cantoniales, constatée depuis 2012, s'est confirmée en 2016, en particulier en ce qui concerne les admissions de patients valaisans et vaudois. Cela atteste que l'offre thérapeutique et les programmes de soins développés à la clinique genevoise de Montana répondent aux besoins des patients et des médecins prescripteurs de Suisse romande.

Le résultat de la clinique genevoise de Montana au deuxième semestre 2016 est un bénéfice de 102 372 F.

Au bénéfice de ces explications, nous vous remercions, Mesdames et Messieurs les Députés, de réserver un bon accueil au présent projet de loi.

Annexe :

Rapport de gestion 2016 des HUG

ANNEXE

COMPTES HUG 2016

Rapport de gestion 2016 des HUG

Comptes de fonctionnement

Direction générale

Direction des finances

Dossier géré par Mme B. Rorive Feytmans

Tél. direct : 022 / 372.60.78

Genève, le 3 mars 2017

COMPTES HUG 2016**Rapport de gestion 2016 des HUG**

1. Faits marquants de l'année 2016	5
2. Evolution des coûts de la santé en Suisse et benchmarks	11
2.1. Evolution des coûts de la santé en Suisse	11
2.1.1. Vue synthétique	11
2.1.2. Evolution par fournisseur de services	11
2.1.3. Evolution par type de prestation	12
2.1.4. Evolution par type de financement	13
2.2. Statistiques et benchmark	14
2.2.1. Données de la statistique des hôpitaux de l'OFS	14
2.2.2. Spitalbenchmark	14
2.2.3. Les indicateurs suivis par l'ANQ	18
3. Contexte 2016	19
3.1. Contexte stratégique	19
3.2. Contexte tarifaire	20
3.3. Contexte budgétaire	20
3.3.1. Contrat de prestations	20
3.3.2. Lettre de cadrage	22
3.4. Présentation des comptes entre 2012 et 2016	23
3.5. Evolution des produits entre 2012 et 2016	25
3.6. Evolution des charges entre 2012 et 2016	26
4. Présentation détaillée des comptes de l'exercice 2016	28
4.1. Evolution de l'activité aux HUG	29
4.1.1. Activité stationnaire en hausse régulière depuis 2014	30
4.1.1.1. Soins aigus	31
4.1.1.2. Soins de réhabilitation et de gériatrie (soins subaigus)	32
4.1.1.3. Soins psychiatriques	33
4.1.1.4. Soins palliatifs	34
4.1.1.5. Soins de réadaptation médicale	34
4.1.2. Activité ambulatoire en évolution	35
4.1.2.1. Cartographie des soins ambulatoires	35
4.1.2.2. La poursuite d'une activité soutenue	35
4.1.3. Activité chirurgicale	37
4.1.4. Médecine universitaire	38
4.1.5. Evolution des prises en charge aux urgences	39
4.1.5.1. Les urgences adultes	39
4.1.5.2. Les urgences pédiatriques	40

4.2. Analyse des produits	41
4.2.1. Recettes liées à la facturation des prestations médicales	41
4.2.1.1. Recettes hospitalières	42
4.2.1.2. Recettes ambulatoires	44
4.2.2. Autres recettes (groupes 65 à 68)	45
4.2.3. Subventions et autres contributions de l'Etat (groupe 69)	46
4.3. Charges	47
4.3.1. Frais de personnel	48
4.3.1.1. Charges salariales	48
4.3.1.2. Charges sociales (groupe 37)	50
4.3.1.3. Honoraires de médecins (groupe 38)	51
4.3.1.4. Autres charges de personnel (groupe 39)	51
4.3.2. Charges de matériel, de marchandises, de services de tiers et autres charges d'exploitation (classe 4)	52
4.3.2.1. Charges médicales d'exploitation (groupe 40)	52
4.3.2.2. Autres charges de fonctionnement (groupes 41 à 49)	56
4.4. Intégration des cliniques de Joli-Mont et Montana	61
4.4.1. Clinique de Joli-Mont	61
4.4.2. Clinique de Montana	62
5. Conclusion	64

L'EXERCICE COMPTABLE 2016 DES HUG EN RESUME

L'année 2016 est marquée par une forte croissance de l'activité notamment ambulatoire et le lancement de grands chantiers (nouveau bâtiment des lits, 3^{ème} étape de construction et de rénovation de la maternité). Cette croissance se réalise avec le maintien d'un taux de satisfaction des patients très élevé¹. Les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) terminent leur exercice 2016 en dégageant un résultat net positif de +21.3 millions de francs². Ce résultat est fortement impacté par des produits sur les exercices antérieurs (+33.6 MCHF) constitués d'anciens passifs et actifs transitoires régularisés dans le cadre du contrôle intégral des comptabilités des HUG, et par une variation de la provision Rente-Pont AVS (-8.4 MCHF), générée par la modifications des conditions d'obtention.

Le résultat opérationnel généré par l'activité des HUG s'élève à **+3.2 MCHF**, après prise en compte de la part du résultat à distribuer à l'Etat, ce qui représente 0.5% du chiffre d'affaires total.

La forte tenue de l'activité en phase avec les objectifs fixés par le contrat de prestations pour la période 2016-2019, conjuguée avec une indemnité monétaire de fonctionnement en baisse à périmètre constant, engendrent ce résultat opérationnel légèrement positif.

Les HUG voient l'expansion de leur volume d'activité limitée par des capacités d'accueil qui ne peuvent pas toujours augmenter dans la même proportion, et dans le même temps, la consommation importante des ressources liées à de nouvelles activités ne peut être contrée efficacement que par la recherche permanente de l'excellence dans les processus de travail. Celle-ci est réalisée au quotidien grâce à la contribution active de l'ensemble des collaborateurs qui œuvrent à l'unisson et permettent aux HUG de maintenir le cap.

¹ Taux de satisfaction des patients de 97.1% selon la dernière enquête Picker de 2015.

² Dans la suite du rapport, les abréviations suivantes sont utilisées : Mrd CHF = milliard de francs ; MCHF = millions de francs ; KCHF = milliers de francs

1. Faits marquants de l'année 2016

Les faits marquants survenus sur l'exercice comptable 2016 des HUG et ayant eu une incidence financière sont les suivants :

- **Nouveau contrat de prestations**

Le contrat de prestations liant les HUG à l'Etat de Genève a été renouvelé pour une durée de quatre ans sur la période 2016-2019. Ce contrat détermine les moyens financiers engagés par l'Etat (montant et affectation) ainsi que les prestations attendues par les HUG (objectifs visés, obligations contractuelles, indicateurs de performances et conditions de réalisation).

- **Un budget de fonctionnement et d'investissement formalisé qu'en fin d'année 2016**

En l'absence de budget de fonctionnement validé par le Grand Conseil, l'exercice 2016 de l'Etat a débuté avec un budget en 12^{èmes} provisionnels. Afin de ne pas bloquer le déploiement de activités autofinancées et de faire face rapidement à la demande croissante de la population notamment en ambulatoire, les HUG ont mis en œuvre un budget de fonctionnement avec l'accord des instances internes HUG et du DEAS³. En revanche, les projets financés par l'Etat tels que la 4^{ème} unité de mesure de Curabilis n'ont été confirmés qu'en cours d'année, avec l'octroi d'un crédit supplémentaire exceptionnel.

Concernant les investissements, les HUG ont dû faire face à l'absence d'un cadre budgétaire formel car le nouveau contrat de prestation n'a été finalisé qu'en fin d'année. Ce vide juridique a généré des difficultés pour les HUG, notamment pour les appels de fonds. Les HUG, avec l'accord encore une fois de ses instances internes et du DEAS, ont décidé de maintenir le programme d'investissement initialement prévu. Les appels de fonds ont pu être effectués en fin d'année, mais sont restés non encaissés dans l'attente du vote par le Grand Conseil du contrat de prestations

- **Fusion avec les cliniques de Joli-Mont et de Montana**

Le Conseil d'Etat a fixé au 1^{er} juillet 2016 l'entrée en vigueur de la modification de la loi sur les établissements publics médicaux permettant la fusion des cliniques de Joli-Mont et de Montana avec les HUG.

La réunion des cliniques et des HUG a pour but de maintenir les prestations de qualité à Joli-Mont et à Montana. Les cliniques bénéficieront au sein des HUG d'une infrastructure administrative et médicale de haut niveau qui permettra d'assurer une formation médicale de qualité, des taux d'encadrement soignant conformes aux normes et une administration répondant aux standards des hôpitaux suisses. La fusion permet également d'exploiter les synergies avec les compétences existant au sein des HUG. Le projet garantit ainsi la complémentarité des missions médicales des différents sites.

Les prestations offertes par les deux cliniques sont plus que jamais nécessaires pour couvrir les besoins de la population genevoise.

Les comptes de fonctionnement HUG de 2016, intègrent six mois d'activité des cliniques de Joli-Mont et de Montana. Pour faciliter le comparatif historique, les données HUG sont présentées sans les cliniques de Joli-Mont et de Montana et un paragraphe spécifique leur est dédié. L'établissement

³ Sur un périmètre excluant les projets financés par l'indemnité de l'état (par exemple Curabilis).

fusionné a bouclé ses comptes à fin juin 2016, juste avant la fusion avec un résultat net positif de 0.4 MCHF.

- **Contrôle intégral des comptabilités des HUG (comptabilité générale, fournisseurs et débiteurs)**

La nouvelle équipe en charge du service des comptabilités depuis juillet 2015 a mené, en concertation avec les réviseurs des HUG, un contrôle intégral des écritures de comptabilisation des HUG, notamment à la suite de la découverte d'une comptabilité non conforme aux règles comptables en vigueur, réalisée par l'ancien chef comptable des HUG. Ce contrôle a mis en évidence des actifs et des passifs transitoires, dont certains sont anciens, pour lesquels une régularisation s'imposait. Ces écritures d'ajustement représentent un montant total de 33.6 MCHF sur une période d'environ 15 ans. Ces transitoires ont été soldés et intégrés aux comptes 2016 des HUG, sous la rubrique « produits sur exercices antérieurs ». Ce point est détaillé dans la partie 4.2.2 du rapport.

Signalons que ces transitoires ont malheureusement échappé aux contrôles internes et externes.

- **Création d'une zone de soins aigus palliatifs à Bellerive**

En Suisse, depuis le 1^{er} janvier 2016, les unités stationnaires autonomes spécialisées dans les traitements palliatifs complexes et remplissant les exigences de la société de discipline médicale Palliative.ch sont habilitées à facturer leurs prestations selon la nomenclature de SwissDRG. Pour les séjours d'une durée supérieure à 8 jours, des codes complexes CHOP peuvent être utilisés en complément selon les critères définis. Le service de médecine palliative de l'hôpital de Bellerive remplissant toutes les conditions requises et disposant de la certification Palliative.ch, une zone de facturation en DRG a été créée au 1^{er} février 2016 sur ce site.

Les équipes de traitement multidisciplinaire ont été renforcées et leurs activités adaptées afin de répondre aux exigences de prestations liées à la qualité des soins et aux conditions de facturation de la zone de soins aigus palliatifs. Ainsi presque 400 patients ont été pris en charge en soins aigus palliatifs en 2016, avec un cost-weight moyen de 1.91 points.

- **Mise en service du centre d'accueil d'urgence et extension de la zone de soins aigus aux Trois-Chêne**

Les activités de soins aigus pour les patients en âge avancé, se sont étendues afin de répondre à la demande croissante liée à la complexité et la spécificité de la patientèle gériatrique. Ainsi, le nombre de lits de la zone de soins aigus des Trois-Chêne a été redimensionné à soixante lits en 2016. Ce glissement d'activité vers les soins aigus se répercute logiquement sur les statistiques d'activité de la zone de soins subaigus des Trois-Chêne qui dispose de moins de lits.

De plus, un centre d'accueil d'urgence est ouvert aux Trois-Chêne depuis le 1^{er} novembre 2016 afin d'accueillir les patients de 75 ans et plus (hors urgence vitale). Concept novateur, c'est le seul lieu d'accueil d'urgence en Suisse spécifiquement destiné aux personnes âgées. Son but est d'anticiper l'offre des prestations nécessaires du fait du vieillissement de la population et d'offrir des améliorations concrètes dans la qualité de l'accueil, de la prise en charge et du confort des patients âgés. Cette nouvelle structure propose dix-huit lits d'accueil et d'observation et prévoit d'accueillir environ 3'500 patients par an. Fin 2016, 433 patients ont été pris en charge dans cette nouvelle structure, avec plus de 40% retournant directement à domicile à la sortie des urgences.

- **Crise liée à l'afflux de réfugiés et de requérants d'asile**

Depuis août 2015, l'Europe est confrontée à une arrivée exceptionnelle d'un nombre important de migrants sur son territoire. Cette situation a généré une augmentation des consultations ambulatoires des HUG prenant en charge des demandeurs d'asile, et des ressources supplémentaires pour assurer efficacement les prises en charge. En conséquence, des équipes ont dû être renforcées et des autorisations de dépassement ont été accordées pour couvrir les augmentations de personnel, de médicaments, de matériel médical et les frais d'interprètes. Lors de sa séance du 29 juin 2016, la commission des finances a octroyé un dépassement de crédit exceptionnel de 945'000 CHF, relatif à la prise en charge des migrants.

Outre la nécessité de soigner ces personnes, l'ensemble des prestations (contrôle épidémiologique, dépistage et soins) revêt un caractère important en termes de santé publique (prévention des épidémies) et de contrôle social (prévention de la violence et de comportements inadéquats). Raison pour laquelle, les HUG ont mis en place une prise en charge globale et intégrée qui tient compte des traumatismes psychologiques vécus par ces populations autant que des pathologies cliniques. Les impératifs de qualité, de sécurité et d'efficacité des soins nécessitent donc une approche interdisciplinaire, qui associe des soins médicaux, infirmiers, psychiatriques et psychosociaux, particulièrement auprès des enfants et des jeunes migrants non accompagnés. La prise en charge des populations migrantes représente clairement un défi de santé publique et se révèle un facteur primordial pour l'intégration de ces populations dont une majorité est appelée à rester.

- **Perte de patientèle frontalière**

Une baisse des patients frontaliers a été observée depuis les changements de la législation française au 1^{er} juin 2014 concernant l'assurance maladie des frontaliers. Dans le même temps, les séjours de patients frontaliers au bénéfice de la LAMal ont augmenté. Au regard de ces deux facteurs, l'hypothèse d'un changement d'affiliation des patients de la sécurité sociale vers la LAMal est plausible.

Dans le secteur hospitalier, le nombre de patients frontaliers électifs et urgents affiliés à la sécurité sociale baisse entre 2014 et 2016 de 1'069 cas, soit -75% (soit une perte de chiffre d'affaires de 11.1 MCHF). Cette perte est partiellement compensée par l'augmentation des frontaliers affiliés à la LAMal et des fonctionnaires internationaux (+53% de patients, soit +2.3 MCHF). Le secteur hospitalier affiche donc une baisse par rapport au budget 2016.

Dans le secteur ambulatoire, le nombre de patients frontaliers affiliés à la sécurité sociale baisse de 13'865 prises en charge, soit -46% (-4.8MCHF) entre 2014 et 2016. Cette diminution est partiellement compensée par la progression des frontaliers au bénéfice de la LAMal, des fonctionnaires internationaux et des patients de l'Union européenne (+3.6 MCHF).

- **Curabilis et La Brenaz**

Le centre Curabilis est composé de 4 unités d'exécution de mesures (2 x 15 places et 2 x 16 places) et d'une unité carcérale de psychiatrie prenant en charge, dans un cadre hautement structuré et sécuritaire, 60 personnes adultes souffrant de troubles mentaux. L'année 2016 a vu l'ouverture de la 4^{ème} et dernière unité de mesure du Centre Curabilis, composée de 15 lits. Compte tenu du budget 2016 de l'Etat en 12^{èmes} provisionnels, lors de sa séance du 29 juin 2016, la commission des finances

a octroyé un dépassement de crédit exceptionnel de 947'268 CHF, au titre de l'ouverture de la 4^{ème} unité de Curabilis.

- **Réorganisation du service de psychiatrie adulte**

Le département de psychiatrie est confronté à une forte activité menant à une suroccupation chronique dans les unités de moyens séjours qui engorge les unités de court séjour. Cette situation a mené à un dépassement des recettes et des charges par rapport au budget de l'année 2016.

Pour pallier à la suroccupation de ce secteur, l'offre de soin du service de psychiatrie adulte a été revue depuis le 1^{er} novembre 2016 et l'activité ambulatoire a été optimisée.

L'optimisation de l'activité ambulatoire se traduit par la fermeture du CAPP1⁴ des Pâquis et le renforcement des effectifs des trois CAPP1 existants (Eaux-Vives, Jonction, et Servette). Par ailleurs, l'activité hospitalière s'est renforcée grâce à l'ouverture d'une unité de moyen séjour supplémentaire à Belle-Idée.

La psychiatrie adulte est donc maintenant organisée autour de trois secteurs géographiques comptant chacun un centre ambulatoire psychiatrique et psychothérapeutique intégré (CAPP1), trois unités d'admission (court séjour) et trois unités de moyen séjour⁵.

Enfin, dans le cadre de cette nouvelle offre, un case-manager de transition a été mis en place afin de faciliter le retour des patients dans la communauté et ainsi éviter les ré-hospitalisations et réduire la suroccupation par une meilleure gestion des flux de patients.

- **Tendance à une tertiarisation de l'activité (médecine hautement spécialisée)**

L'activité des HUG tend de plus en plus vers une médecine de pointe pour laquelle l'institution est reconnue au plan national et international (affections cardiovasculaires, affections complexes de l'enfant et de l'adolescent, affections hépato-pancréatiques et diabète, médecine de l'appareil locomoteur et du sport, médecine génétique, neurosciences, oncologie).

Deux centres d'oncologie ont été certifiés ces dernières années : le centre du sein et celui de la prostate.

L'institution qui est leader en imagerie médicale a aussi fortement développé la chirurgie robotisée et minimalement invasive. Elle est aussi un centre national de référence pour les maladies du foie de l'enfant et la transplantation hépatique pédiatrique, ainsi que pour l'influenza et les infections virales émergentes. Les HUG disposent d'ailleurs du seul laboratoire de diagnostique de haute sécurité (niveau 4) en Suisse.

En 2016, les cas considérés comme universitaires représentent 3.4% du collectif des patients de soins aigus mais 10% du chiffre d'affaires lié aux soins aigus. Sur la période 2012 à 2016, le nombre de cas pris en charge pour des soins somatiques aigus a augmenté de +6%, alors que le nombre de cas de DRG universitaires a augmenté de +29%. Cette évolution contribue au rayonnement des HUG et à son attractivité régionale qui permet de maintenir une croissance de l'activité à forte valeur ajoutée.

⁴ Les CAPP1 font partie de l'offre ambulatoire et proposent des consultations, des activités thérapeutiques individuelles ou en groupe et des soins ambulatoires intensifs.

⁵ Les unités d'admissions ont un rôle pivot et traitent les patients de courte durée. Les unités de moyen séjour traitent les troubles psychiatriques complexes nécessitant plusieurs semaines ou mois d'hospitalisation.

Plusieurs actions innovantes ont vu le jour en 2016, telles que la transplantation d'un donneur VIH+ à un receveur VIH+ (1^{ère} mondiale), la phase 1 des essais cliniques pour le vaccin contre la coqueluche, l'ouverture du 1^{er} centre suisse pour l'ablation chirurgicale de la thyroïde, un nouveau traitement contre l'ostéoporose, la participation du SIB (Institut Suisse de Bioinformatique) à la plateforme d'analyses génomiques appliquées au diagnostic des cancers, et la création d'un centre de la mémoire en partenariat avec la fondation Alzheimer.

- **Contexte tarifaire**

L'année 2016 a été marquée par une augmentation des tarifs négociés, une première depuis l'introduction des SwissDRG en 2012. Grâce à l'action conjointe des représentants de 5 hôpitaux universitaires et des conseillers d'Etat genevois et vaudois, des conventions ont été conclues avec un tarif DRG à 10'650CHF, soit une augmentation de 250 CHF par rapport à 2015.

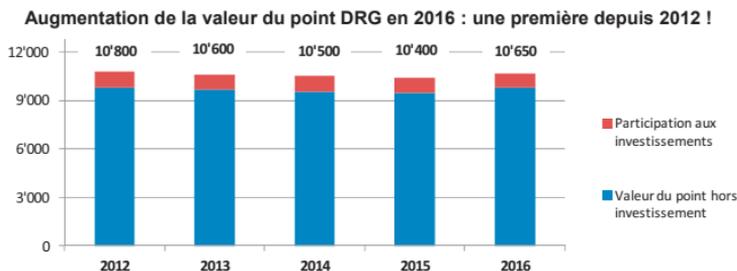


Figure 1. Evolution de la valeur du point DRG

Cette valeur de point est identique à celle négociée par le CHUV, selon accord pris par les deux cantons. L'harmonie tarifaire entre les deux hôpitaux universitaires romands facilite l'accessibilité des ressortissants vaudois et genevois à l'un ou l'autre hôpital universitaire.

- **Equipement et constructions :**

Les HUG ont finalisé les travaux de second œuvre du nouveau bâtiment des lits Gustave Julliard (BdL2). Le chantier a débuté en juillet 2011 et les travaux se sont achevés au mois d'août dernier. L'installation des équipements et les tests de mise en service ont débuté en septembre et sont en cours de finition, pour une exploitation prévue à la fin du premier trimestre 2017.

Concernant l'étape 3.3 de la construction et la rénovation de la maternité, les travaux de second œuvre sont en cours de réalisation et de finition. Une partie des équipements structurants a été acquise et est en cours d'installation. Ce nouveau bâtiment permettra de réunir toutes les activités d'hospitalisation dès sa mise en exploitation prévue pour l'automne 2017. Il restera une 4^{ème} étape, qui consistera à la rénovation des corps IV et V de l'ancienne maternité, qui devrait débuter en 2019.

Pour ce qui est des équipements, les HUG ont poursuivi le renouvellement et la modernisation de leur parc avec, entre autres, la rénovation des salles d'électrophysiologie et de cardiologie, le renouvellement de coloscopes en gastroentérologie et hépatologie, ainsi que de moniteurs et d'échographes pour le service d'anesthésie.

Concernant les bâtiments, dont les coûts et besoins en rénovation sont importants, les HUG ont dû se limiter à quelques projets prioritaires. Il s'agit principalement de la création d'un centre d'accueil et

d'urgences aux Trois-Chêne, de la rénovation des unités d'oncologie, de l'ouverture de lits intermédiaires en neurologie ou bien encore de l'extension de la salle de réveil au bâtiment d'appui et bâtiment des lits. Ces projets répondent à des besoins jugés prioritaires pour l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients.

Par ailleurs, d'importants projets de maintenance et de modernisation ont également été nécessaires comme la rénovation de la production de chaleur, le remplacement du système de gestion des accès, la rénovation de diverses toitures vieillissantes, le remplacement des installations de détection de feu ou encore l'aménagement de la ligne TPG aux Trois-Chêne.

2. Evolution des coûts⁶ de la santé en Suisse et benchmarks

2.1. Evolution des coûts de la santé en Suisse

2.1.1. Vue synthétique

Selon le dernier rapport de l'Office Fédéral de la Statistique (OFS), publié en novembre 2016, les coûts de la santé en Suisse affichent en 2014 leur plus haut niveau depuis ces dix dernières années : 71.3 Mrd CHF, ce qui représente 11.1% du PIB. Avec ce ratio, la Suisse figure à la quatrième place parmi les pays de l'OCDE derrière les Etats-Unis (16.6%), la Suède (11.2%), et la France (11.1%).

L'augmentation moyenne annuelle des coûts de la santé en Suisse depuis 2005 est de +4.1% et celle des hôpitaux suisses de +4.6%. A noter que la hausse des coûts des HUG (+2.3%) est de moitié inférieure à celle des hôpitaux suisses.

L'augmentation des coûts des hôpitaux suisses est le double de celle des HUG

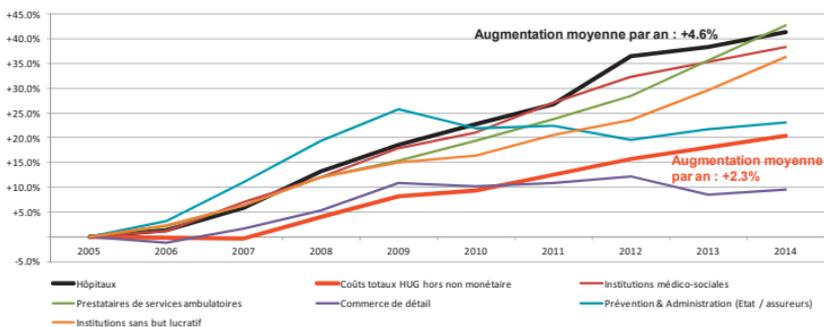


Figure 2. Evolution des coûts de la santé en Suisse par type de fournisseurs de biens et services (en base 100)

2.1.2. Evolution par fournisseur de services

En Suisse, plus de la moitié (53.3%) des dépenses de santé en 2014 est générée par les établissements de santé (hôpitaux / institutions médico-sociales).

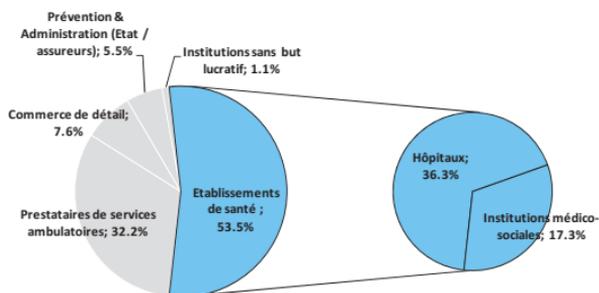


Figure 3. Répartition des coûts de la santé en Suisse par type de fournisseurs de biens et services

⁶ Source : Publication de l'OFS « Statistique de poche 2016 », novembre 2016. Chapitre « coût et financement du système de santé »
Rapport de gestion 2016 des HUG

Le reste des prestations se décompose ainsi :

- les services ambulatoires (32.2%) correspondent aux médecins, dentistes, physiothérapeutes, psychothérapeutes, soins à domicile, autres services paramédicaux, laboratoires d'analyses et autres;
- les ventes du commerce de détail (7.6%) concernant les médicaments et les appareils thérapeutiques;
- les coûts administratifs et de prévention des assureurs qui sont considérés comme des prestations du système de santé, restent stables par rapport à l'année passée (5.6%);
- les institutions sans but lucratif (ISBLSM), en particulier les ligues de santé représentent 1.1%.

2.1.3. Evolution par type de prestation

Les soins en milieu hospitalier stationnaire⁷ représentent la part la plus élevée des dépenses de la Santé (31.8 Mrd CHF en 2014, soit 44.7%).

Les dépenses de soins ambulatoires⁸ représente une part plus modérée (24.9 Mrd CHF, soit 34.9%) mais leur progression est plus importante (+53.6% en 9 ans) que celle des coûts stationnaires (+34.6% en 9 ans) du fait notamment du virage ambulatoire attendu.

Les coûts stationnaires sont prépondérants mais la progression des coûts ambulatoires est la plus rapide (+53.6%).

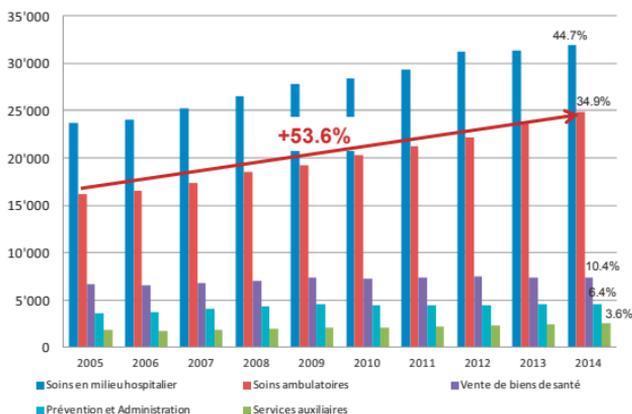


Figure 4. Coûts du système de santé suisse par type de prestation

Parmi les soins ambulatoires, les hôpitaux affichent la plus forte progression depuis 10 ans en raison du virage ambulatoire (voir figure suivante). En effet, ce dernier entraîne une complexification technique des traitements chirurgicaux et médicaux réalisés en hôpital de jour. Cela contribue à une plus forte progression des coûts ambulatoires hospitaliers (+79.8% entre 2005 et 2014) comparés aux coûts stationnaires des hôpitaux (+34.6%).

⁷ Soins en milieu hospitalier stationnaire : Soins aigus, de réadaptation, les longs séjours et autres

⁸ Soins en milieu ambulatoire: Soins de médecins, soins ambulatoires dans les hôpitaux, soins dentaires, de la physiothérapie, de la psychothérapie, soins à domicile et autres prestations paramédicales.

Dans les soins ambulatoires, les hôpitaux affichent la plus forte progression en 10 ans

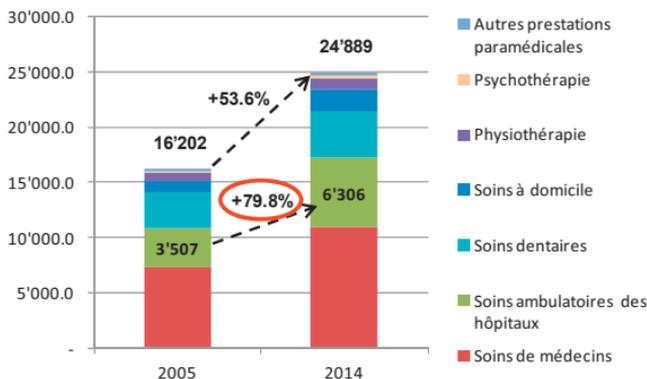


Figure 5. Evolution des coûts des soins ambulatoires en Suisse

2.1.4. Evolution par type de financement

Les dépenses de santé suisses sont essentiellement supportées par les assurances sociales et les ménages/financements privés (75.6%, soit 53.9 Mrd CHF). L'état contribue pour 20.0% (14.2 Mrd CHF), et le solde de 3.2 Mrd CHF (4.4%) provient des autres régimes tels que les prestations complémentaires AVS, les prestations complémentaires AI, les aides supplémentaires des cantons.

Les ménages/financements privés et les assurances assurent environ 3/4 des financements

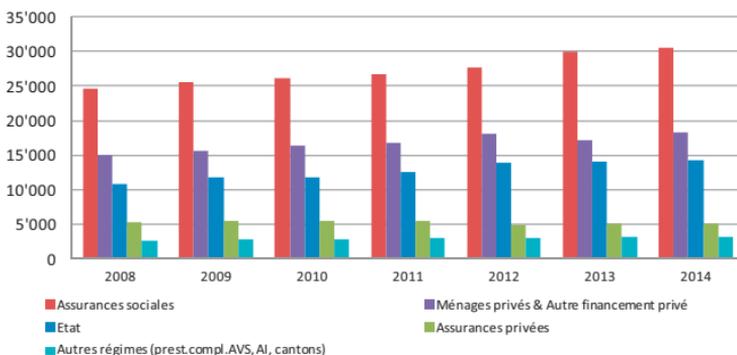


Figure 6. Coûts du système de santé suisse selon le régime de financement

2.2. Statistiques et benchmark

Différentes statistiques, évaluations et benchmarks annuels sont produits sur les hôpitaux suisses respectivement par l'OFS, l'ANQ, SwissDRG, et l'association Spitalbenchmark. Les résultats issus de ces études conduisent l'institution à identifier les potentiels d'amélioration et favorisent les changements en vue d'une meilleure performance. Les données retenues dans la suite de ce chapitre sont celles fournies par l'OFS, l'ANQ, et Spitalbenchmark étant donné que ces dernières sont très proches de celles de SwissDRG.

2.2.1. Données de la statistique des hôpitaux de l'OFS

Le benchmark basé sur les statistiques publiées par l'OFS montre l'excellente tenue des coûts d'exploitation hospitaliers à Genève depuis 2009 (+8.4%) comparée à la moyenne suisse (+22.5%) ou même aux autres cantons universitaires.

Par ailleurs, relevons que selon cette statistique OFS, la croissance des coûts des HUG (+6.4%) est plus basse encore que celle des autres établissements du canton de Genève.

Une augmentation modérée des coûts hospitaliers dans le canton de Genève et aux HUG !

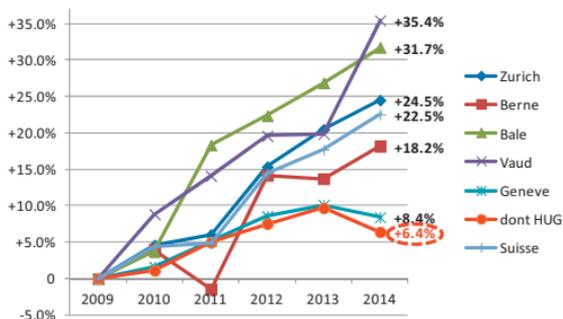


Figure 7. Indice de progression des charges d'exploitation des hôpitaux et cliniques (année 2009 = base 100)

L'explication de cette hausse modérée des coûts des HUG repose essentiellement sur une progression maîtrisée des charges de personnel. En effet, leur augmentation est liée d'avantage à des mécanismes salariaux (annuité, cotisations salariales...) qu'à l'augmentation des effectifs.

2.2.2. Spitalbenchmark

Le dernier benchmark produit par Spitalbenchmark concerne l'année 2015. Il se base sur 80% des cas hospitaliers suisses (environ 900'000 sets de données provenant de 90 hôpitaux et cliniques) et sur la comptabilité analytique des hôpitaux. Cette étude mène notamment aux conclusions suivantes :

- Coût du point DRG : En raison de salaires plus élevés à Genève, le coût du point DRG pour les HUG a toujours été supérieur à celui des autres HUS. Néanmoins les HUG ont marqué leur volonté de réduire cet écart qui par conséquent ne cesse de diminuer depuis 2012.

Une volonté des HUG de rapprocher son coût du point DRG avec celui des HUS

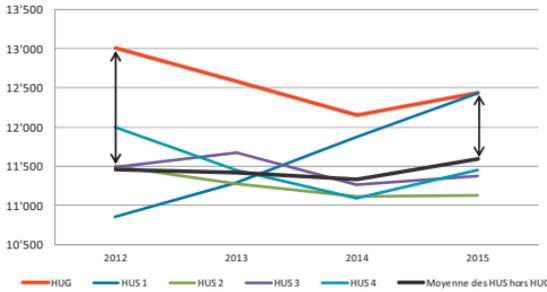


Figure 8. Coût du point DRG LAMal selon ITAR_K⁹ avec CUI¹⁰ pour les 5 HUS¹¹ (source : Spitalbenchmark)

- Lourdeur moyenne des cas traités (CMI¹²) : En plus d'être un hôpital universitaire, les HUG ont également un statut d'hôpital de zone et doivent par conséquent assurer des prestations dans la médecine et chirurgie de base et la maternité. Cela a pour conséquence de diminuer la lourdeur moyenne des cas traités par les HUG (CMI de 1.25 en 2015) comparée aux autres HUS (CMI de 1.44 en 2015). Cependant, cet indice est en constante augmentation pour les HUG depuis 2012 en raison d'une meilleure fiabilisation de la documentation¹³ et d'une augmentation des cas complexes pris en charge.

Hausse de 1.2% du CMI entre 2014 et 2015

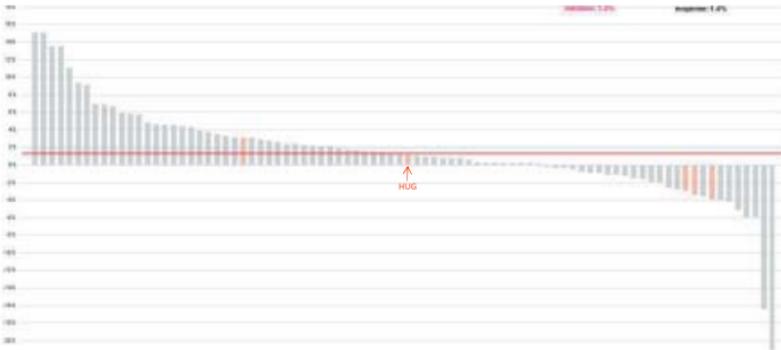


Figure 9. Variation en pourcentage du Case Mix Index (CMI) entre 2014 et 2015 (source : Spitalbenchmark)¹⁴

⁹ ITAR_K : acronyme allemand signifiant « Modèle de tarif intégré basé sur la comptabilité analytique par unité finale d'imputation »

¹⁰ CUI : charges d'utilisation des immobilisations

¹¹ HUS : Hôpitaux universitaires suisses

¹² CMI : Case Mix Index, indicateur qui permet de mesurer le degré de gravité d'un cas d'hospitalisation (et donc le coût de son traitement). A cet effet, on répartit d'abord les cas de traitement entre différents groupes de patients (DRG). A chaque groupe DRG est associé un « cost weight » ou coût relatif.

¹³ Travaux d'amélioration de l'exhaustivité des relevés et de la documentation, adaptation rapide aux évolutions tarifaires, documentation améliorée des cas pour le codage, mise en place des nouveaux codes complexes

¹⁴ Les diagrammes oranges représentent les autres HUS.

Alors que le CMI des HUG a augmenté, les autres HUS accusent une baisse moyenne de -2.2%. Cette tendance baissière est due à une mauvaise prise en compte de la médecine universitaire par la structure tarifaire SwissDRG.

- o Le taux de couverture (des coûts par les recettes) pour les soins hospitaliers aigus pour les HUG se situe à 87.1% en raison d'une part d'une structure tarifaire SwissDRG non aboutie qui ne couvre pas suffisamment le coût des prestations des centres universitaires et d'autre part d'un tarif trop bas et qui contient les parts d'investissement sans avoir été ajusté. Cette situation est d'ailleurs similaire dans d'autres HUS tels que Bâle et le CHUV qui appliquent le même tarif que Genève.

Les principaux facteurs ne permettant pas aux HUS de couvrir leurs coûts sont :

- o le volume important des cas à haut déficit non reconnus par la structure tarifaire;
- o les rémunérations supplémentaires insuffisantes, notamment dans la tarification, et la liste limitée des médicaments chers facturables en supplément du DRG;
- o le financement de l'innovation entre son adoption et sa reconnaissance dans la structure tarifaire DRG (délai jusqu'à 5 ans) qui reste à la charge de l'hôpital;
- o le manque d'homogénéité en matière de consommation de ressources de certains DRG;
- o l'obligation d'admettre tous les patients, qui conduit les HUS à traiter des cas plus complexes et difficiles que d'autres établissements refusent ou nous réfèrent.

Selon des données fournies par le case-mix office SwissDRG, les points DRG permettant de couvrir à 92% seulement les coûts de soins des hôpitaux universitaires alors qu'ils couvrent à 103% ceux des cliniques et hôpitaux non spécialisés. Le CMI moyen des HUS en baisse en 2015 (cf. point précédent) montre que SwissDRG ne parvient toujours pas à résoudre ce problème. Cette différence est connue des partenaires tarifaires, et de H+ qui encourage les HUS à négocier des tarifs plus élevés que les établissements non universitaires pour tenter de rétablir l'équilibre de la structure tarifaire SwissDRG.

Un taux de couverture hospitalier pour la zone aigue insuffisant pour les HUS

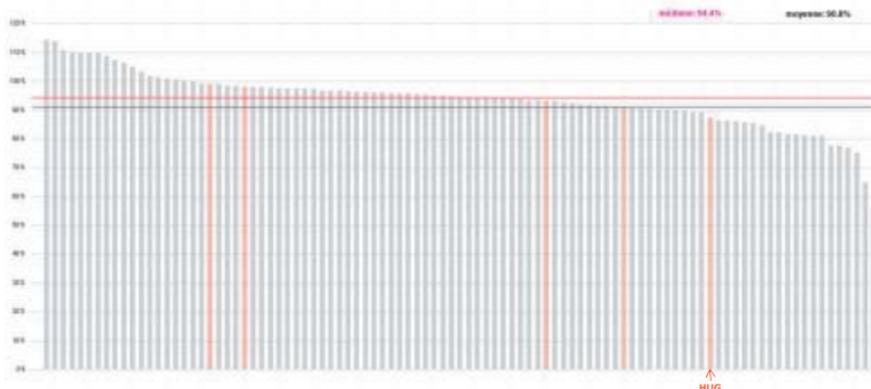


Figure 10. Taux de couverture LAMAL pour l'hospitalier en zone aigue (source : Spitalbenchmark)

- Taux de couverture ambulatoire : le taux HUG de 82.5% est proche de la moyenne suisse (84.4%). Bien que la LAMal prévoit une couverture exclusivement à la charge de l'assurance maladie, il est à noter que l'activité ambulatoire hospitalière n'est que partiellement couverte par TARMED. Les HUG poursuivent leurs efforts d'efficience sur l'ambulatoire et en 2016, ce taux est attendu en hausse. Mais un taux de 100% est difficile à atteindre en raison d'une structure TARMED mal adaptée à l'ambulatoire hospitalier, notamment en raison du manque de valorisation des prestations infirmières. Elle l'est encore moins depuis que quatorze chapitres de médecine spécialisée ont été dévalorisés pour renforcer la médecine de ville (ordonnance Berset) sans contrepartie pour les hôpitaux.

**Le taux de couverture des HUG pour les soins ambulatoires
est proche de la moyenne nationale**

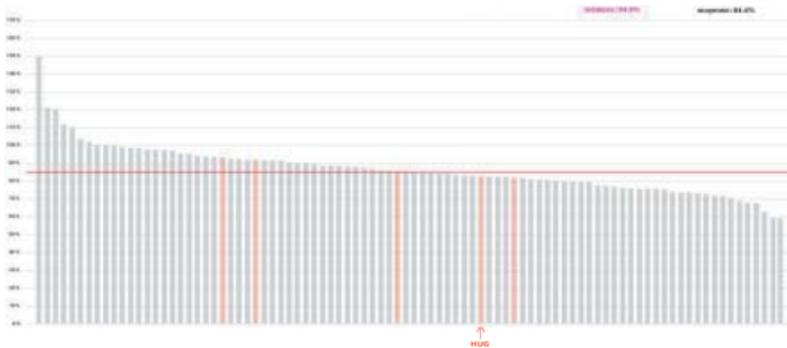


Figure 11. Taux de couverture ambulatoire avec CUI (source : Spitalbenchmark)

Le coût du point TARMED est de 1.42 CHF en 2015, soit supérieur à la moyenne nationale. Il est prévu à la baisse en 2016 grâce à l'amélioration de la qualité de la facturation rendue possible par la mise en place d'une nouvelle interface informatique et l'intervention d'un expert tarifaire.

Un coût du point TARMED de 1.42 CHF en 2015 mais prévu à la baisse en 2016

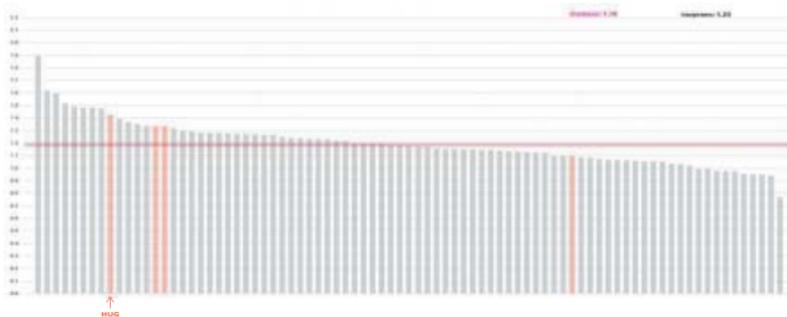


Figure 12. Coût du point TARMED (source : Spitalbenchmark)

2.2.3. Les indicateurs suivis par l'ANQ

L'ANQ (l'association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques) coordonne et met en œuvre les mesures de qualité dans différents domaines (médecine somatique aiguë, réadaptation et psychiatrie). Les résultats permettent de faire des comparaisons à l'échelle nationale, à partir desquelles les hôpitaux et les cliniques peuvent développer des mesures ciblées pour améliorer leur qualité. En attendant les retours de l'ANQ, les HUG suivent ces indicateurs à l'aide de l'outil SQLape. Les résultats remontés dans ce suivi affichent une prestation supérieure à la valeur attendue pour les indicateurs nationaux de qualité.

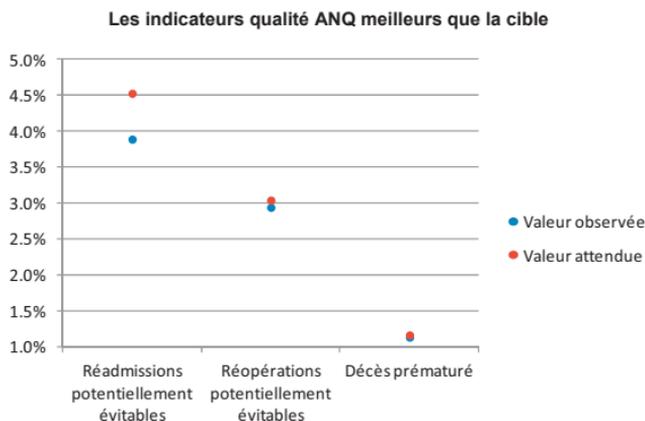


Figure 13. Objectifs qualité et valeurs observées¹⁵

¹⁵ Source : Evaluation issue de l'outil SQLape pour les données 2015
Rapport de gestion 2016 des HUG

3. Contexte 2016

3.1. Contexte stratégique

Le plan stratégique 2015-2020, approuvé par le Conseil d'administration des HUG le 11 mai 2015 décrit les objectifs stratégiques poursuivis à moyen terme. Il est baptisé *Vision 20/20* et s'inscrit dans la continuité des précédents. Il se fixe pour objectif de dessiner une institution toujours plus performante, accueillante et efficiente. Il est le fruit de l'intelligence collective des HUG puisqu'il prend appui sur une réflexion participative qui s'est déroulée de façon élargie au sein de l'hôpital avec plus de 500 collaborateurs impliqués. L'année 2016 est la première année de mise en œuvre des axes et projets stratégiques.

Rappelons que la vision des HUG a été formulée sous la forme de cinq axes stratégiques :

- Exceller pour le patient
- Donner du sens à l'engagement des collaborateurs
- Mieux travailler ensemble
- Affirmer la place des HUG dans le réseau de santé lémanique et suisse
- Se préparer pour le futur

Ces axes définis servent de fondation au plan stratégique qui se réalise via neuf projets, énumérés ci-dessous, chacun d'entre eux se déclinant en actions concrètes :

1. Patients partenaires
2. Collaborateurs acteurs
3. Excellence clinique et qualité
4. Itinéraires des patients dans le réseau de santé
5. Nos valeurs au quotidien
6. Plus de temps pour les patients
7. Médecine universitaire lémanique nationale et internationale
8. Parcours personnalisé du collaborateur
9. Responsabilité sociale et environnementale

Ces projets stratégiques reflètent une forte volonté d'adapter les HUG au contexte prévisible de ces prochaines années en se concentrant sur l'amélioration de la culture de l'hôpital et les valeurs humaines. Il est à noter que tous les chefs de projets nommés fin 2015 ont rédigé en collaboration avec leur mandant respectif, une description détaillée et opérationnelle des moyens à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs fixés.

Le déploiement du plan stratégique pour la seule année 2016 s'est concrétisé notamment par la mise en place de chefs de projets et de case managers à la Direction des ressources humaines. Les dépenses engendrées sont en ligne avec le budget de 2.0 MCHF alloué pour 2016.

3.2. Contexte tarifaire

Pour la zone de soins aigus, le point SwissDRG passe de 10'400 CHF en 2015 à 10'650 CHF en 2016. Bien qu'en augmentation, le tarif est loin de couvrir les coûts de production d'un point DRG aux HUG, tout comme dans l'hôpital universitaire du canton de Vaud qui applique le même tarif que Genève.

La prolongation des discussions avec les assureurs, notamment avec le groupe HSK, a provoqué un retard de facturation et une variabilité des encours durant l'année.

Le tarif de la division privée est resté stable malgré les difficultés rencontrées dans les négociations tarifaires avec les assureurs.

Enfin, il convient de préciser que les opérations de rétrocession aux assureurs des montants facturés en trop les années précédentes en lien avec des litiges tarifaires entretemps résolus se sont poursuivies cette année, pour un montant total de 12.4 MCHF. Le traitement est achevé pour les principaux assureurs et la majorité des séjours concernés. Un solde de provision est conservé pour couvrir les rétrocessions sur des cas spécifiques restants.

Compte tenu des négociations tarifaires non abouties au moment de l'élaboration du budget, celui-ci a été construit avec une hypothèse de valeur de point de 10'600 CHF. Le tarif a été finalement négocié à hauteur de 10'650 CHF.

Pour les zones de soins subaigus et psychiatriques :

L'accord avec le groupe HSK n'a été finalisé qu'en octobre 2016. Cette incertitude tarifaire a engendré ainsi un risque financier pour les HUG, qui n'a pas été intégré au budget 2016 en raison de nouvelles tarifications à venir (TARPSY / ST Reha). Compte tenu de l'avancement des discussions tarifaires au moment de l'élaboration budgétaire, le forfait journalier a été budgété à hauteur de 852 CHF, soit une baisse de 40 CHF.

Les soins ambulatoires continuent de bénéficier de la décision du TAF de 2014 qui confirme le tarif fixé par l'état. Aujourd'hui, la valeur du point TARMED de 0.96 CHF, bien que plus élevée que la plupart de celle en vigueur dans les autres établissements hospitaliers de Suisse, ne couvre que partiellement les coûts ambulatoires.

3.3. Contexte budgétaire

3.3.1. Contrat de prestations

Dans le cadre de la préparation budgétaire, l'indemnité 2016 proposée par les HUG s'élevait à 867.8 MCHF. Après discussion avec les HUG, le DGS a proposé dans son projet de contrat de prestations un montant d'indemnité de 866.4 MCHF (projet du 8 juillet 2015).

Le contrat de prestations 2016-2019 n'a été adopté par la Commission des finances qu'en décembre 2016 après arbitrages budgétaires du Conseil d'Etat. L'indemnité 2016 finalement adoptée pour un montant de 826.8 MCHF marque une baisse significative par rapport à l'année précédente et revient sensiblement au niveau de 2012 (821.6 MCHF).

Le montant de l'indemnité 2016 correspond à celui de la première année du plan financier contrairement aux années précédentes pour lesquelles l'indemnité octroyée était systématiquement inférieure aux montants initialement prévus aux contrats de prestations.

En 2016, forte baisse de l'indemnité prévue dans le nouveau contrat de prestation

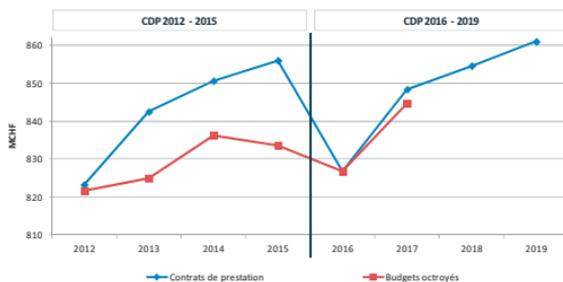


Figure 14. Evolution de l'indemnité de l'Etat perçue par rapport aux contrats de prestations

De façon générale, l'indemnité perçue de l'Etat ne cesse de diminuer entre 2012 et 2016 (-42 MCHF, soit - 5%), lorsque considérée à périmètre constant. Ainsi, avec une activité en constante augmentation et des charges contraignantes importantes, les HUG doivent mettre en place une politique globale d'efficience visant à gagner en productivité.

Une indemnité monétaire en baisse de 42 MCHF depuis 2012 à périmètre constant

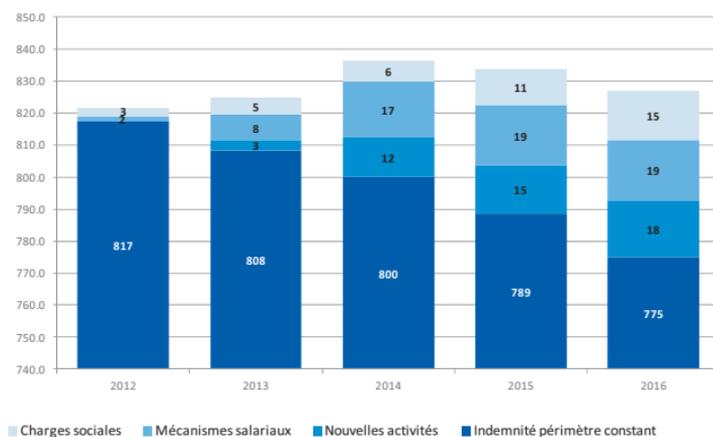


Figure 15. Evolution de l'indemnité de l'Etat entre 2012 et 2016 (en MCHF)

3.3.2. Lettre de cadrage

Compte tenu du refus du Grand Conseil d'entrer en matière sur le projet de budget 2016, lors de sa séance du 18 décembre 2015, le système des douzièmes provisionnels du budget 2015 a été mis en place pour 2016 par l'Etat tout en intégrant toutefois les réductions budgétaires demandées en 2016. Cela a conduit l'Etat à octroyer une indemnité 2016 d'un montant de 825.8 MCHF plus bas que le montant de 2015 de 833.6 MCHF.

La formalisation de l'indemnité monétaire de fonctionnement de 825'806'278 CHF figure dans la lettre de cadrage du DEAS du 02 août 2016.

Outre cette base budgétaire historique, un crédit supplémentaire a été octroyé par la Commission des finances du Grand Conseil au titre de l'ouverture de Curabilis (947'268 CHF) et de la prise en charge des migrants (945'000 CHF non budgété en 2016).

Le budget 2016 de l'indemnité se répartit donc comme suit :

	Indemnité monétaire de fonctionnement	Crédit supplémentaire (Curabilis)	Total
Subvention de soins	CHF 498'139'455		CHF 498'139'455
Subvention recherche et enseignement	CHF 188'126'910		CHF 188'126'910
Subvention missions d'intérêt général	CHF 139'539'913	+ CHF 947'268	CHF 140'487'181
Total	CHF 825'806'278	+ CHF 947'268	CHF 826'753'546

3.4. Présentation des comptes entre 2012 et 2016¹⁶

(en MCHF)	2012	2013	2014	2015	2016	
					HUG hors JMM	JMM
Total des Produits	1'724.7	1'759.7	1'758.9	1'792.4	1'845.8	18.9
Total Recettes	772.4	814.4	905.4	929.4	993.3	8.2
Recettes médicales	721.4	762.5	853.3	873.1	902.5	7.6
Autres recettes	51.0	51.9	52.1	56.2	90.8	0.6
Total Subventions	940	945	853	863	852	11
Total Subvention Etat	938.7	943.8	852.1	861.2	850.4	10.7
Indemnité monétaire de fonctionnement Etat	821.6	824.9	836.3	833.6	825.8	10.4
Indemnité à distribuer (contrat prestation)	-	-0.1	-17.3	-2.8	-7.1	-
Indemnité de fonctionnement non monétaire	88.3	85.1	-	-	-	-
Indemnité supplémentaire Curabillis	-	-	-	-	0.9	-
Indemnité supplémentaire Migrants	-	-	-	-	0.9	-
Produits différés de subventions d'investissement	28.1	33.5	32.3	29.9	29.6	0.2
Autres subventions	0.7	0.5	0.7	0.6	0.2	-
Autres Subventions et dotations internes	1.5	1.5	1.4	1.8	2.0	-
Financement par résultat anticipé	12.1	-	-	-	-	-
Total des Charges	1'724.7	1'759.3	1'706.8	1'784.0	1'824.5	18.8
Charges de personnel	1'265.8	1'291.4	1'288.6	1'351.4	1'402.7	14.8
Autres charges	458.9	467.9	418.2	432.5	421.8	4.0
Matériel médical d'exploitation	164.1	169.8	180.4	187.8	191.0	0.6
Charges de produits alimentaires	20.7	19.6	20.6	20.2	21.1	0.6
Charges de ménage	15.7	15.4	16.8	15.8	15.1	0.2
Entretien et réparations	26.8	25.3	28.8	31.3	29.1	0.4
Charges d'utilisation des immobilisations	28.9	31.8	44.7	62.1	62.5	1.4
Investissements liés aux PL activés	28.1	33.5	32.3	8.1	8.4	-
Location non monétaire	60.4	60.9	-	-	-	-
Charges d'énergie et eau	17.3	17.4	17.6	17.6	15.5	0.3
Charges financières (part monétaire)	0.7	1.0	0.9	2.1	1.4	0.0
Charges financières (part non monétaire)	27.8	24.2	-	-	-	-
Charges de l'administration et de l'informatique	29.1	25.6	28.0	31.7	32.1	0.2
Autres charges liées aux patients	7.6	8.6	8.9	9.7	10.5	0.1
Autres charges non liées aux patients	31.7	34.7	39.2	46.3	35.1	0.1
Résultat comptable	-	+0.4	+52.0	+8.4	+21.3	+0.1
Neutralisation des éléments exceptionnels	-	-	44.4	-	-18.1	-
Produit sur exercices antérieurs	-	-	-	-	-33.6	-
Variation de la provision PLEND	-	-	-	-	8.4	-
Part de résultat à distribuer à l'Etat résultant du produit comptable exceptionnel	-	-	-	-	7.1	-
Résultat opérationnel	-	-	+7.6	+8.4	+3.2	+0.1

Figure 16. Evolution des comptes entre 2012 et 2016

¹⁶ Ce chapitre inclut Joli-Mont et Montana à hauteur de 6 mois sur l'année 2016.

La présentation des comptes ci-dessus inclut les changements suivants :

- Indemnité de fonctionnement non monétaire, locations non monétaires et charges financières (part non monétaire): L'Etat a décidé la suppression de la comptabilisation des flux non-monnaïres relatifs aux locations-financements en faveur des HUG à compter de l'exercice 2014. Cette information figure dorénavant en annexe des comptes en conformité avec le manuel comptable harmonisé « MCH2 ».
- Les comptes 2016 intègrent les deux cliniques de Joli-Mont et de Montana à partir du second semestre 2016.

Afin de faciliter le comparatif historique, les données HUG présentées dans la suite de ce document n'intègrent pas les cliniques de Joli-Mont et de Montana (consolidées dans les états financiers des HUG seulement sur le second semestre 2016). Une présentation spécifique à ces deux cliniques figure dans le chapitre 4.4 de ce document.

Les commentaires ci-dessous décrivent les évolutions hors les effets techniques de présentation de comptes (cités précédemment).

Les recettes progressent plus vite que les charges alors que l'indemnité de fonctionnement stagne !

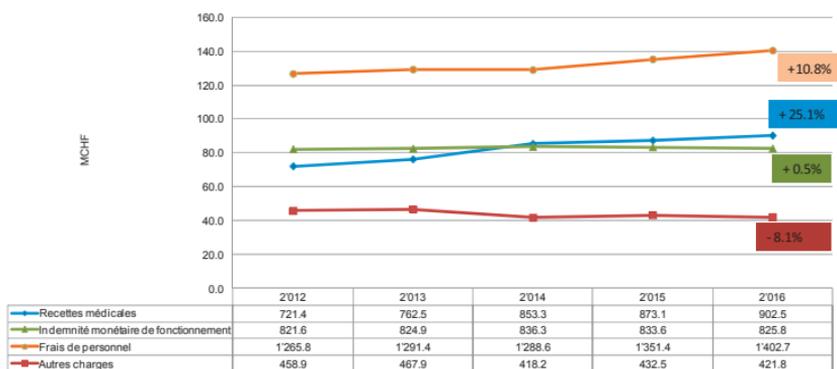


Figure 17. Evolution depuis 2012 des principaux groupes de produits et charges (sur base 100)

Les recettes médicales (+25.1%) progressent plus vite que les charges mais également que l'indemnité monétaire de fonctionnement. Ces variations sont le reflet de l'activité des HUG, de l'évolution des tarifs et des exigences en termes de ressources. Elles témoignent également des efforts entrepris afin de contenir la hausse des charges de personnel et d'optimiser les recettes médicales. Cette évolution exige de la part des HUG des efforts d'efficacité importants puisque dans le même temps les besoins augmentent.

3.5. Evolution des produits entre 2012 et 2016

De façon générale, la progression des produits citée précédemment est due aussi bien à des efforts d'exhaustivité de la facturation qu'à l'augmentation de l'activité et à la composition (évolution du mix) des activités facturables. Cette progression est d'autant plus importante que :

- Une part relative aux investissements est supposée être incluse dans les tarifs depuis 2012. Elle doit être rétrocédée à l'Etat sur la base de l'encaissement, selon les termes figurant au contrat de prestations. Cette rétrocession est pénalisante pour les HUG car les tarifs n'ont pas augmenté en conséquence. Après déduction de cette rétrocession, ces tarifs ont même baissé puisqu'ils incluent depuis 2012 une part d'investissement de 5 % pour les forfaits journaliers et de 9% pour les forfaits DRG en 2016, correspondant au coût d'utilisation des immobilisations selon la comptabilité analytique, certifiée REKOLE ®

Dans le même temps, ce manque à gagner pour les HUG n'a pu être comblé par l'indemnité d'investissements obtenue de l'Etat puisqu'elle diminue en raison de coupes parfois conséquentes par rapport au plan d'investissement initial. Cette double contrainte prive les HUG des moyens nécessaires à l'entretien et au renouvellement de ses parcs immobilier, informatique et biomédical, selon les normes en vigueur. Pour l'exercice 2016, le montant de la rétrocession s'élève à 22.3 MCHF. Il trouve sa contrepartie dans les charges (autres charges non liées aux patients dans le groupe 49).

- L'abattement pour juste valeur des débiteurs a été calculé avec un taux de 3% jusqu'en 2014. En 2015, le taux a été adapté à 2.8%, puis à 2.5% en 2016 pour tenir compte d'une amélioration du taux de recouvrement. En revanche, les règles nouvellement retenues pour le provisionnement des débiteurs douteux sont celles du service centralisé de recouvrement de l'Etat, plus dures que celles appliquées jusqu'en 2014.

La progression importante des recettes médicales entre 2012 et 2016 a pour corollaire une diminution relative de la part de l'Etat dans le financement de l'activité des HUG :

Les recettes médicales sont supérieures à l'indemnité de l'Etat depuis 2014

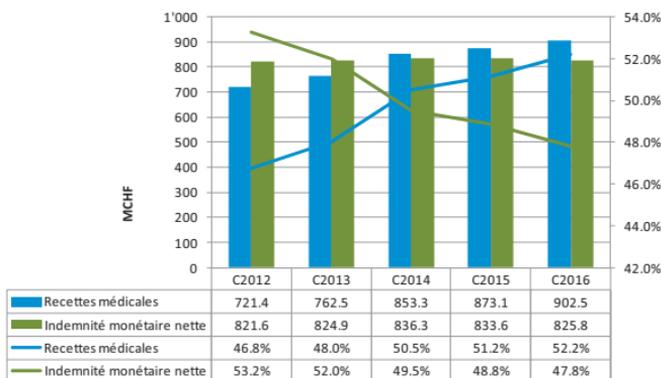


Figure 18. Evolution des principaux groupes de recettes

L'indemnité monétaire de fonctionnement ne progresse que de +0.5% sur la même période. L'indemnité 2016 revient ainsi sensiblement au niveau de 2012 (821.6 MCHF). (Cf. commentaires sur le contrat de prestations dans la partie 3.3.1).

Au titre de la réduction de 5% des charges de personnel du grand Etat, prévue entre le budget 2015 et le projet de budget 2018, l'indemnité des HUG subit annuellement une baisse de 1%. Une réduction supplémentaire de l'indemnité est appliquée chaque année au titre de la prise en compte de l'effet Noria.

Il faut rappeler qu'à partir de l'exercice 2012, cette indemnité ne comprend plus de part cantonale pour les patients du secteur privé. En 2012, cette part s'élevait à 7.3 MCHF pour 890 cas, et en 2016, à 2.2 MCHF pour 329, soit une baisse de 70.0% (5.1 MCHF). Par ailleurs, cette baisse de part cantonale entraîne un transfert de charge vers les assureurs maladie, ce qui complexifie les négociations avec eux.

3.6. Evolution des charges entre 2012 et 2016

La part des frais de personnel par rapport au total des charges augmente légèrement depuis 2014, passant de 75.5% à 76.9% en 2016. Celle des dépenses de médicaments et du matériel médical affiche une stabilité (entre 10.6% en 2014 et 10.5% en 2016).

Une augmentation moyenne annuelle de +1.2% par an des frais de personnel

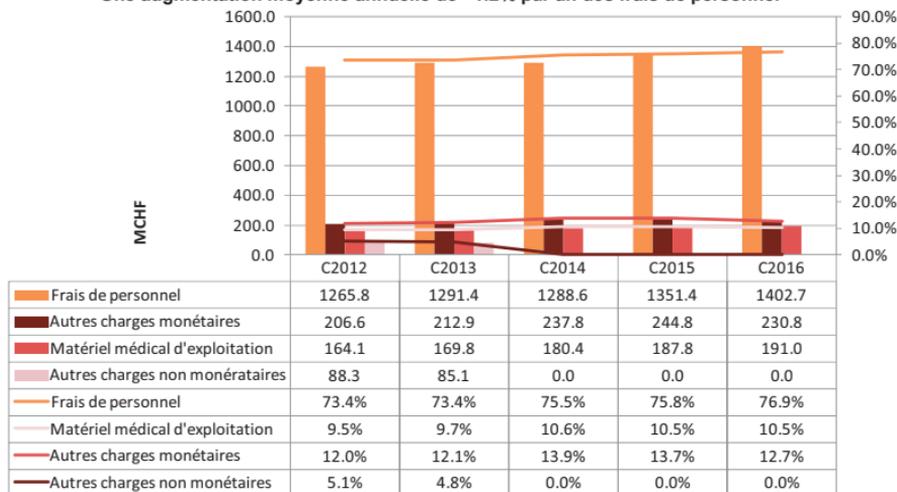


Figure 19. Evolution des principaux groupes de charges

Les charges de personnel ont progressé de 10.8% sur la période considérée, soit de +2.0% par an de 2012 à 2013, suivie d'une légère baisse constatée sur l'exercice 2014 (-0.2%). Toutefois, l'année 2015 a connu une hausse (+4.9%) liée à différents facteurs, tels que l'influence de divers ajustements de provisions (intérimaires, heures supplémentaires, litiges, Rente-Pont AVS) et une forte activité de certains secteurs (migrants, soins intensifs, obstétrique, néonatalogie). En 2016, la tendance s'est poursuivie et la hausse des charges de personnel (+3.8%) est moins marquée qu'en 2015 mais supérieure aux années précédentes.

Plusieurs raisons expliquent cette hausse :

- une très forte activité qui a par ailleurs engendré un dépassement de la dotation complémentaire, (renforcement des effectifs dans les unités de psychiatrie générale, ou le renforcement du personnel soignant et médical afin de prendre en charge l'afflux des migrants entre autres) et des honoraires;
- l'augmentation de la provision pour les Rente-Ponts AVS;
- la modification de méthode de calcul des heures de nuit et week-end des médecins, ainsi que des anticipations d'engagements prévues au budget 2017.

Les charges liées au matériel médical d'exploitation ont augmenté de 16.4% (+26.9 MCHF) sur la période considérée : +3.5% entre 2012 et 2013 et +1.7% entre 2015 et 2016 grâce à un effort d'optimisation des achats. L'augmentation de l'utilisation du matériel à usage unique, l'introduction de nouveaux médicaments et de matériel médical plus coûteux, ainsi que l'évolution des volumes consommés, constituent les principaux facteurs d'augmentation de ces charges.

Quant à toutes les autres charges monétaires (produits alimentaires, ménage, entretien & réparations, charges d'utilisation des immobilisations, énergie & eau, charges financières, administration & informatique, autres charges liées aux patients, autres charges non liées aux patients), leur quote-part poursuit la baisse initiée depuis 2014 (de 3.8% en 2014 à 2.4% en 2016).

Des commentaires détaillés figurent plus avant dans ce document dans le chapitre consacré à la présentation détaillée des comptes.

4. Présentation détaillée des comptes de l'exercice 2016

Produit opérationnel	+61.4
Recettes médicales	+61.7
Autres recettes liées à l'activité	+4.9
Ecart produits différés de subvention d'investissements	+1.9
Part du résultat à distribuer à l'Etat (non budgété) venant en déduction des produits	-7.1
Produits des exercices antérieurs	+33.6
Charges	+73.7
Personnel	+48.1
<i>dont variation la provision Rente-Pont AVS</i>	+8.4
Matériel médical d'exploitation	+8.9
Charges monétaires d'entretien et d'investissement	+6.2
Ecart investissements liés aux PL activés	+1.9
Autres charges courantes monétaires de fonctionnement	+8.6
Résultat comptable	+21.3
Neutralisation des éléments exceptionnels :	
Produits des exercices antérieurs	+33.6
Variation de la provision Rente-Pont AVS	-8.4
Part du résultat à distribuer à l'Etat résultant du produit exceptionnel lié aux écritures comptables	-7.1
Résultat opérationnel	+3.2

4.1. Evolution de l'activité aux HUG

Les indicateurs d'activité des HUG présentés ci-dessous se basent sur la structure de l'hôpital suivante :

- o l'activité hospitalière stationnaire constituée des soins aigus, de gériatrie et de réhabilitation, la psychiatrie, et les soins palliatifs et de réadaptation.

Les indicateurs de mesure comprennent les données d'activité (nombre de séjours hospitaliers, durée moyenne de séjour, taux d'occupation...) et de complexité des cas traités;

- o l'activité ambulatoire est mesurée via des indicateurs de volume d'activité (nombre de prises en charge, visites ou hospitalisations de jour...).

Ces informations sont complétées par des analyses communes aux deux types d'activités en termes :

- o d'interventions chirurgicales : la capacité de l'institution à prendre en charge les pathologies et le fonctionnement des blocs opératoires;
- o de prises en charges aux urgences : une analyse de leur évolution et de leur gestion.

La figure ci-dessous illustre synthétiquement l'évolution de l'activité des HUG depuis 2012 et montre la progression rapide de l'activité ambulatoire comparée à celle stationnaire (notamment en raison du virage ambulatoire attendu).

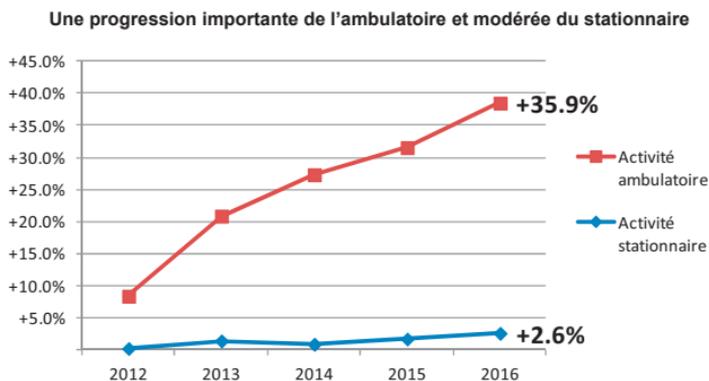


Figure 20. Evolution de l'activité des HUG en base 100

4.1.1. Activité stationnaire en hausse régulière depuis 2014

La progression de l'activité stationnaire est régulière depuis 2014 : le nombre moyen de lits en service passe ainsi de 2'005 lits à fin 2015 à 2'016 lits en 2016 avec un taux d'occupation (85.7%) positionné dans la fourchette haute des normes hospitalières. L'augmentation des lits en service est située notamment dans la division privée.

Cette progression de l'activité est générée principalement par l'augmentation et le vieillissement de la population du canton de Genève. Cette hausse est également liée à l'épisode de grippe qui a commencé plus tôt en 2016, et a nécessité jusqu'à 50 lits supplémentaires en médecine. Ainsi, 59'955 cas hospitaliers stationnaires ont été traités en 2016, soit +0.9% par rapport à 2015.

La répartition de l'activité hospitalière stationnaire montre que les soins aigus occupent le poids plus important (80.6%) en nombre de cas.

Le poids prépondérant des soins aigus dans l'activité stationnaire

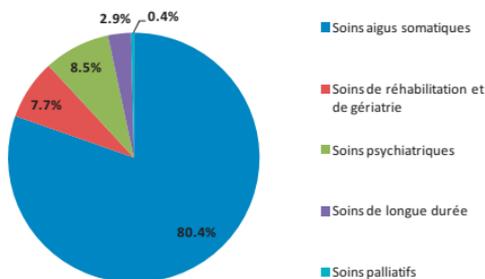


Figure 21. Répartition des séjours stationnaires par zones de soins

L'évolution par type de soins stationnaires montre que les soins aigus affichent une hausse de +6.7% depuis 2012. Les variations des autres types de soins stationnaires, même si elles sont plus importantes proportionnellement, sont à relativiser du fait du nombre de cas moins conséquent et de l'impact des durées de séjour en hausse constante.

L'activité hospitalière stationnaire en hausse constante

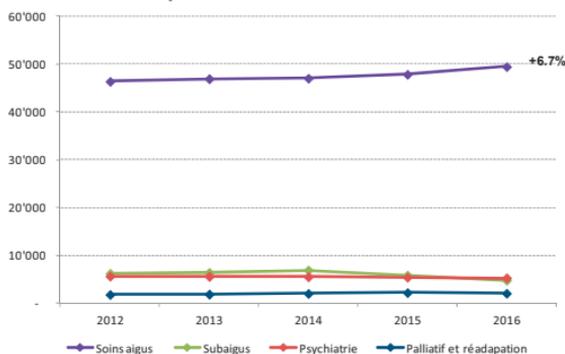


Figure 22. Evolution du nombre de séjour hospitalier

4.1.1.1. Soins aigus

Le volume d'activité des soins aigus affiche une hausse prononcée sur les deux dernières années (cf. figure ci-dessous). En 2016, ce secteur a traité 49'434 cas hospitaliers, soit une hausse de volume d'activité de +1'617 cas par rapport à 2015 (+3.4%).

L'élargissement de la zone de soins aigus somatiques visible depuis 2014

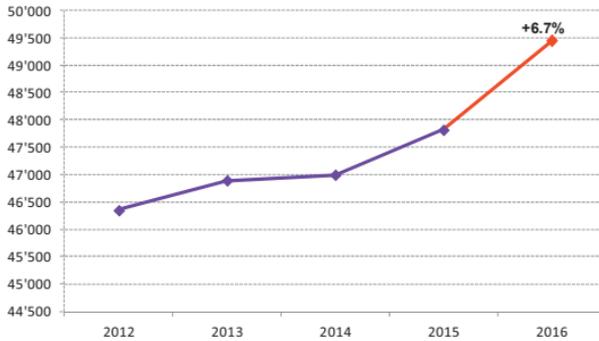


Figure 23. Evolution du nombre de séjour hospitalier

Les raisons d'une telle progression du volume d'activité reposent essentiellement sur :

- o l'extension de la zone de soins aigus aux Trois-Chêne : avec le vieillissement de la population, il était primordial d'améliorer la prise en charge des patients en soins gériatriques et palliatifs. Les HUG ont ainsi élargi la zone de soins aigus somatiques et réalisé un transfert d'activité des soins subaigus vers les soins aigus. Cette réorganisation s'inscrit dans un projet d'amélioration de la qualité des soins et s'accompagne également par la mise en service du centre d'accueil d'urgence aux Trois-Chêne et d'un plateau d'imagerie sur le même site. A noter que la moitié environ des patients séjournant aux soins aigus des Trois-Chêne quitte directement les HUG, sans nouveau transfert vers les soins subaigus;
- o la médecine de premier recours dont l'activité est en progression par rapport à l'année passée en raison des urgences et en partie des migrants;
- o le département de l'enfant et de l'adolescent qui affiche une progression du nombre de cas traités par rapport à l'année passée et dont environ la moitié proviennent des urgences pédiatriques;
- o la hausse de la demande en neurologie et de neurochirurgie qui a contribué à la fusion des soins continus;
- o L'ouverture d'une zone de soins aigus dans le service de médecine palliative de Bellerive.

Certains secteurs ont souffert d'une baisse du volume d'activité par rapport à l'année passée :

- o la chirurgie a pâti d'une baisse de l'activité estivale plus marquée que les années précédentes;
- o la gynécologie et l'obstétrique accusent une baisse d'activité (-2% par rapport à l'année passée), qui était attendue et qui est expliquée par les changements de la législation française au 1^{er} juin 2014 concernant l'assurance maladie des frontaliers. A noter toutefois que le nombre de naissances reste élevé (4'101 en 2016 par rapport à 4'141 en 2015).

Le cost-weight moyen¹⁷ est supérieur à la cible (1.21 points contre 1.17 points au budget). Cette bonne performance révèle non seulement le traitement de cas plus lourds que prévus sur 2016, mais également l'amélioration de la qualité et de l'exhaustivité de la documentation et du codage.

La durée moyenne de séjour est en légère hausse (6.8 jours en moyenne en 2016 contre 6.4 jours en 2015) en raison de l'augmentation des patients en zone de soins aigus aux Trois-Chêne dont les durées de séjour sont généralement supérieures à la moyenne HUG. La durée moyenne de séjour des autres services de la zone de soins aigus est conforme aux objectifs et reste stable malgré des cas de plus en plus complexes. Cette stabilité est le résultat des efforts menés depuis plusieurs années par les HUG pour anticiper la sortie du patient et restreindre le nombre de journées d'hospitalisation inappropriées, notamment grâce à la mise en place d'itinerary Patients Managers (IPM) dans les services de neurochirurgie, neurochirurgie et de médecine interne en gériatrie. Ces IPM sont chargés de suivre la trajectoire du patient pour anticiper sa sortie.

Les patients extra-cantonaux

Le nombre de patients extra-cantonaux affiche une légère hausse : 3'243 en 2016 par rapport à 3'148 en 2015, soit +95 patient (+3.0%), principalement pour les patients provenant du canton de Vaud.

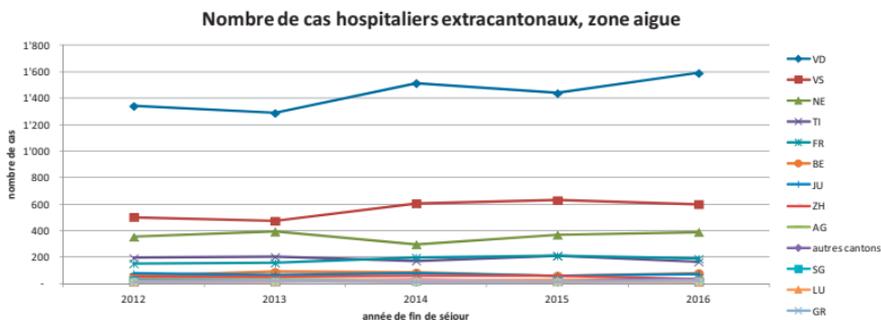


Figure 24. Evolution du nombre de patients extra-cantonaux pour les soins aigus par canton

4.1.1.2. Soins de réhabilitation et de gériatrie (soins subaigus)

Le transfert d'activité, aux Trois-Chêne des soins subaigus en soins aigus impacte les statistiques des soins de réhabilitation et de gériatrie avec -1'086 cas par rapport à 2015.

La durée moyenne de séjour dans les soins de réhabilitation et de gériatrie (22 jours) s'améliore légèrement par rapport à l'année passée (23 jours) et respecte l'objectif fixé (24 jours).

¹⁷ Le cost-weight est un indice reflétant la lourdeur de prise en charge d'un cas soigné. Plus le cas soigné est lourd, plus le cost weight est important.

Le transfert d'activité du subaigu vers les soins aigus aux Trois-Chêne

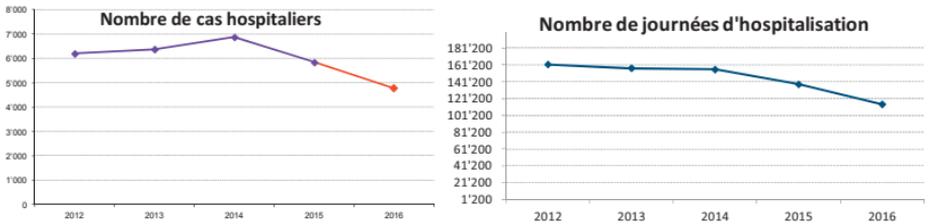


Figure 25. Evolution du nombre de cas hospitaliers et des journées d'hospitalisation en soins subaigus

4.1.1.3. Soins psychiatriques

Ce secteur souffre d'une suroccupation chronique avec 133'851 journées d'hospitalisation, soit +26% par rapport à la cible et +11.4% par rapport à 2015. Cette suroccupation intervient malgré la baisse régulière du nombre de cas hospitaliers depuis 2012 (-2.4% en 2016 par rapport à 2015). Elle découle d'une hausse de la durée médiane de séjour : 11.0 jours en 2015, 11.3 jours à fin 2016 par rapport une cible de 10 jours. Cette hausse est expliquée par une augmentation des patients en attente de placement au nombre de 40 en moyenne par jour par rapport à 35 en début d'année. Ces difficultés de placement dans des institutions spécialisées proviennent d'un changement de pratique judiciaire du canton de Genève qui conduit à une augmentation des entrées de patients faisant l'objet de mesures juridiques et à une diminution importante des sorties des patients sous mesures. Ceci contribue à une suroccupation des unités d'admission du service de psychiatrie générale.

Malgré une baisse des patients, le secteur affiche une suroccupation en raison des difficultés de placement

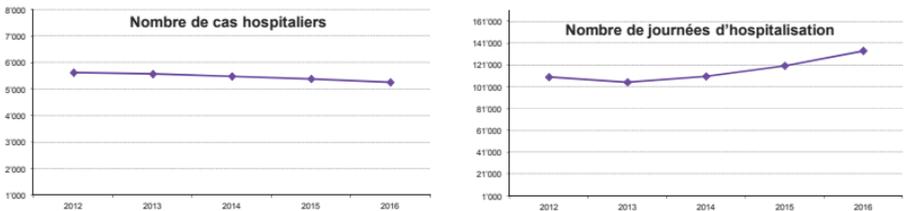


Figure 26. Evolution du nombre de cas hospitaliers et des journées d'hospitalisation en psychiatrie

Pour réduire la suroccupation et fluidifier le transfert des patients, différentes mesures ont été mises en place dont un case-manager de transition et la modification de l'organisation de la psychiatrie adulte à partir du 1^{er} novembre 2016. Avec l'ouverture d'une unité de moyen séjour supplémentaire à Belle Idée, l'objectif est de permettre aux unités d'admission de retrouver leur vrai rôle pivot de traitement des patients à courte durée, et d'avoir d'avantage de lits pour traiter les troubles psychiatriques complexes nécessitant plusieurs semaines ou mois d'hospitalisation.

4.1.1.4. Soins palliatifs

Cette zone de soin affiche une baisse du nombre de cas de 57% (soit 290 patients) par rapport à 2015 en raison essentiellement de l'ouverture de la zone de soins aigus palliatifs. Plus de 400 patients ont été pris en charge en soins aigus palliatifs en 2016. Ce fléchissement de l'activité de la zone de soins palliatifs est accompagné par l'amélioration de la durée médiane de séjour : de 12.8 jours en 2015 à 9.3 jours en 2016.

Ce secteur affiche la plus grande part des patients en attente de placement des HUG, soit 224 cas au total. Parmi ces patients, la plupart rencontre des difficultés majeures de placement, du fait de problèmes socio-économiques notamment. L'extension d'un EMS au cours de l'année 2016 a permis de transférer une partie de ces patients mais l'amélioration a été de courte durée, et les lits se sont très rapidement de nouveau remplis.

Baisse des cas en soins palliatifs liée au transfert vers les soins aigus

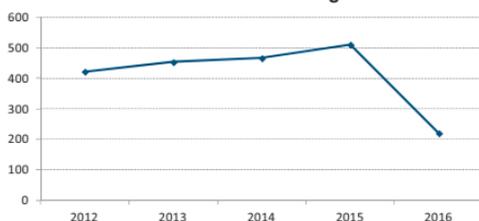


Figure 27. Evolution du nombre de cas hospitaliers en soins palliatifs

4.1.1.5. Soins de réadaptation médicale

En zone de soins de réadaptation médicale, malgré la stabilité du nombre de journées d'hospitalisation, le nombre de cas pris en charge poursuit sa croissance. Cette hausse du nombre de cas s'explique par une hausse du nombre d'entrées par les urgences (121 cas en 2016 par rapport à 102 en 2015), mais surtout par une baisse de la durée médiane de séjour (38.9 jours en 2016 par rapport à 42.0 en 2015).

Des journées stables mais un nombre de cas en hausse

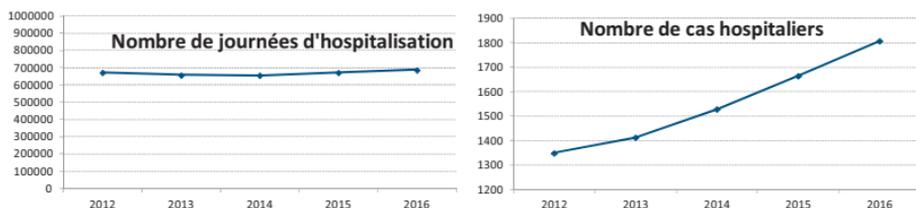


Figure 28. Evolution du nombre de cas hospitaliers en soins de réadaptation

4.1.2. Activité ambulatoire en évolution

4.1.2.1. Cartographie des soins ambulatoires

La répartition des soins par département montre une concentration importante des prises en charge ambulatoires sur 2 départements : la psychiatrie et les spécialités de médecine.

Plus de 1/3 des soins ambulatoires sont assurés par seulement deux départements

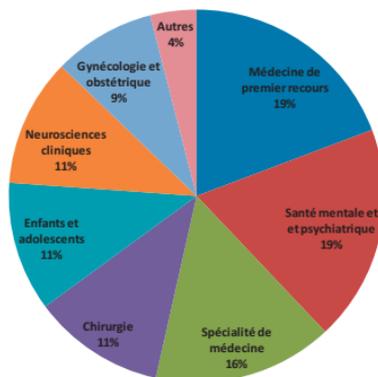


Figure 29. Répartition de soins ambulatoires¹⁸

4.1.2.2. La poursuite d'une activité soutenue

L'activité ambulatoire est en hausse régulière depuis 2012 (+35.9%) en raison notamment du virage ambulatoire attendu. En 2016, le seuil du million de prises en charge a ainsi été franchi avec 1'037'470 cas, soit +4.6% par rapport à 2015 et +3.7% par rapport aux objectifs.

Une hausse du volume d'activité en raison notamment du virage ambulatoire

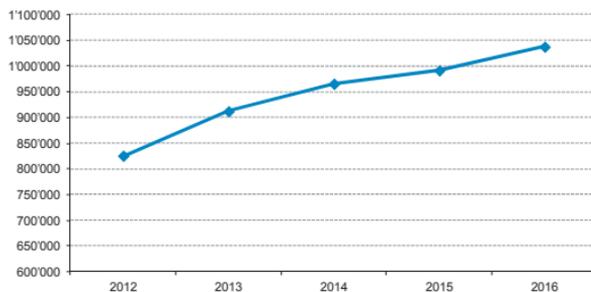


Figure 30. Evolution pluriannuelle du nombre de prises en charge ambulatoires

¹⁸ Le champ « Autre » correspond au département de l'imagerie médicale, au département d'anesthésiologie, pharmacologie et soins intensifs, au département de médecine interne, de réhabilitation et de gériatrie, et le département de médecine génétique et de laboratoire.

Les principaux facteurs qui ont mené à une hausse de l'activité ambulatoire entre 2015 et 2016 (+46'080 prises en charges de plus qu'en 2015) sont détaillés ci-dessous :

**Une hausse des prises en charge ambulatoire liée notamment aux neurosciences,
à la gynécologie obstétrique et à la crise des migrants**

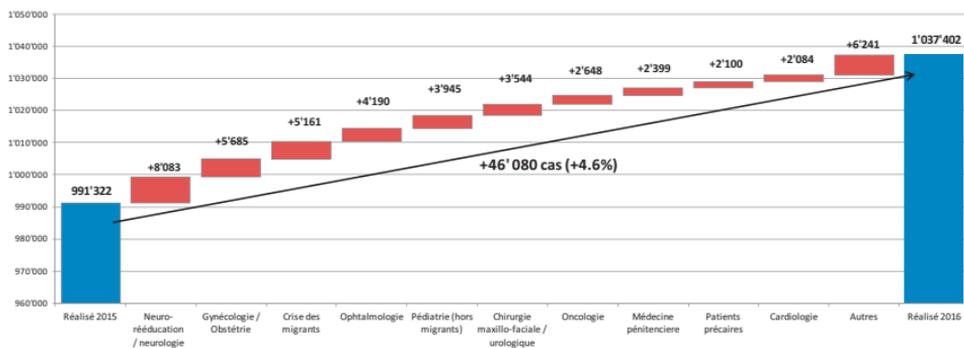


Figure 31. Facteurs contributifs à l'évolution du nombre de prise en charge ambulatoire entre 2015 et 2016

- o La neuro-rééducation et la neurologie (+8'083 prises en charge par rapport à 2015) voient leur volume d'activité augmenter suite à la création d'un hôpital de jour dont l'objectif est d'offrir aux patients la coordination de différentes thérapies sur la journée (notamment en ergothérapie, physiothérapie, neuropsychologie, logopédie et soins infirmiers), pour des pathologies neurovasculaires, la sclérose en plaques et la SLA principalement.
- o L'activité gynécologique / obstétrique (+ 5'685 de prises en charge de plus qu'en 2015) est soutenue en raison d'une hausse de :
 - o l'activité des échographies prévue au budget 2016 avec l'ouverture de plages horaires supplémentaires afin d'absorber la demande croissante et de désengorger les consultations;
 - o consultations en lien avec la procréation médicalement assistées (PMA);
 - o l'activité des urgences.
- o La crise des migrants (+5'161 prises en charge par rapport à 2015) qui touche la médecine de premier recours pour les adultes (+3'500 cas) et la pédiatrie (+1'661 cas). Pour faire face à la crise des migrants, les HUG ont renforcé les Programmes Santé Migrants Adultes et de Pédiatrie, le Centre Santé Jeune (CSJ), les CAPPi et le service de psychiatrie pédiatrique. Les requérants proviennent pour la majorité de pays en état de guerre et sont généralement accompagnés par leur famille et les enfants qui doivent être suivis régulièrement (plan vaccinal, évaluation systématique, ...). De plus, l'exposition à la guerre et à des violences génèrent divers problèmes de santé, tels que maladies infectieuses, problématiques de santé mentale et maladies chroniques décompensées. Autant dire que les structures précitées arrivent difficilement à faire face à cette croissance d'activité. Cette hausse d'activité ambulatoire a d'ailleurs pour corollaire également une hausse des frais d'interprètes.

- o L'ophtalmologie affiche une activité en hausse rendue possible grâce au renforcement de l'équipe médicale (+4'190 prises en charge par rapport à 2015).
- o La pédiatrie : (+3'945 prises en charge par rapport à 2015 sur le périmètre hors migrants¹⁹) affiche une hausse grâce à l'ouverture de nouveaux boxes et des plages horaires en polyclinique suite aux travaux réalisés à fin 2015.
- La chirurgie maxillo-faciale et l'urologique : (+3'544 prises en charge par rapport à 2015) : dans le domaine dentaire, deux unités supplémentaires ont été ouvertes en 2014. Par ailleurs, la chirurgie urologique prend en charge plus de patients complexes et des cas de comorbidité qui nécessitent plusieurs consultations préopératoires.
- o L'oncologie : (+2'648 prises en charge par rapport à 2015) en raison de la hausse des consultations post-greffe et de l'augmentation du nombre de prises en charge en stéréotaxique.
- o La médecine pénitentiaire : (+2'399 prises en charge par rapport à 2015). Cette hausse concerne notamment la prison de La Brenaz suite au projet d'ajouter 100 nouvelles places de détenus d'une part. D'autre part, des cas de comorbidités plus importantes qu'auparavant maintient le nombre moyen de consultation par prisonnier à un niveau soutenu en 2016.
- o Les patients précaires : (+2'100 prises en charge par rapport à 2015) : en lien avec la fluctuation de l'activité et l'affluence à la Consultation ambulatoire mobile de soins communautaires (CAMSCO) après une année 2015 stable.
- o La cardiologie : (+2'084 prises en charge par rapport à 2015) suite à la création et la montée en régime de l'activité « Insuffisance cardiaque » au sein des HUG.
- o Le champ « Autre » : regroupe plusieurs hausses ambulatoires plus modérées dont le total correspond à +6'241 prises en charge de plus par rapport à 2015. Il s'agit notamment de
 - o la médecine tropicale / humanitaire (+1'503 prises en charge) liées aux consultations pour les cas de Malaria/virus Zika
 - o l'activité ORL (+1'512 prises en charge) liée au dépistage de la surdité des enfants de moins de sept ans qui doit être fait dans un centre agréé et au service santé jeunesse de l'Etat qui a réduit ses prestations dans le domaine ORL
 - o les urgences ambulatoires (+1'500) sollicitées particulièrement suite à l'ouverture de nuit depuis le 1^{er} novembre 2016 et la radiologie (+784 prises en charge) liées à la bonne performance des traitements de stéréotaxie moins invasifs et plus ciblés.

4.1.3. Activité chirurgicale

L'activité chirurgicale est en croissance de +5,2% depuis 2012. En 2015, cette dynamique a été freinée notamment à cause de la réforme de l'assurance maladie des frontaliers qui a induit pour les HUG la perte d'une partie de la patientèle frontalière. L'année 2016 marque une reprise de l'activité liée aux modifications d'affiliations des patients frontaliers de la Sécurité sociale vers la LAMal ainsi qu'à une extension des plages opératoires disponibles.

¹⁹ La pédiatrie concernant les migrants ayant été présentée dans le chapitre dédié ci-dessus.

Reprise de la croissance des interventions chirurgicales en 2016

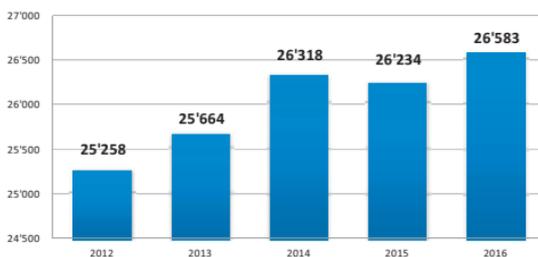


Figure 32. Evolution du nombre d'interventions chirurgicales

En 2016, les ressources nécessaires à l'extension des plages opératoires ont été pérennisées et les efforts d'efficacité dans l'utilisation des blocs opératoires ont été poursuivis. Durant l'année, les délais d'attente ont ainsi pu être maîtrisés voire réduits sur plusieurs interventions majeures. Par exemple, le suivi des délais d'attente de prothèses totales de hanches entre la 1^{ère} consultation et l'intervention est passé de 6 semaines en 2015 à 2 semaines en 2016. Dans le bloc ORL, les vacations opératoires ont été étendues lors du premier trimestre 2016. Cette mesure a permis de réduire les délais d'attente en ORL et en neurochirurgie. Ainsi, le délai d'attente pour les interventions de neurochirurgie concernant des pathologies vertébrales a été réduit de 3 semaines pour atteindre 4 ½ semaines en 2016, par rapport à plus de 7 semaines en 2015.

Au cours de l'année 2016, plusieurs réflexions se sont poursuivies sur l'avenir des blocs opératoires et leur réorganisation pour faire face à l'augmentation des besoins liés à l'évolution du bassin de population genevois ainsi qu'aux nécessités de rénovations futures. A l'horizon 2025, les axes de développement des blocs opératoires ont été définis. Dans une première étape, la répartition des spécialités et des vacations sur les divers blocs disponibles actuellement et dès 2017 a été définie. Des rocade ont eu lieu en 2016 notamment entre le bloc ORL et les blocs électifs centraux. L'objectif de ces modifications organisationnelles est d'améliorer le flux patient, d'augmenter le niveau de sécurité des interventions et de préparer l'ouverture des salles opératoires du nouveau bâtiment Gustave Julliard (BdL2) en 2017.

4.1.4. Médecine universitaire

Les activités universitaires liées à la médecine complexe et hautement spécialisée sont également en croissance. Le nombre de cas universitaires, définis par le fait que plus de 75% de ces DRG sont pris en charge dans un des hôpitaux universitaires suisses (DRG selon année de référence 2015), sont en augmentation depuis 2012.

Croissance de 38% du nombre de cas universitaires entre 2012 et 2016

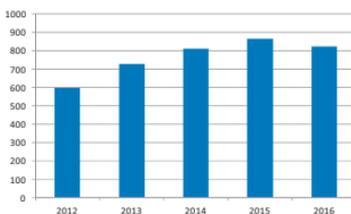


Figure 33. Nombre de cas universitaires pris en charge aux HUG

Pour l'année 2016, la proportion de cas universitaires définis par type de mission se monte à 3.4% et représente 10.7% des montants facturés.

Le projet Donneurs à Cœur Arrêté (DCA) Maastricht III a démarré cette année. L'objectif est de permettre une augmentation des cas de transplantations de reins en Suisse, par un prélèvement d'organes aux HUG chez des donneurs à cœur arrêté. Ce projet revêt un caractère majeur dans un contexte où la demande en organes à transplanter est plus élevée que l'offre. Les HUG sont ainsi les premiers en Suisse romande et le 3ème hôpital en Suisse à développer cette activité, après Zurich et Saint-Gall. Le premier effet de ce projet en 2016 est une augmentation du taux d'acceptation des proches dont les patients réunissent les critères pour entrer dans le processus de don d'organe, pour passer de 58.1% à 64.3% dans le programme DCA. Ce projet a permis d'augmenter le nombre de donneurs par million d'habitants (pmp) de 57% aux HUG (passant de 14 donneurs pmp sans le projet DCA à 22 donneurs pmp avec projet DCA). Ainsi, dix patients répartis dans toute la Suisse ont pu recevoir les reins issus du programme DCA et se portent bien. Les prochaines étapes du projet visent à étendre le programme DCA aux prélèvements de foie ainsi qu'aux patients pédiatriques.

4.1.5. Evolution des prises en charge aux urgences

Le nombre de cas pris en charge aux urgences progresse de +3.8% par rapport à 2015 et s'élève à 95'035 cas accueillis en 2016. 70.2% des urgences concernent des adultes (66'687 patients) et 29.8% des enfants (28'348 patients).

Poursuite de l'augmentation des prestations d'urgence adultes et pédiatriques

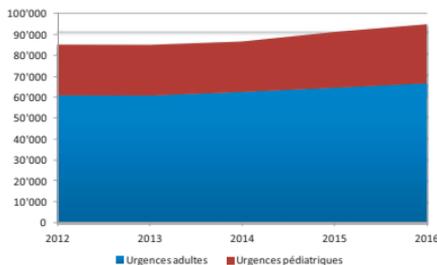


Figure 34. Evolution du nombre de prises en charge aux urgences

4.1.5.1. Les urgences adultes

Les urgences adultes progressent de +3.4% avec 66'687 patients en 2016. Ce chiffre est élevé et dépasse de 11.1% la capacité d'accueil du service des urgences adultes estimée à 60'000 entrées. Cette augmentation est d'autant plus critique que les urgences de niveau 1 (situation vitale avec installation immédiate) et 2 (situation urgente avec délai d'installation de 20 minutes) représentent plus de la moitié de la hausse totale de l'activité du service (57%). Les urgences 3 représentent les situations pathologiques où le temps ne constitue pas un facteur critique, avec un délai d'installation de 2 heures.

Les urgences les plus critiques représentent plus de la moitié de la hausse

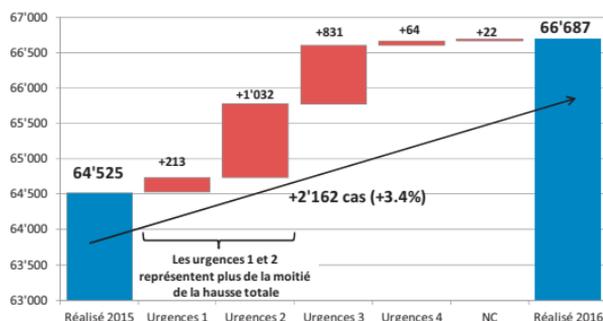


Figure 35. Evolution détaillée des urgences adultes

Les délais de prises en charge dans les urgences 1 se sont stabilisés par rapport à 2015 (87.6% des patients pris en charge immédiatement, par rapport à 86.5% en 2015), grâce aux mesures déployées depuis plusieurs années : élargissement des plateaux d'imagerie, ajout de boxes supplémentaires de consultation, amélioration des transferts des patients dans les étages, et un tri infirmier plus rapide. Ces mesures portent leurs fruits : le taux de patients séjournant plus de 24h aux urgences accuse une forte baisse entre 2013 (10.4%) et 2016 (6.5%).

Les délais d'attente pour les urgences 2 sont stables mais légèrement dégradés avec 59.6% des patients pris en charge en 20 minutes en 2016 par rapport à 61.1% en 2015. Ceci est lié à une hausse importante du nombre de patients pris en charge : +1'032 patients, soit +6% pour les urgences 2.

Les délais pour les urgences 3 ont été maintenus dans la cible (environ 60% des patients pris en charge dans les 2 heures) presque tout au long de l'année, et ce, malgré la hausse du nombre de patients pris en charge : +831 patients, soit +2% pour les urgences 3. L'amélioration de la gestion du flux ambulatoire des urgences explique cette bonne performance.

4.1.5.2. Les urgences pédiatriques

Les urgences pédiatriques affichent une hausse soutenue depuis 2012 (+3% de hausse moyenne annuelle et +4.8% depuis 2015). Cette hausse est expliquée par deux phénomènes :

- o le recours aux urgences le soir, les week-ends et vacances par une population qui n'a pas forcément de pédiatre de référence (les migrants, par exemple) et des parents qui attendent de consulter après leurs horaires de travail, dépourvus de rendez-vous en ville;
- o la bonne gestion de la file d'attente des urgences via un tri efficace, des rappels par SMS, ce qui améliore la perception de la qualité chez les parents.

4.2. Analyse des produits

Le total des produits (après déduction de la part du résultat à distribuer en 2016) s'élève à 1'845.8 MCHF. Il est en excédent par rapport au budget 2016 de 95.0 MCHF. Exclusion faite des recettes sur exercices antérieurs de +33.6 MCHF, le boni budgétaire est de 61.4 MCHF (+3.5%).

Des recettes hors exercices antérieurs supérieures au budget de +3.5%

Montants en CHF	Comptes 2016	Budget 2016	Ecart C16/B16	Comptes 2015	Ecart C16/C15		
Recettes hors produits sur exercices antérieurs	1'812'208'670	1'750'797'879	+61'410'791	+3.5%	1'791'787'260	+20'421'410	+1.1%
60-62 Recettes médicales	902'528'523	840'834'000	+61'694'523	+7.3%	873'144'078	+29'384'446	+3.4%
65-68 Autres recettes	57'227'001	54'183'000	+3'044'001	+5.6%	56'206'757	+1'020'244	+1.8%
Total des subventions et indemnités	852'453'145	855'780'879	-3'327'734	-0.4%	862'436'426	-9'983'281	-1.2%
dont total des subventions et indemnités avant distribution à l'Etat	859'575'923	855'780'879	+3'795'044	+0.4%	865'234'811	-5'658'888	-0.7%
dont total des subventions à distribuer à l'Etat	-7'122'778		-7'122'778		-2'798'385	-4'324'393	+154.5%
Produit sur exercices antérieurs	33'592'995		+33'592'995			+33'592'995	
6 Total des produits après distribution résultat	1'845'801'665	1'750'797'879	+95'003'786	+5.4%	1'791'787'260	+54'014'405	+3.0%

Figure 36. Décomposition des produits

4.2.1. Recettes liées à la facturation des prestations médicales

Montants en CHF	Comptes 2016	Budget 2016	Ecart C16/B16	Comptes 2015	Ecart C16/C15		
060 Recettes hospitalières	578'158'605	557'719'000	20'439'605	3.7%	597'608'971	-19'450'366	-3.3%
Recettes soins aigus	439'707'160	411'839'200	27'867'960	6.8%	452'892'352	-13'185'192	-2.9%
Recettes soins non aigus	138'451'445	145'879'800	-7'428'355	-5.1%	144'716'619	-6'265'175	-4.3%
061 Recettes ambulatoires	333'555'436	303'562'000	29'993'436	9.9%	302'241'236	31'314'199	10.4%
609 Déductions sur le produit des prestations aux patients	-9'185'518	-20'447'000	11'261'482	-55.1%	-26'706'130	17'520'613	-65.6%
60-62 Total recettes médicales	902'528'523	840'834'000	61'694'523	7.3%	873'144'078	29'384'446	3.4%

Figure 37. Détail des recettes médicales

Le boni sur les recettes médicales provient pour 1/2 des recettes ambulatoires et pour 1/3 des recettes hospitalières

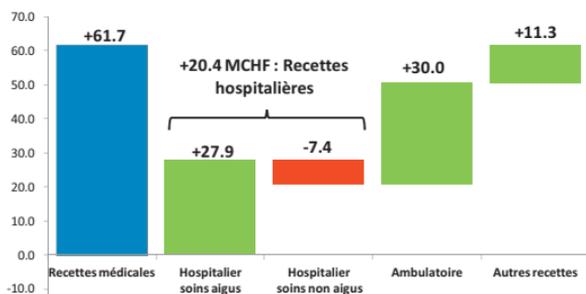


Figure 38. Décomposition de l'écart au budget des recettes médicales

Le boni budgétaire de recettes médicales de +61.7 MCHF révèle le bon niveau d'activité des HUG durant l'exercice tant sur le plan hospitalier (soins stationnaires) qu'ambulatoire. Les mesures prises par les HUG en matière de rationalisation de l'utilisation des capacités d'accueil, d'optimisation de la fluidité du parcours patient et d'amélioration de l'exhaustivité de la facturation contribuent également à ce bon résultat.

4.2.1.1. Recettes hospitalières

Montants en CHF	Comptes 2016	Budget 2016	Ecart C16/B16	Comptes 2015	Ecart C16/C15		
600 Forfaits DRG d'hospitalisation	386'610'130	370'936'200	156'739'30	4.2%	396'022'974	-9'412'844	-2.4%
603 Autres forfaits d'hospitalisation	15'787'855	10'624'000	5'163'855	48.6%	20'004'261	-4'216'406	-21.1%
604 Participation du canton GE au privé	2'635'614	2'223'000	412'614	18.6%	2'563'427	72'187	2.8%
610 Prestations unitaires med. clientèle hosp.division privée	34'673'562	28'056'000	6'617'562	23.6%	34'301'691	371'871	1.1%
Recettes soins aigus	439'707'160	411'839'200	27'867'960	6.8%	452'892'352	-13'185'192	-2.9%
601 Forfaits journaliers d'hospitalisation	138'451'445	145'879'800	-7'428'355	-5.1%	144'716'619	-6'265'175	-4.3%
Recettes soins non aigus	138'451'445	145'879'800	-7'428'355	-5.1%	144'716'619	-6'265'175	-4.3%
060 Recettes hospitalières	578'158'605	557'719'000	20'439'605	3.7%	597'608'971	-19'450'366	-3.3%

Figure 39. Recettes hospitalières

Les recettes de l'activité stationnaire à fin 2016 se chiffrent à 578.2 MCHF et sont en dépassement de +3.7% par rapport au budget. Le dépassement de +20.4 MCHF par rapport à l'objectif budgétaire est expliqué essentiellement par la zone de soins aigus (détaillé ci-après).

La baisse des recettes hospitalières par rapport à 2015 est expliquée essentiellement par :

- o la comptabilisation exceptionnelle en 2015 d'une extourne de provision de 19.5 MCHF pour risques tarifaires. En effet, fin 2014, un ajustement sur le montant des encours des séjours dépendant du tarif de référence a été effectué afin de prendre en compte un risque de baisse de tarif. En 2015, cette provision a été extournée suite à la non-réalisation du risque.
- o La comptabilisation en 2015 de la facturation de dossiers antérieurs à 2015 et qui n'avaient pas été pris en compte dans le calcul de la provision à fin 2014 (8.0 MCHF).

Les forfaits DRG représentent presque 2/3 des recettes hospitalières

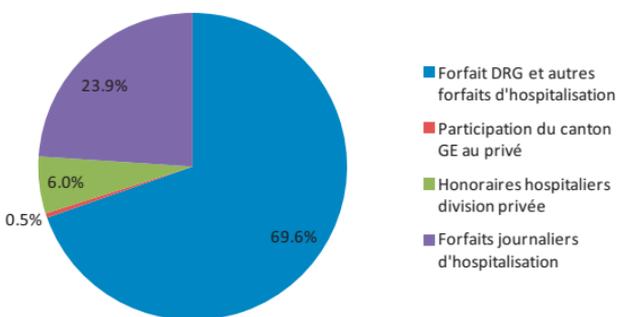


Figure 40. Répartition des recettes hospitalières

Zone de soins aigus (+27.9 MCHF par rapport au budget 2016)

Les recettes de cette zone de soins sont supérieures au budget de +27.9 MCHF en raison des principaux effets suivants :

• +8.5 MCHF liés à la hausse du cost-weight et au tarif DRG négocié

- Le cost-weight moyen aux HUG est de 1.21 points en 2016, supérieur à la cible de 1.17 pts, contribuant ainsi à la hausse des recettes. Cette bonne performance observée à travers toute l'institution est à mettre en regard de l'augmentation de la lourdeur des cas mais également de l'amélioration de la qualité et de l'exhaustivité de la documentation et du codage.

Ainsi, plusieurs actions ont contribué à l'amélioration du codage comme la mise en place d'Iterinary Patient Managers et l'utilisation de codes « CHOP ». Ces actions ont pour but d'améliorer la documentation et permettent de facturer les séjours avec exhaustivité;

- Le prix moyen du point DRG en 2016 est également supérieur au montant budgété (10'650 CHF contre 10'600 CHF), contribuant également à l'excédent budgétaire.

• +6.6 MCHF sur les honoraires privés d'hospitalisation

Cet excédent observé résulte surtout d'une meilleure application du tarif de l'AMG depuis le début de l'année. L'activité de la division privée a légèrement augmenté par rapport à l'année passée mais est restée inférieure aux prévisions.

• +3.6 MCHF des rémunérations supplémentaires DRG

Cet excédent provient principalement des prestations de transfusion pour des cas complexes notamment dans les départements de chirurgie, de médecine, d'anesthésiologie, de pharmacologie et en soins intensifs.

• +5.4 MCHF de facturation en 2016 au titre de prestations réalisées les années précédentes :

Des opérations de greffes réalisées en 2015 ont été facturées qu'en 2016, du fait de la longue durée de la prise en charge. Cette facturation s'est avérée supérieure au montant au montant provisionné.

Zone de soins hors soins aigus (-7.4 MCHF par rapport au budget 2016)

Le manco budgétaire pour les soins hors aigus est généré par le transfert d'activité aux Trois-Chêne des soins subaigus en soins aigus. Cela se traduit logiquement sur les statistiques d'activité des soins de réhabilitation et de gériatrie (soit -1'086 cas). A noter que ce manco de recettes est compensé par un excédent des recettes DRG pour la zone de soins aigus du même service médical à hauteur de 12.9 MCHF.

La psychiatrie affiche un excédent budgétaire de +1.9 MCHF provenant de l'activité soutenue dans tous les domaines (psychiatrie adulte, gériatrique et pédiatrique). Cette activité est d'ailleurs en dépassement par rapport à la cible de +26% en nombre de journées d'hospitalisation en raison notamment de la suroccupation des unités d'admissions de psychiatrie et de la hausse d'activité dans les unités de psychiatrie gériatrique et de moyens séjours par rapport à 2015 (Cf. commentaires dans le chapitre 1 Faits marquants).

4.2.1.2. Recettes ambulatoires

La progression des recettes ambulatoires de +9.9% par rapport à 2015 est plus rapide que celle de son volume d'activité qui est de +4.6%.

Montants en CHF	Comptes 2016	Budget 2016	Ecart C16/B16	Comptes 2015	Ecart C16/C15	
602 Forfaits ambulatoires	22 555 881	22 796 000	-240 119	21 824 206	731 675	3.4%
611 Prestations unitaires med. clientèle ambul. non privée	58 337 810	58 554 000	-216 190	52 409 204	5 928 606	11.3%
612 Prestations unitaires med. clientèle privée ambulatoire	11 113 203	7 885 000	3 228 203	9 173 812	1 939 391	21.1%
613 Certificats, rapports et expertises	1 474 200	1 074 000	400 200	1 685 425	-211 225	-12.5%
620 Prestations techniques tarmed	123 856 775	110 202 000	13 654 775	110 346 742	13 310 033	12.1%
621 Prestations techniques non tarmed	116 417 567	103 051 000	13 366 567	106 801 847	9 615 720	9.0%
061 Recettes ambulatoires	333 555 436	303 562 000	29 993 436	302 241 236	31 314 199	10.4%

Figure 41. Recettes ambulatoires

Les prestations TARMED regroupent les prestations unitaires médicales, les certificats, rapports et expertises et les prestations non techniques TARMED. Les recettes de ces prestations affichent une hausse de +21.0 MCHF (+12.1%) par rapport à 2015 et un excédent budgétaire de +16.9 MCHF (+9.5%), en lien direct avec l'amélioration de l'exhaustivité de la facturation. Cette hausse s'observe notamment dans les soins de premiers recours et aux urgences adultes (+6.4 MCHF liés à la hausse de l'activité et à l'amélioration de la facturation aux urgences adultes), dans les spécialités de médecine (+3.7 MCHF), en neurosciences cliniques (+2.0 MCHF), en chirurgie (+1.8 MCHF) et en pédiatrie (+1.6 MCHF). Elle s'explique pour 35% par l'augmentation de l'activité (effet volume) et pour 65% par la complexité des traitements et par les efforts d'amélioration de l'exhaustivité.

Les prestations techniques non TARMED sont constituées à 80% des prestations de laboratoires ainsi que de la vente de médicaments. Leur hausse de +9% par rapport à 2015 et le boni budgétaire de 13% sont en lien direct avec le nombre de points de laboratoires (OFAS) facturés (+8.6% par rapport à 2015). Cette hausse du nombre de points de laboratoire est la conséquence de la bonne activité ambulatoire mais aussi du regroupement des laboratoires dans le nouveau bâtiment BATLab. Ce regroupement a permis une hausse dans la capacité de production en interne et en externe. Enfin, l'augmentation des refacturations des médicaments est de +4.9 MCHF et est à mettre en regard de la hausse des coûts y relatifs (cf. commentaires sur les charges médicales d'exploitation dans le paragraphe 4.3.2).

Forfaits ambulatoires aussi appelés forfaits d'hospitalisation de jour, sont en hausse par rapport à 2015 (+3.4%, soit une hausse de 0.7 MCHF), notamment grâce au département des spécialités de médecine (Cardiologie).

A noter que les encours sur les recettes ambulatoires se chiffrent à 21.1 MCHF (16.7 MCHF en 2015). Ils représentent les prestations 2016 dont la facture n'a pas été envoyée au 31 décembre 2016. L'augmentation par rapport à 2015 est le reflet de la volonté des HUG de respecter le délai de carence de 20 jours entre la sortie du patient et l'envoi d'une facture au patient, ceci afin d'éviter au patient le désagrément de recevoir de multiples factures pour la même prestation.

4.2.2. Autres recettes (groupes 65 à 68)

L'excédent des autres recettes provient quasi exclusivement de produits sur les exercices antérieurs.

Montants en CHF	Comptes 2016	Budget 2016	Ecart C16/B16		Comptes 2015	Ecart C16/C15	
Produits hors éléments exceptionnels	57'227'001	54'183'000	3'044'001	5.6%	56'206'757	1'020'244	1.8%
65 Autres produits de prestations aux patients	5'396'504	4'505'000	891'504	19.8%	5'052'824	343'680	6.8%
66 Produits financiers	8'466'158	8'004'000	462'158	5.8%	7'937'957	528'201	6.7%
68 Produits prestations au personnel et à des tiers	43'364'339	41'674'000	1'690'339	4.1%	43'215'976	148'363	0.3%
Produits sur exercices antérieurs	33'592'995	0	33'592'995		0	33'592'995	
65-68 Total autres recettes	90'819'996	54'183'000	36'636'996	67.6%	56'206'757	34'613'240	61.6%

Figure 42. Evolution des autres recettes

Autres produits de prestations aux patients (groupe 65)

L'excédent de revenus par rapport au budget de +0.9 MCHF est lié à l'hélicoptère toujours en activité mais supprimé du budget 2016.

Produits financiers (groupe 66)

L'excédent budgétaire de +0.5 MCHF est le résultat de :

- o un gain de change, d'intérêts et les frais perçus lors du recouvrement des factures de prestations médicales, comptabilisés en charge sur les exercices précédents (1.2 MCHF);
- o des revenus locatifs inférieurs à ce qui avait été budgété (-0.7 MCHF).

Cette recette est en hausse de +0.5 MCHF par rapport à l'exercice précédent en raison principalement de recettes de recouvrement et de revenus liés à des locations (parking...).

Prestations au personnel et à des tiers (groupe 68)

L'excédent budgétaire de +1.7 MCHF provient essentiellement des ventes au personnel et à des tiers, telles que les bains de Cressy, des formations envers des tiers, la commande de poches de sang... Ces recettes sont stables par rapport à l'année 2015.

Produits sur exercices antérieurs

D'un montant de +33.6 MCHF, ils sont constitués d'anciens passifs et actifs transitoires régularisés dans le cadre du contrôle intégral des comptabilités des HUG (comptabilité générale, fournisseurs et débiteurs). Ces éléments régularisés portent sur une période d'environ 15 ans, ce qui représente une moyenne de 2 MCHF non comptabilisé par an. Sur un total de 33.6 MCHF, 10.6 MCHF portent sur des écritures comptables de plus de 10 ans, 14.3 MCHF ont entre 10 et 5 ans d'ancienneté, et le solde de 8.7 MCHF concernent les 5 dernières années.

Il s'agit essentiellement :

- o des intérêts et frais de recouvrement perçus mais non affectés avant juin 2015 (4 MCHF);
- o des écarts de TVA, ou solde positif en faveur des HUG entre le taux facturé de 8% et le taux reversé à l'AFC selon la méthode des taux forfaitaires de 6% en moyenne (7.4 MCHF);
- o des ristournes de volume négociées avec les gros fournisseurs et non intégrées au résultat (6.8 MCHF);

- o des provisions pour factures non parvenues devenues sans objet ou de factures comptabilisées à double (9.3 MCHF);
- o des soldes positifs entre charges définitives et provisions (OCAS, LAA) non régularisés (1.5 MCHF);
- o des provisions diverses devenues sans objet (2.1 MCHF);
- o des transitoires divers, comptabilisations de stock erronées, facturations tiers non imputées, attribution non réalisée (2.8 MCHF).

Il s'agit des transitoires qui ont échappé aux contrôles internes et externes, comme énoncé précédemment.

4.2.3. Subventions et autres contributions de l'Etat (groupe 69)

Montants en CHF	Comptes 2016	Budget 2016	Ecart C16/B16		Comptes 2015	Ecart C16/C15	
695 Contributions des cantons	850'383'411	854'500'879	-4'117'468	-0.5%	861'168'180	-10'784'769	-1.3%
695011 Indemnité de l'Etat	826'753'546	826'753'546	-	-	833'550'970	-6'797'424	-0.8%
695015 dont indemnité monétaire de fonctionnement	825'882'278	825'882'278	-	-	833'550'970	-7'744'692	-0.9%
695017 Indemnité crédit supp. Migrant	947'268	947'268	-	-	-	+947'268	-
695013 Indemnité de fonctionnement à distribuer	945'000	0	+945'000	-	0	+945'000	-
6952 Produits différés de subventions d'investissement	-7'122'778	-	-7'122'778	-	-2'798'385	-4'324'393	+154.5%
6954 Financement par réduction de la réserve quadriennale	29'614'893	27'747'333	+1'867'560	+6.7%	29'852'332	-237'439	-0.8%
6953 Autres subventions	-	-	-	-	-	-	-
6954	-	-	-	-	-	-	-
6953	192'750	-	+192'750	-	563'263	-370'513	-65.8%
696 Contribution de la confédération	29'000	-	+29'000	-	-	+29'000	-
697 Contributions de corporations, de fondations et de privés	2'040'734	1'280'000	+760'734	+59.4%	1'831'509	+209'225	+11.4%
69 Total indemnités monétaires	852'453'145	855'780'879	-3'327'734	-0.4%	862'999'689	-10'546'543	-1.2%

Figure 43. Vue d'ensemble des indemnités de fonctionnement et autres financements de l'Etat

Le total des indemnités affichent un manco budgétaire de 3.3 MCHF en raison de la part de résultat à distribuer à l'Etat de 7.1 MCHF. Ce manco est partiellement compensé par :

- o un effet technique sur les produits différés en lien avec les subventions obtenues au travers des projets de lois d'investissements : en raison du rythme d'amortissement, la reprise de ces produits en 2016 est supérieure au budget de 1.9 MCHF (29.6 MCHF contre 27.7 MCHF prévus), en parallèle d'un écart équivalent sur les comptes d'amortissements de ces éléments activés selon les normes REKOLE@;
- o un crédit supplémentaire versé par l'Etat à hauteur de 0.9 MCHF au titre de la prise en charge des migrants mais non budgété (budget 2016 en douzièmes provisionnels);
- o les autres subventions (0.2 MCHF) et les contributions (0.8 MCHF) de fondations et de privés concernent les dons provenant de la fondation Children Action ainsi que d'autres mandats financés par l'Etat tel que le programme de formation (0.4 MCHF) et Swisstransplant (0.1 MCHF).

A noter que par rapport à 2015, l'indemnité monétaire de fonctionnement avant distribution de la part de résultat à l'Etat diminue de -6.8 MCHF (-0.8%). Cf. commentaires dans la partie 3.3.1. Contrat de prestations.

4.3. Charges

Montants en CHF	Comptes 2016	Budget 2016	Ecart C16/B16		Comptes 2015	Ecart C16/C15	
3 Charges de personnel	1'402'708'152	1'354'598'546	48'109'606	3.6%	1'351'425'584	51'282'568	3.8%
4 Autres charges de fonctionnement	421'832'368	396'199'333	25'633'035	6.5%	432'529'783	-10'697'415	-2.5%
dont Charges matériel médical et médicaments	19'101'465	182'151'000	8'859'465	4.9%	187'777'728	3'232'738	1.7%
Total charges	1'824'540'520	1'750'797'879	73'742'641	4.2%	1'783'955'367	40'585'153	2.3%

Figure 44. Evolution des charges

Les charges de personnel et de matériel médical progressent en raison de la hausse de l'activité et de la lourdeur des prises en charge. Les autres charges de fonctionnement ont fait l'objet d'efforts importants de maîtrise en 2016. Tous sont détaillés dans la suite du rapport. La figure suivante illustre la part des principaux groupes de charges par rapport au total.

Les frais de personnel représentent 76.9% des charges des HUG

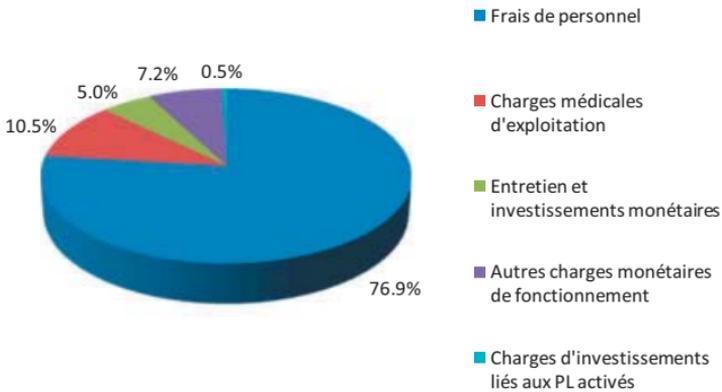


Figure 45. Composition des charges HUG 2016

4.3.1. Frais de personnel

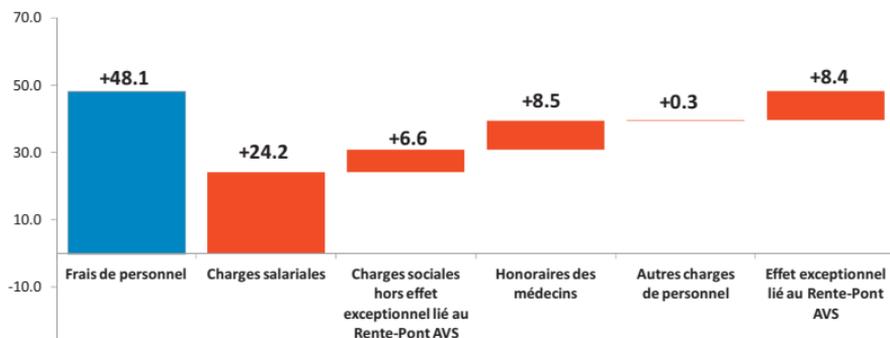


Figure 46. Décomposition de l'écart au budget des frais de personnel (classe 3)

Montants en CHF	Comptes 2016	Budget 2016	Ecart C16/B16		Comptes 2015	Ecart C16/C15	
Charges salariales	1'106'421'971	1'082'178'000	24'243'971	2.2%	1'076'061'263	30'360'708	2.8%
37 Charges sociales	249'755'474	234'718'546	15'036'928	6.4%	230'565'896	19'189'578	8.3%
38 Honoraires des médecins	39'016'632	30'509'000	8'507'632	27.9%	38'024'054	992'579	2.6%
39 Autres charges de personnel	7'514'075	7'193'000	321'075	4.5%	6'774'371	739'704	10.9%
Total	1'402'708'152	1'354'598'546	48'109'606	3.6%	1'351'425'584	51'282'568	3.8%

Figure 47. Composition des charges de personnel (par fonction budgétaire et nature de charge)

L'évolution des prestations et de l'activité des HUG nécessite, année après année, de réévaluer les ressources nécessaires. Ceci se fait dans un premier temps grâce à des réallocations de ressources en interne, puis par l'ajustement des effectifs, en lien avec les variations d'activité.

4.3.1.1. Charges salariales

Montants en CHF	Comptes 2016	Budget 2016	Ecart C16/B16		Comptes 2015	Ecart C16/C15	
Charges salariales	1'106'421'971	1'082'178'000	24'243'971	2.2%	1'076'061'263	30'360'708	2.8%

Figure 48. Evolution des charges salariales

Les charges salariales ont augmenté durant l'exercice 2016 de +2.8% soit +30.4 MCHF par rapport à l'exercice précédent et cela s'explique par ces principaux facteurs :

- Une augmentation de l'effectif (+18.8 MCHF), soit +1.3% (presque entièrement intégrée au budget 2016), en lien avec la hausse d'activité et les charges contraignantes de personnel :
 - +11.5 MCHF liés aux évolutions de l'activité : l'adaptation des ressources de psychiatrie à la planification sanitaire cantonale (unité Mistral), le déploiement des soins intermédiaires péri-interventionnels, le renforcement de la néonatalogie, la mise en place de la neuro-rééducation précoce, la création du pôle ambulatoire en neuro-rééducation, l'ouverture d'une nouvelle policlinique en pédiatrie, l'extension de la zone DRG des Trois-Chêne, le développement de la phlébologie et le soutien à l'activité de greffes hospitalières en hématologie.
- D'autres activités non médicales ont également été renforcées notamment pour assurer les missions de sécurité en lien avec les patients de Belle-Idée, pour l'ouverture du kiosque Opéra sur la terrasse, pour le processus et les règles de recouvrement (postes autofinancés par la baisse des charges de

recouvrement) et pour reprendre des prestations informatiques actuellement sous-traitées (postes autofinancés par une baisse des charges d'entretien et de réparation).

L'ensemble de ces postes ont été autofinancés et 53.4 ETP ont été intégrés au budget 2016.

- o +4.1 MCHF, soit +32.4 ETP, liés à des charges contraignantes telles que la mise en conformité des ressources pour les prises en charge aux soins intensifs, la garde pour la neurologie interventionnelle, la mise aux normes du laboratoire de médecine nucléaire et du laboratoire de thérapie cellulaire.

Des ressources supplémentaires ont également été attribuées pour faire face aux nouvelles exigences administratives liées aux structures tarifaires (TARPSY et ST Reha) et la création de zone de soins aigus aux Trois-Chêne et en soins palliatifs, générant un travail administratif supplémentaire, notamment pour les demandes de garanties de la part des assureurs. A noter que pour ces projets nécessitant des renforts administratifs, la priorité est donnée au personnel ayant un besoin de mobilité ou d'emploi adapté. Ceci permet de limiter la consommation de la dotation complémentaire, mais aussi de favoriser le maintien en emploi, notamment du personnel soignant.

- o +3.2 MCHF, soit +20.2 ETP, en lien avec le déploiement de la médecine pénitentiaire (Curabilis et La Brenaz). Ces postes ont été financés par l'Etat.

- Une hausse de la dotation complémentaire (+5.8 MCHF) : cet écart est notamment lié au renforcement des équipes médicales et soignantes pour faire face à des situations de crise telles que l'afflux de demandeurs d'asile ou la grippe saisonnière et pour accompagner des projets prioritaires des HUG. Cette hausse est également expliquée par une augmentation des taux d'absence hors maternité (+0.3%). Il est à noter que cet écart interannuel se réduit en 2016 par rapport à 2015 (+12.0 MCHF de 2014 à 2015), grâce aux diverses actions entreprises pour contenir ces charges. Ainsi, la facilitation du retour des collaborateurs après une absence et les efforts pour le maintien en emploi impactent favorablement le besoin de recourir à la dotation complémentaire. En 2016 le recours au fond FAME (Fond d'Aide et de Maintien en Emploi) est un succès : 249 collaborateurs en ont bénéficié pour un équivalent de 9'532 jours travaillés.
- Une hausse des indemnités des professions médicales et de soins (+5.8 MCHF) principalement en lien avec la mise en application de la nouvelle méthode de calcul des heures de nuit et de week-end des médecins (3.6 MCHF).

En 2016, le dépassement budgétaire de +24.2 MCHF, soit +2.2%, provient des éléments suivants :

- +16.0 MCHF de dépassement sur la dotation complémentaire et les salaires hors indemnités, expliqué par :
 - o La mise à disposition de personnel facturé par des tiers, notamment pour absorber les surcharges d'activité temporaires durant l'année : la suroccupation des unités d'admission de psychiatrie, l'afflux de demandeurs d'asile, l'extension temporaire des horaires d'ouverture des blocs opératoires de neurologie, la prise en charge des urgences ambulatoires de nuit et la grippe saisonnière;
 - o Des remplacements pour maladie, accidents, maternité et vacances. En effet, la forte pression de l'activité dans divers services des HUG nécessite des remplacements plus fréquents en cas d'absence. Ceci est accentué par une augmentation des taux d'absence notamment pour le personnel des soins infirmiers (8.9% en 2016 par rapport à 8.5% en 2015) et d'exploitation (7.9% en 2016 par rapport à 7.4% en 2015). Cette situation de tension sur l'activité a induit une évolution dans

les pratiques de remplacement des absences afin de maintenir un haut niveau de qualité des prestations;

- o Le déploiement de projets prioritaires : les collectes externes essentielles au don du sang, du Centre de Transfusion Sanguine, pour faire face aux pénuries de donneurs, le projet de prescription médicamenteuse informatisée qui a permis la gestion informatisée de toutes les substances administrées par voie intraveineuse, la mise en service de l'activité de l'imagerie forensique du CURML (Centre Universitaire Romand de Médecine Légale), la poursuite du projet « mondossiermedical.ch » et la mise en place d'ltinerary Patient Manager afin de fluidifier le parcours du patient dans l'institution. D'autres projets non directement liés aux patients ont également bénéficié de renforts, tels que des experts technico-économiques à la centrale d'achat pour aider la mise en œuvre de demandes d'économies au budget 2016 en imagerie biomédicale;
- o A noter que ce dépassement de la dotation complémentaire est atténué par les engagements progressifs des ETP durant l'année 2016 et par l'emploi de fonctions génériques inférieures de celles budgétées, notamment les difficultés de recrutement.

4.3.1.2. Charges sociales (groupe 37)

Montants en CHF	Comptes 2016	Budget 2016	Ecart C16/B16		Comptes 2015	Ecart C16/C15	
37 Charges sociales	249'755'474	234'718'546	15'036'928	6.4%	230'665'886	19'189'578	8.3%

Figure 49. Evolution des charges sociales

Par rapport à 2015, la variation des charges sociales de +19.2 MCHF provient principalement de :

- la hausse des cotisations à la caisse de pension CPEG (+9.7 MCHF), liée à la hausse des taux de 22.8% à 24% (+6.5 MCHF) et à l'augmentation de la masse salariale des HUG (+3.2 MCHF);
- la variation de la provision Rente-Pont AVS (+8.4 MCHF). Ces accroissements font suite aux modifications des conditions d'obtention de la Rente-Pont AVS ayant généré une forte demande ainsi qu'à l'application d'une nouvelle méthode de calcul prédictive;
- l'augmentation des cotisations AVS, AI, APG, AC (+2.8 MCHF) ainsi que LAA (+0.1 MCHF) suivant l'évolution de la masse salariale soumise aux charges sociales;
- la baisse des rentes refacturées aux HUG par la CPEG inférieur à 2015 (-1.8 MCHF).

Le dépassement budgétaire de 15.0 MCHF provient d'une part, de l'impact de la variation de la provision pour Rente-Pont AVS (+8.4 MCHF) et des rentes versées (+2.5 MCHF) et d'autre part, de l'impact de la hausse de la masse salariale soumise aux charges sociales (+5.0 MCHF). Cette hausse est légèrement diminuée par un écart du taux de prévoyance professionnelle favorable par rapport au budget (-0.8 MCHF).

4.3.1.3. Honoraires de médecins (groupe 38)

Montants en CHF	Comptes 2016	Budget 2016	Ecart C16/B16	Comptes 2015	Ecart C16/C15		
38 Honoraires de médecins	39'016'632	30'509'000	8'507'632	27.9%	38'024'054	992'579	2.6%

Figure 50. Evolution des honoraires de médecins

Pour mémoire, l'activité privée ambulatoire facturée selon TARMED est acquise à 100% aux HUG pour ce qui concerne les prestations liées aux infrastructures (points techniques TARMED) et à hauteur de 8% pour celles relatives à l'activité intellectuelle médicale (points médicaux TARMED). Les 92 % restants de la part médicale sont donc reversés sous forme d'honoraires aux médecins ayants-droit. Pour l'activité stationnaire, 62% des montants des honoraires facturés sont reversés aux médecins ayants-droit.

Les honoraires versés aux médecins sont en outre soumis à une retenue en faveur des fonds de service et du fonds de péréquation pour la Recherche et l'Aide au développement. L'AVS est retenue sur la partie rétrocédée aux médecins.

La hausse des honoraires de médecins en 2016 par rapport à 2015 est concomitante à l'augmentation des recettes en lien avec une meilleure application du tarif de l'AMG depuis le début d'année, notamment concernant les honoraires d'anesthésie, à une légère augmentation du taux de patients privés hospitaliers (11.4% en 2016 par rapport à 11.2% en 2015), et enfin à l'augmentation de l'activité ambulatoire. L'augmentation du nombre d'ayants-droit en 2016 (+13.6%) impacte également ce poste qui comprend les honoraires à rétrocéder aux médecins ainsi que les indemnités compensatoires (5.1 MCHF en 2016, soit +0.5 MCHF par rapport à 2015).

4.3.1.4. Autres charges de personnel (groupe 39)

Montants en CHF	Comptes 2016	Budget 2016	Ecart C16/B16	Comptes 2015	Ecart C16/C15		
39 Autres charges de personnel	7'514'075	7'193'000	321'075	4.5%	6'774'371	739'704	10.9%

Figure 51. Evolution des autres charges de personnel

L'écart budgétaire s'explique par un léger dépassement des frais de recherche de personnel (+0.1 MCHF) ainsi que des frais de congrès et formation (+0.2 MCHF).

La hausse par rapport à 2015 est liée aux frais de formation continue compte tenu d'un transfert de charge du poste 475 Prestations administratives de tiers.

4.3.2. Charges de matériel, de marchandises, de services de tiers et autres charges d'exploitation (classe 4)

Le total des charges de la classe 4 est supérieur au budget de +25.6 MCHF, soit +6.5%

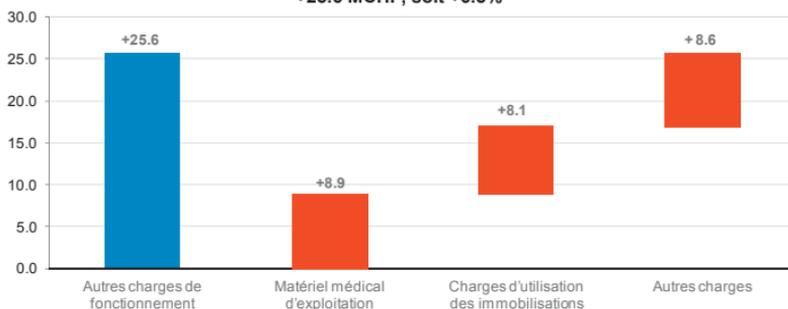


Figure 52. Décomposition de l'écart au budget des autres charges de fonctionnement (classe 4)

Montants en CHF	Comptes 2016	Budget 2016	Ecart C16/B16	Comptes 2015	Ecart C16/C15
40 Matériel médical d'exploitation	191'010'465	182'151'000	8'859'465	187'777'728	3'232'738
41 Charges de produits alimentaires	21'051'431	21'745'000	-693'569	20'171'199	880'232
42 Charges de ménage	15'143'082	15'771'000	-627'918	15'755'628	-612'546
43 Entretien et réparations	29'108'895	25'785'000	3'323'895	31'265'060	-2'156'165
44 Charges d'utilisation des immobilisations	70'902'413	62'765'333	8'137'080	70'250'866	651'548
45 Charges d'énergie et eau	15'491'781	17'066'000	-1'574'219	17'611'144	-2'119'363
46 Charges financières	1'373'269	1'573'000	-1'99'731	2'103'016	-729'747
47 Charges de l'administration et de l'informatique	32'102'040	25'616'000	6'486'040	31'653'146	448'894
48 Autres charges liées aux patients	10'509'663	8'145'000	2'364'663	9'684'191	825'473
49 Autres charges non liées aux patients	35'139'329	35'582'000	-442'671	46'257'807	-11'118'479
4 Total	421'832'368	396'199'333	25'633'035	432'629'783	-10'697'415

Figure 53. Evolution des autres charges de fonctionnement (classe 4)

Les autres charges de fonctionnement représentent 23.1% du total des charges, et s'élèvent à 421.8 MCHF. Le dépassement par rapport au budget, de 25.6 MCHF, est à mettre en regard de la forte activité notamment ambulatoire (+4.6% par rapport à 2015 et +3.7% par rapport aux objectifs), et des soins aigus stationnaires en hausse de +6.7% depuis 2012. L'amélioration des processus ainsi que du confort patient, matérialisé par des achats et des travaux supplémentaires expliquent également ce dépassement.

4.3.2.1. Charges médicales d'exploitation (groupe 40)

Montants en CHF	Comptes 2016	Budget 2016	Ecart C16/B16	Comptes 2015	Ecart C16/C15
400 Médicaments	76'471'516	73'327'000	3'144'516	73'791'035	2'680'481
401 Matériel, instruments, ustensiles, textiles	82'526'273	79'255'000	3'271'273	81'801'999	724'274
403 Films et matériel de photographie	80'781	194'000	-113'219	78'796	1'984
404 Produits chimiques, réactifs et agents diagnostiques	22'792'930	21'450'000	1'342'930	23'338'450	-545'520
405 Prestations médicales, diagnostiques et thérapeutiques par des tiers	8'490'762	7'418'000	1'072'762	8'125'416	365'346
409 Autre matériel médical	649'204	507'000	141'204	642'032	6'172
40 Total matériel médical d'exploitation	191'010'465	182'151'000	8'859'465	187'777'728	3'232'738

Figure 54. Evolution des charges médicales d'exploitation par poste (groupe 40)

Le budget 2016 a été augmenté de +9.4 MCHF par rapport au budget 2015 afin de l'adapter aux besoins. Toutefois, les comptes 2016 affichent un dépassement de 8.9 MCHF principalement pour le matériel,

instruments et ustensiles (+4.1%) et les médicaments (+4.3%). Ce dépassement en lien avec une activité soutenue, est pratiquement couvert par l'excédent des recettes de +8.6 MCHF pour la refacturation des médicaments, des transfusions et du matériel implantable.

Les charges relatives aux médicaments sont détaillées par poste comme suit :

Médicaments (poste 400)

Montants en CHF		Comptes 2016	Budget 2016	Ecart C16/B16		Comptes 2015	Ecart C16/C15	
4000	Médicaments	67'763'310	63'302'945	-4'460'465	7.1%	63'703'444	-4'079'866	6.4%
4001	Sang	7'786'648	9'107'681	-1'321'033	-14.5%	9'165'317	-1'378'669	-15.0%
4002	Produits diététiques	901'557	916'473	-14'916	-1.6%	922'273	-207'16	-2.2%
400	Total médicaments	76'471'516	73'327'000	3'144'516	4.3%	73'791'035	2'680'481	3.6%

Figure 55. Evolution des charges de médicaments

Ce poste représente près de 40% des charges médicales d'exploitation, et est constitué pour l'essentiel des médicaments et des produits sanguins.

En 2016, l'augmentation de +2.7 MCHF par rapport aux comptes 2015 est ventilée comme suit :

- médicaments : +4.1 MCHF (y compris variation du stock);
- produits sanguins : -1.4 MCHF.

Une analyse plus fine a été effectuée afin de connaître les facteurs qui ont conduit à cette évolution. Elle permet de distinguer la part due à l'effet quantité, celle due à l'effet prix et celle correspondant au solde résultant de l'abandon de certains articles compensé par l'utilisation de nouveaux articles.

Médicaments (poste 4000)

La hausse par rapport à 2015 de +4.1 MCHF est principalement due au changement des articles (+3.3 MCHF en net). L'effet quantité de +1.7 MCHF annule l'effet prix (-1.2 MCHF). Les médicaments sont constitués de presque 3'400 articles. Une analyse plus détaillée permet d'identifier les points suivants :

- les 10 articles présentant la hausse de coût la plus importante concentrent une hausse de +5.2 MCHF, expliquée principalement par l'introduction des nouveaux articles en cours d'année dont +1.3 MCHF avec le Nivolumab, indiqué dans le traitement des patients adultes atteints d'un cancer bronchique, et l'augmentation de la consommation de certains articles, dont la trithérapie orale anti-VIH à partir de 12 ans dolutégravir/abacavir/lamivudine présente aux HUG dès 2015 et dont la consommation progresse de +0.9 MCHF en 2016;

Libellé code ATC5	Qté Rept année précédente	Montant réceptionné année précédente	Qté Rept année en cours	Montant réceptionné année en cours	Ecart théorique	Cause Prix	Causes Qté	Articles non-renouvelés année en cours	Articles nouveaux année en cours
Nivolumab	0	0	827	1'326'493	1'326'493	0	0	0	1'326'493
Lamivudine, abacavir et dolutégravir	941	1'023'501	1'760	1'976'026	952'525	61'721	890'805	0	0
Tramétinib	0	0	103	702'395	702'395	0	0	0	702'395
Immunoglobulines humaines non spécifiques, application intravasculaire	4'198	3'049'283	4'994	3'574'596	525'313	-37'847	476'783	0	86'377
Pembrolizumab	37	86'319	252	504'897	418'578	-83'007	501'585	0	0
Aflibercept	573	571'258	925	912'422	341'164	-9'766	350'930	0	0
Eculizumab	32	189'049	78	454'899	265'850	-5'909	271'758	0	0
Pemetrexed	185'416	811'215	244'264	1'068'682	257'466	-0	257'466	0	0
Régorafenib	6	37'380	52	250'033	212'653	-73'926	286'579	0	0
Emtricitabine, ténofovir disoproxil et rilpivirine	1'439	1'531'826	1'651	1'732'796	200'971	-247'05	225'675	0	0
Tableau-1 / Total TOP-10					5'203'408	-173'440	3'261'583	0	2'115'265

Figure 56. Top-10 des médicaments présentant la variation la plus importante entre 2015 et 2016

- les 10 articles présentant la baisse des coûts la plus importante représente -2.9 MCHF d'économie, expliquée principalement par des baisses de quantité.

Libellé code ATCS	Qté Rcpt année précédente	Montant réceptionné année précédente	Qté Rcpt année en cours	Montant réceptionné année en cours	Ecart théorique	Cause Prix	Causes Qté	Articles non-renouvelés année en cours	Articles nouveaux année en cours
Caspofungine	2'910	1'720'748	2'176	1'310'118	-410'630	-2'104	-408'526	0	0
Sofosbuvir	23	384'931	6	23'786	-361'145	0	11'893	-373'038	0
Voriconazole	2'848	544'187	1'204	224'813	-319'373	-17'635	-383'514	0	81'776
Amphotéricine B	4'238	956'570	3'096	660'634	-295'936	-22'053	-273'883	0	0
Bévacizumab	1'624	1'730'000	1'572	1'438'098	-291'902	-23'241	-268'661	0	0
Raltégravir	968	734'338	601	448'697	-285'641	-7'230	-278'411	0	0
Emtricitabine, ténofovir disoproxil et éfavirenz	1'560	1'747'455	1'311	1'468'531	-278'924	-3	-278'921	0	0
Solutions pour l'alimentation parentérale, assi	5'087	756'178	4'070	515'315	-240'864	7'716	225'944	-489'048	14'525
Ipilimumab	56	849'309	45	622'107	-227'202	-46'902	-180'300	0	0
Lamivudine et abacavir	585	332'013	275	154'030	-177'983	-2'044	-175'938	0	0
Tableau-2 / Total TOP-10					-2'889'599	-113'495	-2'010'319	-862'086	96'301

Figure 57. Top-10 des médicaments présentant la diminution des coûts la plus importante entre 2015 et 2016

Les unités médicales de l'hôpital dont la part à la consommation 2016 de médicaments est la plus élevée sont le service de consultation VIH (10.0 MCHF), le service d'oncologie (9.6 MCHF), l'unité d'investigation et de traitements brefs – UITB (4.0 MCHF) et le service de rhumatologie (3.3 MCHF). A noter que les 15 unités les plus consommatrices de médicaments totalisent à elles seules 64%, soit 43.6 MCHF, du montant total.

Produits sanguins (poste 4001)

Les produits sanguins sont constitués d'environ 70 articles. La baisse de -1.4 MCHF par rapport à 2015 est expliquée par un effet quantité très favorable (-2.1 MCHF), ainsi qu'un effet prix presque neutre, en partie compensée par des effets de changements d'articles défavorable (+0.8 MCHF). Ainsi les mesures initiées en 2015 au Centre de Transfusion Sanguine ont permis d'augmenter la production interne, et ainsi de limiter les achats externes, malgré la hausse des transfusions (cf. commentaires sur les rémunérations supplémentaire DRG dans le paragraphe 4.2.1.1 Recettes hospitalières).

L'analyse plus détaillée des 10 plus grandes variations des produits sanguins permet d'identifier -1.4 MCHF d'économie.

Libellé code ATCS	Qté Rcpt année précédente	Montant réceptionné année précédente	Qté Rcpt année en cours	Montant réceptionné année en cours	Ecart théorique	Cause Prix	Causes Qté	Articles non-renouvelés année en cours	Articles nouveaux année en cours
Eptacog alfa activé (facteur de coagulation recombinant VIIa)	534	1'222'200	159	378'853	-845'347	-59'077	-786'270	0	0
Factor VIII Inhibitor Bypassing Activity - FEBA	374	467'443	30	75'410	-392'033	37'914	-429'947	0	0
Fibrinogène humain - facteur I de la coagulation sanguine	1'975	617'597	1'297	407'152	-210'445	1'571	-212'016	0	0
Albumine	14'259	712'309	11'123	519'280	-193'028	-10'305	-246'300	0	63'577
Nonacog alfa (facteur IX de coagulation recombinant)	95	220'299	47	119'581	-100'719	4'405	-96'684	-6'440	0
Inhibiteur C1, dérivé du plasma	150	111'548	117	90'290	-21'258	3'282	-24'541	0	0
Facteurs de coagulation IX, II, VII et X en association	902	147'952	822	127'806	-20'146	-7'024	-13'122	0	0
Facteur de coagulation VIII	1'010	1'603'110	904	1'590'298	-12'812	-9'840	-301'174	-18'756	316'960
Fondaparinux	1'220	25'956	633	13'752	-12'204	242	-12'447	0	0
Défibrotide	178	944'518	270	1'325'109	380'591	-97'980	-0	0	478'570
Total TOP-10					-1'427'401	-136'812	-1'214'501	-25'196	859'107

Figure 58. Top-10 des produits sanguins présentant les variations les plus importantes entre 2015 et 2016

Les unités médicales de l'hôpital, dont la part à la consommation 2016 de produits sanguins est la plus élevée, sont dans l'ordre l'unité d'hémostase (1.8 MCHF), le centre de transfusion sanguine (1.4 MCHF), l'anesthésiologie et soins intensifs (0.8 MCHF) et l'unité hémato-oncologie (0.5 MCHF). A noter que les 15

unités les plus consommatrices de produits sanguins totalisent à elles seules 80% du montant total, soit 6.3 MCHF.

Matériel, instruments, ustensiles, textiles (poste 401)

Montants en CHF	Comptes 2016	Budget 2016	Ecart C16/B16		Comptes 2015	Ecart C16/C15	
4010 Matériel de pansement	3'760'761	3'686'187	74'574	2.0%	3'804'649	-43'888	-1.2%
4011 Matériel de suture	3'614'715	3'260'286	354'429	10.9%	3'365'061	249'654	7.4%
4012 Matériel d'implantation	31'564'843	31'047'339	517'504	1.7%	32'045'100	-480'257	-1.5%
4014 Instruments chirurgicaux	13'366'277	12'144'639	1'221'638	10.1%	12'534'928	831'349	6.6%
4015 Matériel de laboratoire	3'494'098	3'428'045	66'052	1.9%	3'538'212	-44'114	-1.2%
4016 Textiles à usage unique	2'946'996	2'876'658	70'338	2.4%	2'969'104	-22'109	-0.7%
4017 Matériel à usage unique	23'778'583	22'810'387	968'197	4.2%	23'543'439	235'145	1.0%
401 Total matériel, instruments, ustensiles et textiles	82'526'273	79'255'000	3'271'273	4.1%	81'801'999	724'274	0.9%

Figure 59. Evolution des charges de matériel, instruments, ustensiles et textiles

Ce poste représente 43.2% des charges de matériel médical d'exploitation et est plutôt stable par rapport à l'exercice précédent.

Le dépassement par rapport au budget de 3.3 MCHF s'explique principalement par les achats conséquents de matériel pour les blocs opératoires afin de faire face à la complexité croissante des interventions et aussi à la hausse d'activité. Contribuent également à l'écart budgétaire, les charges de matériel d'incontinence (0.8 MCHF), budgétisées au poste 420.

Par rapport à 2015, contribuent principalement à la hausse de +0.7 MCHF, les instruments chirurgicaux, le matériel de suture, le matériel de perfusion-nutrition, et le matériel à usage unique (clip, agrafeuse linéaire, packs Vitrectomie, pince mors petit, lames, trocart, sac extraction, set canules, etc.).

Films et matériel de photographie (poste 403)

En raison de l'introduction des technologies numériques, les dépenses sont maintenant stabilisées à un niveau modeste inférieur à 0.1 MCHF.

Produits chimiques, réactifs et agents diagnostiques (poste 404)

Le dépassement de +1.3 MCHF par rapport au budget est surtout lié aux quantités des produits consommés et à l'introduction des nouveaux articles en cours d'année, en lien avec une forte activité des laboratoires.

L'analyse plus détaillée des 10 plus grandes variations des produits chimiques, réactifs et agents diagnostiques permet d'identifier +1.0 MCHF.

Libellé article	Qté Rcpt année précédente	Montant réceptionné année précédente	Qté Rcpt en cours	Montant réceptionné année en cours	Ecart théorique	Cause Prix	Causes Qté	Articles non-renouvelés année en cours	Articles nouveaux année en cours
Xoligo, 6 MBq Bayer	13	74 807	69	335 016	260'409	-60'973	321'383	-	-
FTD Respiratory Pathogens 21 (nulle version), 64nm	36	66 951	110	204 574	137'622	-	137'622	-	-
NextSeq 500 High Output kitv2, 300 cycles	11	43 707	32	130 592	86'885	3'444	83'441	-	-
Fluorethyltyrosine F-18, 200 MBq (emb)	3	6 521	38	83 422	76'902	829	76'073	-	-
TG NextSeq® 500 High Output Kit v1 (75 cycles) ILLUMINA	-	-	48	76 452	76'452	-	-	-	76'452
BRCA.MASTR Dx, kit 40nm	-	-	14	75 964	75'964	-	-	-	75'964
BD Max MRSAXT EU, 24 tests	-	-	120	74 650	74'650	-	-	-	74'650
ID Lisa/Coombs p18 tests AHGicarte, 112x12 pcses	-	-	15	73 947	73'947	-	-	-	73'947
Eau enrichie en oxygène 18 (H2o18) MARSHALL, flacon 50l	-	-	20	67 158	67'158	-	-	-	67'158
MSeq Reagent Kit v3, 600 cycles	4	6 593	52	73 194	66'601	-12'621	79'122	-	-
Total TOP-10					995'590	-69'221	697'640	-	367'171

Figure 60. Top-10 des produits chimiques, réactifs et agents diagnostiques présentant les variations les plus importantes entre 2015 et 2016

Prestations médicales, diagnostiques et thérapeutiques fournies par des tiers (poste 405)

Le dépassement budgétaire de +1.1 MCHF et la hausse de +0.4 MCHF par rapport à 2015, doivent être mis en relation avec la facturation des prestations de Swisstransplant, suite à l'entrée en vigueur en 2012 de la nouvelle convention sur les transplantations.

Autre matériel médical (poste 409)

Ce poste est stable en 2016 par rapport à 2015 et comprend principalement des produits de soins corporels, et divers animaux de laboratoire.

4.3.2.2. Autres charges de fonctionnement (groupes 41 à 49)

Charges de produits alimentaires (groupe 41)

Montants en CHF	Comptes 2016	Budget 2016	Ecart C16/B16	Comptes 2015	Ecart C16/C15		
41 Charges de produits alimentaires	2'951'431	2'1745'900	-693'569	-3.2%	20'171'199	880'232	4.4%

Figure 61. Evolution des charges liées aux produits alimentaires

L'écart favorable des charges de produits alimentaires de 0.7 MCHF est dû essentiellement à des efforts importants entrepris par le département d'exploitation en étroite collaboration avec la centrale d'achats qui ont renégocié l'ensemble des contrats avec nos divers fournisseurs.

La hausse par rapport à 2015 est à rapprocher de celle du nombre de repas produits aux HUG de +1.8% par rapport à 2015 (3'546'958 repas par rapport à 3'483'081 en 2015). La moyenne journalière du nombre de repas hors patients augmente de 3% (4'284 repas journalier par rapport à 4'161 en 2015) malgré l'arrêt de la livraison des repas à Champ-Dollon.

Charges de ménage (groupe 42)

Montants en CHF	Comptes 2016	Budget 2016	Ecart C16/B16		Comptes 2015	Ecart C16/C15	
42 Charges de ménage	15'143'082	15'771'000	-627'918	-4.0%	15'755'628	-612'546	-3.9%

Figure 62. Evolution des charges de ménage

L'écart budgétaire favorable est un effet technique : les charges de matériel d'incontinence (0.8 MCHF), sont budgétisés dans ce groupe mais comptabilisés dans le poste 401 (matériel, instruments, ustensiles, textiles), afin d'assurer la conformité avec les normes REKOLE®. Le budget 2017 a été modifié en conséquence.

Entretien et réparations (groupe 43)

Montants en CHF	Comptes 2016	Budget 2016	Ecart C16/B16		Comptes 2015	Ecart C16/C15	
43 Entretien et réparation	29'108'895	25'785'000	3'323'895	12.9%	31'265'060	-2'156'165	-6.9%

Figure 63. Evolution des charges liées à l'entretien et aux réparations

En 2016, le dépassement budgétaire de 3.3 MCHF provient principalement de charges exceptionnelles, non budgétées, en lien avec des travaux, équipements et de la main d'œuvre concernant des transferts au BdL2, Mat 3.3 et certains projets du département d'exploitation liés à des projets spécifiques d'amélioration du confort des patients et de la sécurité, tels que l'installations de mains courantes, de protections murales, renforcement des détections incendie, notamment pour améliorer la réactivité, ainsi que dans les nouveaux bâtiments des tableaux indicateurs d'étages.... Ce dépassement est en partie compensé par un non consommé de 1.0 MCHF dans les autres charges non liées au patient (poste 495).

A noter que l'engagement de trois informaticiens pour internaliser des prestations auparavant sous-traitées en externe a été financé par la baisse générée sur les charges d'entretiens et de réparation.

Charges d'utilisation des immobilisations (groupe 44)

Montants en CHF	Comptes 2016	Budget 2016	Ecart C16/B16		Comptes 2015	Ecart C16/C15	
440 Investissement non activés (<10'000.-)	20'510'040	12'813'000	7'697'040	60.1%	19'355'289	1'154'750	6.0%
441 Autres investissements	-621	3'000	-3'621	-120.7%	49'140	-49'761	-101.3%
442 Amortissements	38'462'585	37'879'333	583'252	1.5%	38'596'998	-134'412	-0.3%
444 Autres loyers (y compris leasing opérationnel)	11'930'409	12'070'000	-139'591	-1.2%	12'249'438	-319'029	-2.6%
44 Charges d'utilisation des immobilisations	70'902'413	62'765'333	8'137'080	13.0%	70'250'866	651'548	0.9%

Figure 64. Composition des charges d'utilisation des immobilisations

Le dépassement total de +8.1 MCHF est expliqué surtout par des investissements non activés pour +7.7 MCHF. Les amortissements en lien avec les investissements financés par les projets de lois sont plus élevés que le budget de 1.9 MCHF, avec un écart sur le résultat des HUG neutre puisque les produits différés évoluent en parallèle du même montant. Les autres amortissements sur les investissements financés par le budget de fonctionnement sont en baisse de 0.6 MCHF.

Il est également à noter l'acquisition de matériel informatique (dont 0.6 MCHF pour des licences), matériel biomédical et divers équipements de laboratoire pour le renouvellement des équipements du BdL2 (2.3 MCHF). Certaines dépenses non activables en raison de leur nature ont été comptabilisées en charges et non

en investissements et des ajustements REKOLE® ont été régularisés sur l'exercice 2016. Une remise à niveau pour le budget 2017 a été effectuée en tenant compte des éléments mentionnés ci-dessus.

Charges d'énergie et eau (groupe 45)

Montants en CHF	Comptes 2016	Budget 2016	Ecart C16/B16		Comptes 2015	Ecart C16/C15	
450 Electricité	7'237'440	7'321'000	-83'560	-1.1%	7'438'711	-201'271	-2.7%
451 Gaz	6'083'851	6'569'000	-485'149	-7.4%	6'903'688	-819'836	-11.9%
452 Combustibles liquides	410'555	796'000	-385'445	-48.4%	1'097'430	-686'875	-62.6%
455 Eau	1'759'934	2'380'000	-620'066	-26.1%	2'171'315	-411'380	-18.9%
45 Charges d'énergie et d'eau	15'491'781	17'066'000	-1'574'219	-9.2%	17'611'444	-2'119'363	-12.0%

Figure 65. Evolution des charges d'énergie et d'eau

Des conditions climatiques plus favorables que les années précédentes, ont permis des économies sur la consommation de gaz et d'électricité. La comptabilisation des transitoires a également eu un impact budgétaire favorable notamment pour l'eau et l'épuration.

Charges financières (groupe 46)

Montants en CHF	Comptes 2016	Budget 2016	Ecart C16/B16		Comptes 2015	Ecart C16/C15	
46 Charges financières	1'373'269	1'573'000	-199'731	-12.7%	2'103'016	-729'747	-34.7%

Figure 66. Evolution des charges financières

Le non consommé budgétaire est lié aux intérêts sur les emprunts (-0.3 MCHF), principalement pour le nouveau bâtiment des laboratoires, dont les taux ont été renégociés à la baisse.

La diminution entre 2015 et 2016 est expliquée par la charge extraordinaire en 2015 d'une différence de change défavorable de 0.7 MCHF dans les transactions avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie française.

Charges de l'administration et de l'informatique (groupe 47)

Montants en CHF	Comptes 2016	Budget 2016	Ecart C16/B16		Comptes 2015	Ecart C16/C15	
470 Matériel de bureau, imprimés, photocopies	6'206'357	5'164'000	1'042'357	20.2%	6'487'691	-281'334	-4.3%
471 Téléphone, fax, internet, ports	4'374'197	5'117'000	-742'803	-14.5%	4'246'974	127'223	3.0%
472 Documentations professionnelles, journaux	704'879	1'201'000	-496'122	-41.3%	672'017	32'861	4.9%
473 Conseil d'administration, ass. générale, organe de décision	374'200	503'000	-128'800	-25.6%	65'248	308'952	473.5%
474 Frais de représentation et déplacement	1'165'548	1'466'000	-300'452	-20.5%	1'245'463	-79'915	-6.4%
475 Prestations administratives de tiers	2'914'708	3'035'000	-120'292	-4.0%	4'108'796	-1'194'078	-29.1%
477 Publicité et relations publiques	13'900	240'000	-226'400	-94.3%	33'670	-20'070	-59.6%
478 Frais informatiques	9'886'482	6'186'000	3'700'482	59.8%	8'561'071	1'325'411	15.5%
479 Autres frais administratifs	6'462'070	2'704'000	3'758'070	139.0%	6'232'227	229'843	3.7%
47 Total charges de l'administration et de l'informatique	32'102'040	25'616'000	6'486'040	25.3%	31'653'146	448'894	1.4%

Figure 67. Charges de l'administration et de l'informatique - Evolution des divers postes

Le dépassement budgétaire de ce groupe est expliqué principalement par les autres frais administratifs (+3.8 MCHF) et par des frais informatiques (+3.7 MCHF). Pour ces derniers, des charges exceptionnelles ont été engagées par la Direction des systèmes d'information afin de financer divers travaux informatiques effectués avec l'aide de tiers. Ces développements permettent d'optimiser et de numériser plusieurs processus, dont la facturation ambulatoire et la gestion des réclamations, ces projets contribuent à l'exhaustivité de la facturation et présentent un retour sur investissement positif.

Matériel de bureau, imprimés, photocopies (poste 470)

Le dépassement budgétaire de +1.0 MCHF est à rapprocher de la mesure d'économie (0.7 MCHF) liée à l'externalisation du centre d'édition inscrite au budget 2015, qui ne s'est que partiellement concrétisée.

A noter que les frais d'imprimés qui incluent les frais de locations et maintenance de nos appareils multifonctions sont restés stables par rapport à 2015 (4.7 MCHF).

La baisse par rapport à 2015 de 0.3 MCHF est exclusivement liée aux efforts de rationalisation des achats de matériel de bureau.

Téléphones, téléfax, internet, ports (poste 471)

Le non consommé est stable depuis 2013.

Documentations professionnelles, journaux (poste 472)

Le recours de plus en plus important aux revues et livres électroniques explique ces résultats favorables.

Organe de révision (poste 473)

Tous les frais comptabilisés dans ce compte sont en rapport avec l'organe de contrôle externe des HUG. Le nouveau mandat de l'organe de révision des HUG (PricewaterhouseCoopers SA) est 25% moins cher que le précédent.

Prestations administratives de tiers (poste 475)

La baisse par rapport à 2015 de 1.2 MCHF est due au reclassement du poste des formateurs externes dans les charges de personnels (392) pour le même montant. On note également une diminution du recours aux mandats externes pour des prestations administratives de -0.2 MCHF et une augmentation de +0.3 MCHF pour des conseils d'entreprises.

Publicité et relations publiques (poste 477)

Le non consommé conséquent sur ce poste est expliqué en grande partie par le report de la date d'ouverture du BdL2.

La volonté de diminuer ces coûts se poursuit et explique une partie de la baisse par rapport à 2015.

Frais informatiques (poste 478)

Le dépassement budgétaire de 3.7 MCHF est expliqué principalement par les éléments suivants :

- 1.8 MCHF liés à des transferts de charges de crédits programme sur le compte de fonctionnement (WIFI, achat PC, informatisation des itinéraires cliniques, etc.) en conformité avec les règles REKOLE®;
- 0.9 MCHF pour des projets spécifiques de la direction des systèmes d'information dans le cadre de l'optimisation des processus de la documentation liée au patient (traçabilité des médicaments, des implants, et le projet ODIN – organisation des informations numériques), et des processus administratifs (Service-Now, automatisation de la facturation des urgences, gestion du courrier et des archives). Ces projets permettent une amélioration de la qualité des prestations pour le patient et de la facturation. Prenons l'exemple de l'intégration de la prescription des médicaments. Ces derniers sont directement

prescrits depuis le Dossier Patient Informatisé (DPI), permettant ainsi un contrôle du dosage, l'amélioration la sécurité du patient, et la facturation automatique;

- 0.7 MCHF externalisation de certaines prestations (service DESK), divers appuis techniques pour infrastructure.

Autres frais d'administration (poste 479)

Le dépassement budgétaire de +3.8 MCHF est expliqué principalement par :

- 2.4 MCHF, des frais générés par la préparation du déménagement dans le nouveau bâtiment des lits, l'organisation de séminaires et autres prestations;
- 0.8 MCHF de dépassement concernant des partenariats avec l'Université, l'EPFL et le Campus Biotech;
- 0.3 MCHF de variation des abonnements TPG;
- 0.3 MCHF de hausse de coûts liés à la petite enfance (crèches).

Autres charges liées aux patients (groupe 48)

Montants en CHF	Comptes 2016	Budget 2016	Ecart C16/B16		Comptes 2015	Ecart C16/C15	
480 Transports de patients par des tiers	5'514'337	5'034'000	480'337	9.5%	5'391'392	122'944	2.3%
484 Frais de véhicule et de transport liés aux patients	231'384	284'000	-52'616	-18.5%	277'388	-46'004	-16.6%
485 Autres prestations de tiers liés aux patients	218'468	250'000	-31'532	-12.6%	245'147	-26'679	-10.9%
486 Autres frais liés aux patients	4'545'475	2'577'000	1'968'475	76.4%	3'770'264	775'211	20.6%
48 Autres charges liées aux patients	10'509'663	8'149'000	2'364'663	29.0%	9'684'191	825'473	8.5%

Figure 68. Evolution des autres charges liées aux patients

Le dépassement budgétaire est expliqué par la hausse des deux postes : le transport des patients (dépassement de 9.5%) et les autres frais liés aux patients (dépassement de 76.4%).

- La hausse des charges de transports de patients est en lien direct avec l'augmentation de l'activité (24'000 transports en 2015 contre 29'000 en 2016).
- La hausse des autres frais liés aux patients est expliquée par les frais d'interprètes, qui augmentent en raison de l'afflux de migrants.

Autres charges non liées aux patients (groupe 49)

Montants en CHF	Comptes 2016	Budget 2016	Ecart C16/B16		Comptes 2015	Ecart C16/C15	
490 Primes d'assurances	634'543	872'000	-237'457	-27.2%	632'378	2'166	0.3%
491 Assurances responsabilité civile et protection juridique	1'569'656	4'347'000	-2'777'345	-63.9%	6'224'338	-4'654'683	-74.8%
492 Cotisations et taxes	1'557'347	1'350'000	207'347	15.4%	1'414'844	142'503	10.1%
494 Charges de véhicules et de transport	193'819	201'000	-7'181	-3.6%	191'315	2'504	1.3%
495 Autres prestations fournies par des tiers	1'299'883	1'922'000	-622'117	-32.4%	865'659	434'224	50.2%
497 Sécurité d'exploitation et surveillance	1'202'046	890'000	312'046	35.1%	1'199'195	2'852	0.2%
498 Evacuation des déchets	1'898'533	1'782'000	116'533	6.5%	1'802'657	95'876	5.3%
496 Autres charges d'exploitation	26'783'502	24'218'000	2'565'502	10.6%	33'927'422	-7'143'920	-21.1%
49 Autres charges non liées aux patients	35'139'328	35'682'000	-442'672	-1.2%	46'267'807	-11'128'479	-24.0%

Figure 69. Evolution des autres charges non liées aux patients

Pour les autres charges non liées aux patients, le non consommé de -0.4 MCHF est expliqué principalement par les variations suivantes :

- -3.0 MCHF de non consommé pour les primes RC (-0.2 MCHF) et cas RC (-2.8 MCHF), liés à la résolution positive d'un certain nombre de cas en 2016, et au plus faible nombre de nouveaux cas RC.
- -0.6 MCHF de non consommé pour les autres prestations fournies par des tiers, et l'évacuation des déchets, liés aux importants chantiers en cours. A noter qu'une partie de ce non consommé est compensé par des dépassements sur d'autres groupes de charges (43, 44 et 47, liés au déménagement BdL2).
- +2.6 MCHF de dépassement pour les autres charges d'exploitation, expliqué principalement par :
 - un dépassement de 2.9 MCHF en lien avec la participation aux investissements restituée à l'Etat. A noter que ce dernier dépassement est une charge pour les HUG, car les tarifs n'intègrent pas d'augmentation liée aux coûts des investissements;
 - un non dépensé de 0.9 MCHF sur les frais de recouvrement. Ce poste de dépense diminue fortement (-1.7 MCHF) par rapport à 2015 (5.6 MCHF). Cette baisse a été possible grâce à l'engagement de +4.0 ETP pour la reprise intégrale du recouvrement des débiteurs patients et assurances suisses;
- +0.3 MCHF de dépassement pour les frais de surveillance des bâtiments, y compris pour le chantier du BdL2;
- +0.2 MCHF de dépassement pour les cotisations et taxes.

4.4. Intégration des cliniques de Joli-Mont et Montana

4.4.1. Clinique de Joli-Mont

L'activité de la Clinique de Joli-Mont est principalement axée sur les suites de traitement de pathologies médicales et chirurgicales dans une mission de réadaptation stationnaire polyvalente (médecine interne, gériatrie, oncologie) ou spécifique à un organe (musculo-squelettique, cardiaque, pulmonaire). La clinique accueille également des patients en soins palliatifs, pour des accompagnements de fin de vie. A travers ses missions, Joli-Mont répond à un besoin réel du bassin genevois, en lien avec le vieillissement et l'augmentation de la population.

Le niveau d'activité de la clinique s'est amélioré en 2016 par rapport à 2015 tant en nombre de journées, que d'admissions ou au niveau du taux d'occupation. Nous constatons également une augmentation de l'âge moyen des patients qui est passé de 77 ans en 2010 à 79 ans en 2016. La durée moyenne de séjour se situe à 22.5 jours en 2016, se maintenant dans des valeurs comparables à la moyenne des établissements de réadaptation en Suisse pour la tranche d'âge considérée (22.6 jours en 2013 ; OFS, Statistique médicale des hôpitaux).

Année	Nombre d'admissions	Nombre de journées d'hospitalisation	Durée moyenne de séjour (en jours)	Taux d'occupation
2014	1'405	+29'932	21.03	83.68 %
2015	1'304	29'042	22.43	81.19 %
2016	1'344	30'032	22.48	83.73 %

Figure 70. Principales statistiques d'activité de la clinique de Joli-Mont depuis 2014

Le virage ambulatoire et l'introduction des DRG en 2012 ont eu pour conséquence une modification du profil des patients de la clinique, conduisant à des transferts des soins aigus vers la réadaptation de patients plus lourds et de manière plus précoce. Dans ce contexte, le ratio *nombre de soignants par lit* de la clinique de Joli-Mont est inférieur à ce que l'on peut constater dans d'autres institutions comparables, ce qui constitue également une limitation pour la prise en charge des cas les plus lourds.

En termes de développement, l'année 2016 a été marquée par un important travail d'adaptation des pratiques avec les HUG, ce qui a fortement mobilisé tous les collaborateurs, toutes les équipes et en particulier les cadres de la clinique.

Les améliorations d'activité constatées en 2016, combinées à une bonne maîtrise des charges, ont permis d'avoir une clinique bouclant notamment par un résultat à fin juin à hauteur de 175 KCHF et presque à l'équilibre à fin décembre (-11 KCHF).

4.4.2. Clinique de Montana

La Clinique de Montana assure la prise en charge globale des patients polymorbides souffrant de maladies chroniques (oncologiques, neurologiques, cardiaques, respiratoires, diabète, psychosomatiques etc.), des patients nécessitant une prise en charge psychothérapeutique, un reconditionnement général après interventions chirurgicales ou hospitalisations en milieu aigu. Pour chacun de ses patients, un plan de soins multidisciplinaires est établi, avec suivi et ajustements en cours de séjour.

La lourdeur des cas, la nécessité d'assurer des prestations médicales et soignantes dans le respect des normes de sécurité et de qualité et la perspective d'un établissement visant une accréditation FMH en tant que service de médecine interne générale de réhabilitation ont favorisé la décision de l'Etat de Genève d'accorder une augmentation de la dotation de base de 3 Equivalent Temps Plein (ci-après ETP). Ces postes ont été attribués à raison de 2.5 ETP au personnel soignant et 0.5 au personnel médical.

Statistiquement le nombre d'admissions a augmenté de 4.2 %, par rapport à 2015 (+48 patients), néanmoins les journées d'hospitalisation ont diminué de 0.2%. Les garanties de prises en charge limitées souvent à 15 jours et les refus de prolongation de certains séjours expliquent cette baisse, qui se reflète également dans la durée moyenne des séjours passant de 18.2 en 2015 à 17.5 en 2016.

Année	Nombre d'admissions	Nombre de journées d'hospitalisation	Durée moyenne de séjour (en jours)	Taux d'occupation
2012	1'261	22'009	17.4	92.51 %
2013	1'246	21'525	17.2	90.72 %
2014	1'219	22'182	18.3	93.50 %
2015	1'132	20'682	18.2	87.15%
2016	1'180	20'644	17.5	86.80%

Figure 71.Principales statistiques d'activité de la clinique de Montana depuis 2012

Sur le plan des pathologies, on constate une confirmation de la lourdeur des cas et de la complexité des profils polymorbides des patients, qui nécessitent des compétences complémentaires en médecine interne générale, d'une part et en médecine psychosomatique, d'autre part. A relever que cette complexité n'impose pas d'accroissement du plateau technique, mais une augmentation des compétences des soignants et de leur nombre.

La répartition des patients par diagnostic confirme la prévalence des réadaptations psychosomatiques qui représentent 72% des patients pris en charge. Les suites de traitement de médecine interne et autres réadaptations représentent les autres 28 %.

L'âge moyen des patients reste stable à 56 ans. Quant à leur provenance, 89 % des patients sont adressés par des médecins installés en cabinet privé et 11 % par des hôpitaux et cliniques, principalement des HUG.

L'augmentation constatée depuis 2012 des hospitalisations extra cantonales s'est confirmée en 2016, en particulier en ce qui concerne les admissions de patients valaisans et vaudois. Cela atteste que l'offre thérapeutique et les programmes de soins développés à la clinique de Montana répondent aux besoins des patients et des médecins prescripteurs de Suisse romande.

La clinique de Montana est intégrée dès le deuxième semestre 2016 aux résultats HUG. Elle a bouclé ses comptes à fin juin 2016 avec un résultat net positif de 187 KCHF et à fin décembre de 102 KCHF.

5. Conclusion

L'institution présente avec fierté une situation saine qui reflète la qualité de gestion menée à tous les niveaux. Ses comptes ont été largement revus et vérifiés par les réviseurs qui ont appuyé les actions de la Direction des finances pour présenter des comptes conformes aux exigences réglementaires.

Enfin, il est essentiel que l'institution puisse conserver les résultats de ses efforts afin de soutenir ses projets et satisfaire les besoins de la population dans un contexte de resserrement des ressources.

Brigitte RORIVE FEYTMANS
Directrice des finances

Bertrand LEVRAT
Directeur général

Annexes :

- 1) Indicateurs 2012 – 2016
- 2) Définition du contenu des groupes de comptes

Indicateurs 2012-2016

Annexe 1

Indicateur	2012	2013	2014	2015	2016
Nb de cas hospitaliers en soins aigus (1)	46'348	46'893	46'995	47'817	49'434
Nb journées hospitalières réelles					
soins aigus	293'405	285'882	280'332	302'432	333'593
soins subaigus	161'749	157'363	155'735	138'117	114'434
soins de psychiatrie	109'783	105'097	110'468	120'184	133'851
soins de réadaptation (2)	98'428	99'478	100'574	101'599	101'350
soins palliatifs	9'363	9'306	9'489	10'042	3'505
total HUG	672'728	657'126	656'598	672'374	686'733
Durée moyenne de séjour					
soins aigus	6.4	6.1	5.9	6.4	6.8
soins subaigus	24.8	23.2	22.4	23.0	22.3
soins de psychiatrie	20.9	20.1	21.5	23.7	26.2
soins de réadaptation (2)	80.3	73.7	64.0	64.3	57.1
soins palliatifs	22.9	20.8	20.8	20.2	16.2
Durée médiane de séjour					
soins aigus	3.6	3.4	3.3	3.9	4.2
soins subaigus	19.8	19.0	18.1	21.0	19.9
soins de psychiatrie	7.8	7.9	8.1	11.0	11.3
soins de réadaptation (2)	44.6	41.7	35.9	42.0	38.9
soins palliatifs	15.0	14.0	11.0	12.8	9.3
Taux d'occupation des lits	87.9%	86.7%	88.7%	88.6%	85.7%
Nombre d'interventions chirurgicales	25'258	25'664	26'318	26'234	26'583
Nombre de prises en charge ambulatoires	825'753	912'145	965'364	991'413	1'037'470
visites	758'035	813'610	855'636	878'019	922'786
semi-hospitalier	67'718	98'535	109'728	113'394	114'684
dont interventions chirurgicales ambulatoires	6'579	6'647	6'902	6'885	7'409
Délai d'admission pour urgences adultes					
immédiate pour urgences 1	92.4%	86.8%	85.9%	85.8%	86.1%
en 20 mn pour urgences 2	71.4%	58.0%	58.4%	62.0%	58.9%
en 2h pour urgences 3	66.8%	59.4%	63.8%	73.5%	70.9%
Délais moyen d'attente (entre 1^{ère} consultation et intervention), en semaines					
prothèse de hanche	4.5	6.0	7.0	6.0	2.0
sénologie	3.5	2.9	2.7	2.7	2.5
Nombre moyen quotidien de patients en attente de placement	188	197	196	200	224
Costweight moyen facturé des cas somatiques aigus (3)	1.07	1.14	1.14	1.24	1.21

(1) cette valeur peut changer avec le boucllement des cas de l'année et en particulier des cas de regroupement selon la règle SwissDRG des 18 jours

(2) comprend les patients en attente de placement

(3) en attente de boucllement des cas de l'année et en particulier des cas de regroupement selon la règle SwissDRG des 18 jours

Contenu des comptes (groupes/postes)

Recettes médicales (groupe 60 à 62) :

- produits de prestations médicales, infirmières et thérapeutiques aux patients,
- prestations unitaires médicales,
- autres prestations unitaires hospitalières,
- abattement pour juste valeur des débiteurs, provisions pour risques tarifaires (poste 609).

Prestations médicales, infirmières et thérapeutiques aux patients (groupe 60) :

- forfaits liés au diagnostic (facturation en SwissDRG),
- forfaits journaliers d'hospitalisation (zones non DRG),
- forfaits d'hospitalisation de jour,
- autres forfaits (humanitaires, transplantations),
- abattement pour juste valeur des débiteurs, provisions pour risques tarifaires (poste 609).

Prestations unitaires médicales (groupe 61) :

- prestations médicales aux patients selon TARMED (les parts techniques sont enregistrées sous « autres prestations unitaires hospitalières »),
- honoraires des médecins ayants-droit pour les parts relevant de leur patientèle hospitalisée,
- honoraires liés à des prestations de type certificats, rapports, expertises et de prestations non facturées selon la nomenclature TARMED.

Autres prestations unitaires hospitalières (groupe 62) :

- prestations techniques TARMED (points techniques qui complètent les points médicaux),
- prestations relevant des tarifs paramédicaux (logopédie, ergothérapie, physiothérapie, etc.) ou d'autres tarifs,
- produits des prestations de laboratoire,
- produits liés aux médicaments et au matériel.

Autres produits de prestations aux patients (groupe 65) :

- transports de patients,
- cardiomobile ainsi que prestations non couvertes par les assurances (p.ex. contributions du patient ou des parents pour certaines prises en charge comme les repas, le téléphone, le pressing, etc.).

Produits financiers (groupe 66) :

- loyers des parkings,
- loyers provenant de location au personnel et à des tiers,
- intérêts créditeurs sur comptes courants,
- gains de change,
- escomptes obtenus sur les factures fournisseurs.

Prestations au personnel et à des tiers (groupe 68) :

- ventes aux kiosques,
- autres ventes au personnel et à des tiers,
- prestations liées aux repas servis aux restaurants et à l'extérieur,
- crèches,
- récupération de l'impôt à la source.

Salaires et indemnités professions médicales et de soins (postes 3001 à 3005) :

- salaires des professions médicales,
- salaires des professions de soins,
- salaires des professions médico-techniques,
- salaires des professions médico-thérapeutiques,
- salaires des professions des services sociaux.

Salaires et indemnités professions d'exploitation (postes 3006 – 3008) :

- salaires des professions de l'économie domestique,
- salaires des professions de la restauration,
- salaires des professions techniques,
- salaires des professions logistiques,

Salaires et indemnités professions administratives (poste 3009) :

- salaires de toutes les professions administratives.

Dotation complémentaire

- salaires complémentaires de toutes les professions confondues.

Charges sociales (groupe 37) :

- Dépenses au titre des charges sociales (AVS, AI, APG, AC, AF, AM, prévoyance professionnelle, assurances accidents et maladie, PLEND), à charge des HUG.

Honoraires de médecins (groupe 38) :

- part des honoraires privés pour des prestations stationnaires et ambulatoires dues aux médecins. Ces honoraires ne sont effectivement versés aux médecins qu'au moment de l'encaissement des factures. Néanmoins, la charge relative aux honoraires à payer est comptabilisée durant le même mois que la facturation au patient (groupe 61). De ce fait, le décalage temporel entre le moment de l'édition de la facture et de son encaissement n'a pas d'influence sur le résultat comptable.

Autres charges de personnel (groupe 39) :

- frais de recrutement,
- frais de formation/congrès.

Matériel médical d'exploitation (groupe 40) :

- matériel d'usage courant ainsi que les prestations médicales, ainsi que diagnostiques et thérapeutiques de tiers, ne sont pas comptabilisés dans ce groupe les achats d'appareils médicaux ainsi que les charges d'entretien et de réparation d'appareils et instruments médicaux (enregistrés dans les groupes 43 & 44).

Médicaments (poste 400) :

- médicaments,
- produits sanguins,
- produits diététiques.

Matériel, instruments, ustensiles, textiles (poste 401) :

- matériel de pansement, de suture, d'implantation ainsi que les instruments chirurgicaux,
- matériel de laboratoire
- textiles à usage unique,
- matériel à usage unique,
- matériel jetable lié à l'incontinence

Films et matériel de photographie (poste 403) :

- matériel nécessaire à la réalisation de films radiologiques,
- matériel de développement.

Produits chimiques, réactifs et agents diagnostiques (poste 404) :

- produits chimiques,
- produits radioactifs,
- gaz médicaux et produits de dialyse,
- systèmes réactifs.

Prestations médicales, diagnostiques et thérapeutiques fournies par des tiers (poste 405) :

- prestations demandées à l'extérieur, comme des analyses de laboratoire que les HUG ne pratiquent pas,
- prestations médicales externes,
- travaux dentaires.

Autre matériel médical (poste 409) :

- petit matériel d'hygiène nécessaire quotidiennement aux patients durant leur séjour (produits pour soins corporels, mousse à raser, dentifrice, brosses à dents, peignes, savons, shampoing, etc.) et
- animaux de laboratoire

Charges de produits alimentaires (groupe 41) :

- produits alimentaires (viande, charcuterie, poissons, pain, articles de boulangerie, produits laitiers, œufs, riz, céréales, pâtes alimentaires, fruits, légumes),
- graisses et huiles végétales et animales,
- repas fournis par des tiers et autres produits alimentaires
- boissons.

Charges de ménage (groupe 42) :

- textiles et articles de ménage,
- lessive et produits de nettoyage
- nettoyage effectué par des tiers,

Entretien et réparations (groupe 43) :

- charges d'entretien et de réparation, comprennent la petite maintenance des immeubles, du matériel biomédical et de l'équipement informatique de moins de 50 KCHF, des véhicules, du mobilier (patients et collaborateurs) ou d'autres installations et matériels.

Charges d'utilisation des immobilisations (groupe 44) :

- investissements non activés (installations de courte durée et installations médico-technique),
- amortissements,
- loyers et leasing opérationnel.

Charges d'énergie et eau (groupe 45) :

- électricité, gaz, eau et combustibles liquides.

Charges financières (groupe 46) :

- intérêts débiteurs,
- intérêts d'emprunts,
- frais postaux et bancaires,
- pertes de change.

Charges de l'administration et de l'informatique (groupe 47) :

- matériel de bureau, imprimés, photocopies, frais de publications (poste 470),
- frais téléphoniques, affranchissements, internet (poste 471),
- journaux, livres, frais documents (poste 472),
- mandat révision comptes (poste 473),
- frais de représentation et déplacements (poste 474),
- conseil d'entreprise, mandats avocats conseils, études diverses, formateurs externes (poste 475),
- publicité et relations publiques (poste 477),
- redevances/licences informatiques, travaux informatiques par tiers, autres frais (poste 478),
- autres frais administratifs (poste 479).

Autres charges liées aux patients (groupe 48) :

- charges liées au transport de patients par des tiers,
- frais d'interprètes, frais d'animation, autres débours, aides aux malades,
- entretien des véhicules,
- transport d'analyses et d'organes,
- transport de corps.

Autres charges non liées aux patients (groupe 49) :

- primes d'assurances,
- cotisations et taxes,
- charges de véhicules et de transport du personnel,
- frais de surveillance,
- évacuation des déchets,
- frais de recouvrement des débiteurs,
- contrepartie de la part facturée aux assureurs (cf. groupe de comptes 60 dans les recettes médicales) pour financer les investissements, montant qui doit être ristourné annuellement à l'Etat sur la base des encaissements effectués. Avec les mêmes montants dans les produits, il n'y a aucun impact sur le résultat.