

Projet présenté par le Conseil d'Etat

Date de dépôt : 25 avril 2018

Projet de loi

approuvant le rapport de gestion des Hôpitaux universitaires de Genève pour l'année 2017

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 2017;
vu la décision du bureau du conseil d'administration de l'établissement public médical Hôpitaux universitaires de Genève du 12 mars 2018;
vu la décision du conseil d'administration de l'établissement public médical Hôpitaux universitaires de Genève du 19 mars 2018;
décrète ce qui suit :

Article unique Rapport de gestion

Le rapport de gestion des Hôpitaux universitaires de Genève pour l'année 2017 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 (ci-après : HUG) pour l'exercice 2017.

Le périmètre d'activité 2017 des HUG intègre pour l'année complète les activités des cliniques de Joli-Mont et Montana, alors qu'en 2016 seul le 2^e semestre 2016 était intégré. L'impact de ce changement de périmètre est une évolution des recettes de 18 912 829 F et des dépenses de 18 821 243 F.

L'année 2017 est marquée par la mise en exploitation du bâtiment Gustave Julliard et de l'étape 3.3 de la rénovation de la maternité. Cette mise en exploitation a nécessité des ressources supplémentaires, essentiellement pour l'entretien des surfaces nouvelles, les transports patients, les nouvelles salles opératoires et les nouveaux lieux d'accueil.

Le financement partiel de ces ressources supplémentaires, les économies demandées par l'Etat de Genève, de même que la pression sur les tarifs ont requis des efforts permanents de la part des HUG afin de terminer l'exercice à l'équilibre. L'amélioration permanente de la qualité des soins et des processus, l'engagement des collaborateurs, la recherche d'efficacité et le contrôle des coûts ont permis à l'établissement de maintenir le cap qu'il s'est fixé : répondre aux besoins de la population genevoise en gérant ses ressources de façon responsable.

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

Depuis 2010, la progression générale de l'activité stationnaire aux HUG s'explique en grande partie par l'augmentation et le vieillissement de la population du canton de Genève. Entre 2016 et 2017, un effet de changement de périmètre (intégration des cliniques de Joli-Mont et de Montana) vient amplifier cette tendance haussière. Ces deux effets contribuent à une hausse des recettes hospitalières de + 3,0% par rapport à l'année 2016.

La progression de l'activité s'est accompagnée d'une hausse du nombre moyen de lits en service : 2 174 en 2017 contre 2 016 lits en 2016, soit + 7,8%, exclusivement liée à l'intégration des deux cliniques. Le taux d'occupation moyen des lits est de 87,1% c'est-à-dire dans la fourchette haute des normes hospitalières (entre 85% et 90%).

Les soins aigus représentent plus de 75% de l'activité en nombre de cas.

Soins aigus

Après une année 2016 de croissance soutenue, la progression du volume d'activité des soins aigus est plus modérée en 2017 (+ 1,4% par rapport à 2016), avec 50 103 cas hospitaliers traités. En lien avec cette hausse de l'activité, les recettes hospitalières en soins aigus ont enregistré une augmentation de + 17,4 millions de francs par rapport à l'année dernière, soit + 3,9%.

La progression modérée des soins aigus est le résultat des tendances divergentes suivantes :

- 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. Les HUG ont ainsi poursuivi l'élargissement de la zone de soins aigus somatiques et réalisé un transfert d'activité des soins subaigus vers les soins aigus. Le nombre de lits en service dans les soins aigus est ainsi passé de 60 à 120. De plus, les HUG se sont dotés, dès la fin de l'année 2016, d'une nouvelle structure d'urgences gériatriques à l'Hôpital des Trois-Chêne pour les urgences non vitales;
- l'activité d'obstétrique est en hausse, avec un nombre de naissances en augmentation de +1,6% par rapport à l'année 2016 (3 830 naissances en 2017 contre 3 769 en 2016);
- le nombre d'interventions chirurgicales en gynécologie a également augmenté par rapport à 2016 (+ 3,1%);
- pour le service des urgences, le nombre de séjours supérieurs à 24 heures a fortement diminué, grâce à l'ouverture des voies ambulatoires la nuit et au centre d'urgence des Trois-Chêne;
- une baisse du nombre de cas est constatée en chirurgie viscérale, liée à l'ambulatorisation de l'activité depuis 2016. Le taux de « one-day surgery » passe ainsi de 28% en 2016 à 30% en 2017. Pour optimiser les taux d'occupation, une unité a été fermée durant la période estivale. Le nombre d'interventions est également à la baisse en chirurgie cardio-vasculaire et orthopédique.

Le « cost-weight » moyen de 1,21 point est supérieur à la cible (1,19 point). Cette bonne performance révèle non seulement le traitement de cas plus lourds que prévus sur 2017, mais également la poursuite de l'amélioration de la qualité et de l'exhaustivité de la documentation et du codage.

La durée moyenne de séjour (DMS) a été maintenue quasi-stable (6,9 jours en moyenne en 2017 contre 6,8 jours en 2016), malgré la hausse du nombre de patients avec un indice de complexité élevé et avec des comorbidités importantes. Ce maintien de la DMS est le résultat des efforts des HUG pour anticiper la sortie du patient et ainsi restreindre le nombre de journées d'hospitalisation inappropriées. Des « Itinerary Patients Managers » (IPM) chargés de suivre la trajectoire des patients pour anticiper leur sortie ont ainsi été mis en place depuis 2 ans dans les services de neurochirurgie, de neurologie, de médecine interne, de gériatrie et de chirurgie viscérale.

Le nombre de patients extra-cantonaux affiche une légère hausse : 2 734 cas en 2017 par rapport à 2 666 en 2016, soit + 68 patients (+ 2,6%). Les patients domiciliés dans le canton de Vaud sont les plus représentatifs. A noter que le nombre de patients extra-cantonaux a augmenté de près de 20% depuis 2013.

En comparaison, le nombre de cas relevant de l'assurance obligatoire des soins (AOS) genevois a augmenté de + 6,3%, soit + 1 951 cas depuis 2013, ce qui est conforme à la planification cantonale.

Par ailleurs, le nombre de patients frontaliers affiche une baisse entre 2013 et 2015, en lien avec le changement de la législation française concernant l'assurance-maladie. Cette tendance semble se stabiliser depuis 2015, en raison notamment la modification du régime d'assurance des frontaliers (de la sécurité sociale française vers la LAMal).

Soins de réhabilitation et de gériatrie (soins subaigus)

Le volume d'activité, tant en nombre de cas hospitaliers qu'en journées d'hospitalisation, a significativement augmenté (respectivement + 54% et + 31%) sur la zone de soins subaigus entre 2016 et 2017. La principale raison de cette hausse est l'intégration des cliniques de Joli-Mont et Montana (+ 2 548 cas).

L'extension de la zone de soins aigus aux Trois-Chêne permet une prise en charge des patients gériatriques aigus. Ainsi, sans l'effet de l'intégration des cliniques, le nombre de journées d'hospitalisation pour la zone de soins subaigus est en légère baisse, au profit des soins aigus.

L'optimisation de la durée moyenne de séjour dans les soins de réhabilitation et de gériatrie continue et atteint 19,5 jours en 2017, contre une moyenne de 21,3 jours l'année passée.

Soins psychiatriques

Ce secteur souffre d'une sur-occupation chronique, en grande partie expliquée par un nombre important de patients en attente de placement (environ 40 en 2017). 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 de ces mêmes patients.

Le nombre de cas baisse progressivement entre 2013 et 2017, tandis que le nombre de journées augmente, essentiellement du fait de l'allongement de la durée de séjour. Ainsi, entre 2016 et 2017, la durée moyenne de séjour passe de 26,2 jours à 27,5 et la baisse du nombre de journées d'hospitalisation est modérée (- 0,9%).

Des efforts ont été réalisés par les HUG pour pallier la sur-occupation des unités et fluidifier le transfert des patients. Ainsi, la mise en place d'un « case-manager » de transition et la modification de l'organisation de la psychiatrie adulte à partir du 1^{er} novembre 2016 ont permis de contenir la hausse du nombre de journées d'hospitalisation, qui est maintenant dans la cible budgétaire. Par conséquent, cela a permis de baisser des taux d'occupation, qui passent de 108% en 2016 à 99% en 2017.

Soins de réadaptation médicale

En zone de soins de réadaptation médicale, le nombre de cas pris en charge continue à croître fortement malgré la légère baisse du nombre de journées d'hospitalisation (- 0,8% par rapport à 2016). Cette hausse du nombre de cas (+ 10,8%) s'explique par un tournus plus important des patients, grâce à une baisse significative de la durée moyenne de séjour (32,0 jours en 2017 par rapport à 38,9 en 2016). La réorganisation des unités de soins et la mise en place d'itinéraires patients standardisés, dans le cadre d'un projet régional, ont contribué à la bonne performance de ce secteur d'activité.

Soins palliatifs

Cette zone de soins est influencée par le changement de règle de facturation des soins palliatifs, décidé au niveau suisse. La baisse du volume d'activité (- 93 cas en 2017 par rapport à 2016) est essentiellement liée au changement

de système de facturation et à l'ouverture de la zone de soins aigus palliatifs courant 2016. Les soins palliatifs (facturés en non aigus et en aigus) augmentent de + 66 cas, ce qui fait en réalité une évolution de l'activité plutôt favorable.

Pour la zone de soins non aigus, ce fléchissement de l'activité est accompagné par l'amélioration de la durée médiane de séjour : de 9,3 jours en 2016 à 8,3 jours en 2017.

A noter que dès 2018, suite à la modification des règles et définitions pour la facturation des cas dans SwissDRG, le système tarifaire des SwissDRG est appliqué à la rémunération de tous les traitements palliatifs avec la possibilité, pour la première année, de prévoir une exception pour les prestations de médecine palliative pratiquées dans des hospices. En conséquence, pour 2018, le système tarifaire des SwissDRG est appliqué à tous les traitements palliatifs au sein des unités spécialisées des HUG sauf celles de Joli-Mont. En préparation à ce changement de facturation, les HUG ont mis en place une zone DRG à Bellerive dès juin 2016.

Activité chirurgicale

L'activité chirurgicale affiche une légère tendance à la hausse depuis 2013 (+ 5,3%), essentiellement en chirurgie ambulatoire.

- En 2015, cette dynamique a été freinée en raison de la réforme de l'assurance-maladie des frontaliers, qui a mené à la perte d'une partie de la patientèle frontalière.
- En 2016, la tendance était à nouveau à la hausse en raison de l'extension des plages opératoires.
- En 2017, les HUG poursuivent leurs efforts pour améliorer le flux patients et augmenter le niveau de sécurité des interventions. Ainsi, depuis septembre 2017, les HUG se sont dotés de six nouvelles salles opératoires dans le bâtiment Gustave Julliard. L'ouverture de ces salles permet d'une part le transfert et le regroupement des activités opératoires par spécialité et d'autre part la disponibilité de deux salles supplémentaires pour les urgences différées. Les salles dont l'activité a été transférée à Gustave Julliard ont été fermées, permettant ainsi la rénovation du bloc des urgences.

La variation du nombre d'interventions s'explique par les éléments suivants :

- en ophtalmologie, après une année 2016 mitigée (travaux dans les blocs, et départs d'opérateurs), le service a retrouvé une activité dynamique

(nouvelle équipe médicale, renouvellement des équipements...). Ce bilan est à nuancer du fait qu'une grande partie de ces interventions sont de très courte durée et sans complexité;

- en urologie, la hausse se concentre surtout sur des interventions telles que les résections endoscopiques de la prostate (+79 cas), les prostatectomies radicales (+31 cas) et les cystectomies radicales (+13 cas);
- la hausse du nombre d'interventions en gynécologie est en lien avec des actes chirurgicaux tels que la tumorectomie du sein (+50 cas), l'endométriome par scopie (+33 cas) et les curetages évacuateurs pour fausse couche (+19 cas);
- la chirurgie thoracique affiche une baisse de son activité principalement sur les actes de thoracoscopie exploratrice;
- la neurochirurgie accuse également une baisse en raison du fait d'interventions plus longues, avec les mêmes plages opératoires;
- enfin l'orthopédie affiche une baisse du nombre d'interventions en raison du départ de certains opérateurs;
- à noter que ces faibles progressions du nombre d'interventions chirurgicales sont en deçà des projections et surtout inférieures à l'évolution démographique et au vieillissement de la population. Ceci pourrait refléter une augmentation de la concurrence des cliniques privées.

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 l'un des hôpitaux universitaires suisses (DRG selon année de référence 2015), est en augmentation depuis 2014.

Les activités universitaires liées à la médecine complexe et hautement spécialisée sont également en croissance depuis 2012. Un exemple de médecine complexe est le projet « Donneurs à Cœur Arrêté » (DCA) Maastricht III, qui a démarré en 2016. Son objectif était 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. Ainsi, dix patients répartis dans toute la Suisse ont pu recevoir les reins issus du programme DCA, rien que pour l'année 2016, et se portent bien.

Evolution de l'activité ambulatoire

Les soins ambulatoires sont concentrés sur la médecine de premier recours, la psychiatrie et les spécialités de médecine. Les soins ambulatoires concernent à 89% les adultes.

Stabilisation de l'activité ambulatoire

L'activité ambulatoire est en hausse régulière depuis 2012 (+ 26%) en raison notamment du virage ambulatoire opéré ces dernières années. En 2016, le seuil du million de prises en charge a été franchi avec 1 037 470 cas, soit une progression de + 4,6% par rapport à 2015. En revanche, en 2017, la progression de l'activité ambulatoire se tasse et se maintient au niveau de 2016 avec 1 037 921 prises en charge, soit - 1,5% sous l'objectif. Néanmoins, les recettes ambulatoires progressent de 5,4% par rapport à 2016, principalement grâce aux efforts d'amélioration de l'exhaustivité de la facturation et à une hausse de la complexité des cas.

Les principales fluctuations de l'activité ambulatoire entre 2016 et 2017 (+ 451 prises en charges par rapport à 2016) sont détaillées ci-dessous :

- Neurosciences cliniques : (+ 5 295 prises en charge par rapport à 2016). L'augmentation importante de l'activité se concentre sur les spécialités d'ophtalmologie et d'ORL et provient principalement de l'ouverture de l'hôpital de jour. En 2017, plus de 95% des interventions en ophtalmologie ont été faites en ambulatoire (jour d'admission = jour d'intervention = jour de sortie). En neurologie, l'activité augmente légèrement également du fait de l'introduction de nouveaux traitements ambulatoires pour la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques et la sclérose latérale amyotrophique.
- Urgences ambulatoires adultes : (+ 4 076 prises en charges par rapport à 2016). L'augmentation est en lien avec l'ouverture des voies ambulatoires la nuit et la réorganisation du service.
- Gynécologique / obstétrique : (+ 2 896 de prises en charge de plus qu'en 2016). Les raisons principales de cette progression sont :
 - les consultations prénatales et l'activité d'échographie en progression du fait de l'ouverture de Mat 3.3 et de l'augmentation du nombre de naissances;
 - l'activité des urgences de gynécologie et d'obstétrique (+ 701 prises en charge).
- Oncologie : (+ 2 047 prises en charge par rapport à 2016). L'activité ambulatoire est à la hausse pour deux raisons. D'une part, les consultations

post-greffe sont de plus en plus nombreuses du fait d'une meilleure survivance des patients et donc de l'augmentation de la file active des patients. D'autre part, la complexité croissante des cas, nécessite un suivi plus fréquent des patients.

- Cardiologie : (+ 1 203 prises en charge par rapport à 2016). La hausse est essentiellement en lien avec la progression des consultations en insuffisance cardiaque.
- Pédiatrie : (+ 1 100 prises en charge par rapport à 2016). L'augmentation d'activité provient d'une augmentation en oncologie pédiatrique et en chirurgie pédiatrique, et plus particulièrement en urologie et pour des soins de pansements. L'activité des spécialités telles que l'allergologie, la néphrologie et le « programme santé mouvement » recule.
- Gériatrie : (+ 1 085 prises en charge par rapport à 2016). La progression vient en grande partie de l'ouverture des urgences gériatriques des Trois-Chêne. Ces urgences sont dédiées aux patients de plus de 75 ans sans pronostic vital et ont permis le désengorgement des urgences adultes. A noter également la progression de la consultation pour troubles cognitifs.
- Médecine de premiers recours : (- 5 639 prises en charge par rapport à 2016). La complexité des cas relevant des programmes pour migrants reste importante et exige un suivi tant pour des problèmes de santé somatique que psychologique et psychiatrique. Ainsi, cette année encore, afin d'assurer efficacement les prises en charge, les équipes médico-soignantes ont dû être renforcées au travers des programmes Santé Migrants Adultes et de Pédiatrie, le Centre Santé Jeune (CSJ), avec un recours important à des interprètes et des achats supplémentaires de médicaments et de matériel médical. Cette hausse de charges est compensée par une très nette amélioration de l'exhaustivité de la facturation.
- Médecine pénitentiaire : (+ 756 prises en charge par rapport à 2016). La hausse provient surtout de l'augmentation du nombre moyen de consultations par prisonnier.
- Chirurgie : (- 3 402 prises en charge par rapport à 2016). Cette baisse de 3% se concentre essentiellement sur les prises en charge en soins infirmiers post-opératoires de plus en plus assurés par l'IMAD suite à un changement de pratique, et, d'autre part, en physiothérapie suite au départ de collaborateurs en chirurgie orthopédique.
- Psychiatrie : (- 7 043 prises en charge par rapport à 2016). La baisse conséquente de l'activité fait suite à la fermeture du CAPPI Pâquis. La prise en charge d'une partie de ces patients a été transférée sur les autres centres ambulatoires de psychiatrie et de psychothérapie intégrés (CAPPI) mais

dans une proportion moins conséquente que prévue. Une partie des patients a également été orientée vers la médecine de ville afin de privilégier la proximité géographique.

Evolution des prises en charge aux urgences

Le nombre de cas pris en charge aux urgences s'élève à 88 856 cas en 2017. L'activité des urgences progresse de + 6,1% par rapport à 2016.

Les urgences adultes (la gynécologie-obstétrique et la gériatrie incluses) au sein des HUG sont réparties suivant la nomenclature suivante :

- les urgences 1 : il s'agit des situations pathologiques, pouvant entraîner la mort, la perte d'un membre ou d'un organe, si la prise en charge n'est pas immédiate. Il s'agit des urgences les plus critiques;
- les urgences 2 : il s'agit des situations pathologiques n'engageant pas le pronostic vital, mais qui sont susceptibles de s'aggraver dans l'immédiat;
- les urgences 3 : il s'agit des situations pathologiques où le temps ne constitue pas un facteur critique. L'état du patient à son arrivée est jugé stable;
- les urgences 4 : il s'agit des situations pathologiques jugées stables et ne nécessitant pas de soins en urgence.

Les urgences adultes

L'activité des urgences adultes marque une hausse par rapport à 2016 (+ 3,4%) avec 68 942 entrées en 2017. En nombre de cas pris en charge, cette hausse se concentre sur les urgences 3 et 4. Il s'agit des cas les moins critiques, c'est-à-dire avec un délai d'installation de 2 heures. Ce phénomène de hausse de la fréquentation des urgences pour les cas les moins critiques semble avoir été constaté également dans d'autres établissements hospitaliers suisses. Les raisons de cet afflux sont pour le moment difficiles à cerner. L'hypothèse d'un changement de pratiques dans le recours aux soins médicaux par les patients est discutée : les patients disposeraient de moins en moins d'un médecin de référence, et souhaiteraient pouvoir consulter quand ils le souhaitent.

Si les urgences 3 et 4 représentent la plus grande part de la hausse, il est à noter que les urgences 4 et 1 sont celles qui progressent le plus vite.

Les délais de prises en charge aux urgences adultes se sont fortement améliorés :

- urgences 1 : 90,1% des patients pris en charge immédiatement, par rapport à 86,4% en 2016.

- urgences 2 : 64,7% des patients pris en charge en 20 minutes en 2017 par rapport à 59,7% en 2016.
- urgences 3 : 77,2% des patients pris en charge dans les 2 heures contre 71,2% en 2016), et ce, malgré la hausse notable du nombre de patients pris en charge aux urgences 3 : + 1 395 patients, soit + 4%.

Ces améliorations dans les délais de prise en charge sont la conséquence de mesures déployées depuis plusieurs années : élargissement des plateaux d'imagerie, ajout de boxes de consultation supplémentaires, amélioration des transferts des patients dans les étages, et un tri infirmier plus rapide. L'ouverture des urgences gériatriques et des urgences ambulatoires de nuit ont également contribué à l'amélioration du flux patient. Ces différentes mesures portent leurs fruits : le taux de patients séjournant plus de 24h aux urgences accuse une forte baisse entre 2013 (10,4%) et 2017 (5,2%).

Les urgences pédiatriques

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

- 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, dépourvus de rendez-vous en ville, qui attendent de consulter après leurs horaires de travail;
- la bonne gestion de la file d'attente des urgences via un tri efficace, des rappels par SMS, l'application Infokids pour smartphone. Ces outils permettent également d'améliorer la perception de la qualité chez les parents.

Les urgences gynécologiques et obstétriques

Le volume des urgences gynécologiques et obstétriques a augmenté de + 4,0% entre 2016 et 2017, notamment du fait d'un changement de pratiques de la part des patientes : elles ont tendance à venir plus facilement aux urgences durant leur grossesse.

Les urgences gériatriques

Les urgences gériatriques sont localisées sur le site des Trois-Chêne et sont ouvertes 7/7, de 8 h à 19 h. Elles s'adressent aux patients âgés de 75 ans et plus, dont le pronostic vital n'est pas engagé et qui ne nécessitent ni chirurgie, ni soins intensifs.

Après un peu plus d'un an d'existence, les urgences gériatriques affichent un bilan très positif en termes de nombre de prise en charge (2 614 cas) et de qualité des soins :

- la moyenne d'âge des patients pris en charge aux urgences des Trois-Chêne est de 85 ans;
- le temps d'attente aux urgences des Trois-Chêne est souvent nul ou bref, et dans tous les cas inférieur à 2 heures;
- deux tiers des patients reçus aux urgences des Trois-Chêne et nécessitant une hospitalisation sont ensuite hospitalisés sur place. Avant la création des urgences, 80% des patients âgés admis aux urgences de Cluse-Roseraie, en urgence non vitale, étaient finalement hospitalisés aux Trois-Chêne, ce qui entraînait de nombreux transferts intersites;
- moins de 5% des patients reçus aux urgences des Trois-Chêne sont transférés aux urgences de Cluse-Roseraie;
- au total 20% des patients des urgences des Trois-Chêne retournent dans leur lieu de vie et ne sont pas hospitalisés. Ce chiffre passe à 30% lorsque le patient passe 24 h aux urgences des Trois-Chêne (une nuit d'observation).

A noter que les critères de tri sont en cours d'affinage avec les ambulanciers afin d'accroître le taux de patients âgés orientés directement vers les urgences gériatriques sans passer par le centre-ville. Différentes actions sont actuellement en cours afin de sensibiliser la population, les médecins traitants, les médecins d'urgence et les prestataires de soins infirmiers à domicile à l'ouverture de ce site.

Les principaux motifs d'admission des patients aux urgences des Trois-Chêne sont une baisse de l'état général, un essoufflement, une chute, des douleurs du dos ou des douleurs abdominales, un malaise, une fièvre, une toux, des douleurs ou un traumatisme d'un membre, des douleurs musculaires ou articulaires.

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 annuel 2017 des Hôpitaux universitaires de Genève

ANNEXE

COMPTES HUG 2017

Rapport de gestion 2017 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 26 février 2018

COMPTE HUG 2017**Rapport de gestion 2017 des HUG**

1. Faits marquants de l'année 2017	5
2. Contexte 2017	11
2.1. Evolution des coûts de la santé en Suisse	11
2.1.1. Vue synthétique	11
2.1.2. Répartition 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	13
2.2.1. Données de la statistique des hôpitaux de l'OFS	13
2.2.2. Spitalbenchmark	14
2.2.3. Les indicateurs suivis par l'ANQ	17
2.3. Contexte général des HUG	18
2.3.1. Contexte sanitaire	18
2.3.2. Contexte tarifaire	20
2.3.2.1. Contrat de prestations	21
2.3.2.2. Lettre de cadrage	22
3. Présentation de l'activité des HUG	23
3.1. Evolution de l'activité aux HUG	23
3.1.1. Evolution de l'activité stationnaire	24
3.1.1.1. Soins aigus	25
3.1.1.2. Soins de réhabilitation et de gériatrie (soins subaigus)	27
3.1.1.3. Soins psychiatriques	27
3.1.1.4. Soins de réadaptation médicale	28
3.1.1.5. Soins palliatifs	29
3.1.1.6. Activité chirurgicale	29
3.1.1.7. Médecine universitaire	31
3.1.2. Evolution de l'activité ambulatoire	32
3.1.2.1. Cartographie des soins ambulatoires	32
3.1.2.2. Stabilisation de l'activité ambulatoire	32
3.1.3. Evolution des prises en charge aux urgences	35
3.1.3.1. Urgences adultes	35
3.1.3.2. Urgences pédiatriques	37
3.1.3.3. Urgences gynécologiques et obstétriques	37
3.1.3.4. Urgences gériatriques	37
4. Présentation des comptes HUG	39
4.1. Présentation des comptes entre 2013 et 2017	39
4.2. Evolution des produits entre 2013 et 2017	41
4.3. Evolution des charges entre 2013 et 2017	42

4.4. Analyse des produits	43
4.4.1. Recettes liées à la facturation des prestations médicales	44
4.4.1.1. Recettes hospitalières	45
4.4.1.2. Recettes ambulatoires	47
4.4.2. Autres recettes (groupes 65 à 68)	49
4.4.3. Subventions et autres contributions de l'Etat (groupe 69)	49
4.5. Charges	51
4.5.1. Frais de personnel	52
4.5.1.1. Charges salariales	53
4.5.1.2. Charges sociales (groupe 37)	55
4.5.1.3. Honoraires de médecins (groupe 38)	56
4.5.1.4. Autres charges de personnel (groupe 39)	56
4.5.2. Charges de matériel, de marchandises, de services de tiers et autres charges d'exploitation (classe 4)	57
4.5.2.1. Charges médicales d'exploitation (groupe 40)	58
4.5.2.2. Autres charges de fonctionnement (groupes 41 à 49)	62
5. Conclusion	68

DES COMPTES 2017 A L'EQUILIBRE MALGRE UN CONTEXTE DIFFICILE

Les Hôpitaux Universitaires de Genève terminent l'exercice 2017 avec des comptes à l'équilibre de +82'000 francs¹.

L'année 2017 a été marquée par la mise en exploitation du nouveau bâtiment des lits, Gustave Julliard, et de la 3^{ème} étape de construction et de rénovation de la Maternité. Cette mise en exploitation a nécessité des ressources supplémentaires essentiellement pour l'entretien des nouvelles surfaces, les transports patients, les nouvelles salles opératoires et les nouveaux lieux d'accueil.

Le financement partiel de ces ressources supplémentaires, les économies demandées par l'Etat, de même que la pression sur les tarifs ont requis des efforts permanents de la part des HUG afin de terminer l'exercice à l'équilibre. L'amélioration permanente de la qualité des soins et des processus, l'engagement des collaborateurs, la recherche d'efficacité et le contrôle des coûts ont permis à l'établissement de maintenir le cap qu'il s'est fixé : répondre aux besoins de la population genevoise en gérant ses ressources de façon responsable.

¹ 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 2017

Les faits marquants survenus durant l'exercice comptable 2017 des HUG et ayant eu une incidence financière sont les suivants :

- **Mise en exploitation du bâtiment Gustave Julliard et de l'étape 3.3 de la rénovation de la Maternité**

L'année 2017 a été marquée par l'inauguration de l'étape 3.3 de la rénovation de la Maternité des HUG (Mat 3.3), située le long du boulevard de la Cluse. Dernière étape d'un processus d'agrandissement et de rénovation qui a duré 15 ans, ce bâtiment a pour objectif de permettre à la Maternité de proposer exclusivement des chambres à deux lits. Genève se dote ainsi d'une maternité, la plus grande de Suisse, d'une capacité d'accueil de 117 lits. La Maternité des HUG accueille environ 65% des naissances du canton. Elle est aussi le centre de référence de la région pour les grossesses à haut risque.

En avril 2017, les HUG ont également mis en service leur nouveau bâtiment d'hospitalisation : Gustave Julliard (BdL2). Le nouveau bâtiment améliore la prise en charge et le confort des patients, en supprimant les chambres communes, et répond à un accroissement des besoins, notamment au niveau des blocs opératoires en lien avec l'augmentation des interventions chirurgicales. L'édifice comprend 16 étages dont 7 abritent des chambres d'hospitalisation à deux lits – 188 au total – réparties dans 15 unités de soins. Des nouveaux blocs opératoires avec 6 salles d'opération de dernière génération dont 2 dédiées à la chirurgie robotique sont reliées aux salles de réveil et à un espace commun d'anesthésie dans le but d'améliorer la sécurité des soins et de faciliter les synergies de ressources.

La mise en exploitation du bâtiment Gustave Julliard est couverte par l'augmentation d'indemnité accordée par l'Etat pour l'année 2017, soit 4.7 MCHF (dont 3.6 MCHF pour couvrir de frais de personnel et 1.1 MCHF pour les autres charges de fonctionnement).

Pour la mise en exploitation de l'étape 3.3 de la Maternité, les frais de personnel s'élèvent à 3.1 MCHF et les autres charges de fonctionnement à 0.4 MCHF. Ces charges supplémentaires sont couvertes par l'indemnité accordée par l'Etat (2.3 MCHF) et par des recettes liées à l'activité supplémentaire (1.2 MCHF).

En outre, des charges exceptionnelles liées au déménagement et à l'aménagement ont été portées aux comptes de fonctionnement et se montent à 2.1 MCHF.

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

Depuis août 2015, l'Europe est confrontée à l'arrivée 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. En 2017, une légère baisse du flux de primo-migrants est constatée, mais la patientèle nécessitant un suivi reste importante. Ce sont surtout des enfants, des adolescents ou des patients fragiles, qui ne sont pas pris en charge par les médecins de ville. Afin d'assurer efficacement les prises en charge, les équipes médico-

soignantes ont dû être renforcées, avec un recours important à des interprètes et des achats supplémentaires de médicaments et de matériel médical.

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 non seulement des pathologies cliniques mais également des traumatismes psychologiques vécus par ces populations. Les impératifs de qualité, de sécurité et d'efficacité des soins nécessitent 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.

Pour l'année 2017, les charges supplémentaires directement liées à la prise en charge des migrants s'élèvent à 1.3 MCHF, et sont en partie couvertes par l'indemnité supplémentaire accordée par l'Etat (0.9 MCHF).

- **Centre d'accueil d'urgence gériatrique aux Trois-Chêne : Bilan après un an**

En novembre 2016, le site thonésien des HUG inaugurerait son service d'urgences gériatriques destiné à répondre au vieillissement de la population. Concept novateur, c'est le seul lieu d'accueil d'urgence en Suisse spécifiquement destiné aux personnes âgées de 75 ans et plus, hors urgence vitale. Son but est d'offrir des améliorations concrètes dans la qualité de l'accueil, de la prise en charge et du confort grâce notamment à une réduction du temps d'attente et une limitation à moins de 5% des transferts des patients des urgences gériatriques aux urgences du centre-ville. Ce centre d'accueil d'urgences gériatriques bénéficie aussi du nouveau plateau d'imagerie des Trois-Chêne lequel comprend une IRM et un scanner.

Le centre poursuit quatre objectifs :

- 1) accueillir 80% des patients cibles : les personnes de 75 ans ou plus présentant une urgence non vitale et non chirurgicale se rendent aux Trois-Chêne plutôt que sur le site de Cluse-Roseraie, en ville ;
- 2) réduire au maximum le temps d'attente ;
- 3) limiter à moins de 5% les transferts des patients des urgences gériatriques vers les urgences du centre-ville ;
- 4) héberger aux urgences des Trois-Chêne 80% des patients cibles arrivés en ville ou à Thônex et devant passer une nuit en observation.

Un an après l'ouverture du centre, les objectifs deux et trois ont été atteints et les deux autres objectifs sont en bonne voie de réalisation. En termes d'activité, le volume des patients arrivés aux urgences Trois-Chêne est presque conforme aux prévisions attendues (-3% par rapport à la cible). Compte tenu que 2017 est la première année complète de fonctionnement du centre, l'équilibre financier n'est pas encore totalement atteint.

• Réorganisation du service de psychiatrie adulte

Le département de psychiatrie est confronté depuis plusieurs années à une sur-occupation chronique des unités de moyens séjours, qui engorge celles de courts séjours.

Pour pallier à cette sur-occupation, plusieurs solutions ont été mises en œuvre :

- la réorganisation de l'activité en trois filières (ambulatoire, court séjour, moyen séjour), dès la fin 2016, qui s'est traduite par la fermeture du secteur Pâquis et le renforcement des effectifs des trois secteurs (Eaux-Vives, Jonction et Servette), lesquels fonctionnent en plus forte coordination avec les unités stationnaires ;
- le renforcement de l'activité hospitalière dès la fin 2016, grâce à l'ouverture d'une unité de moyens séjours supplémentaire à Belle-Idée ;
- la création d'une équipe de case-managers de transition, qui a permis une meilleure gestion des flux de patients avec le réseau de soins ;
- l'ouverture de deux EMS en psychiatrie gériatrique ainsi que le travail des équipes médico-soignantes, qui a permis de soulager le flux de patients.

Les bénéfices liés au déploiement de ce nouveau dispositif, se constatent déjà sur les taux d'occupation en psychiatrie adulte et gériatrique, qui montrent une baisse sensible par rapport à l'année 2016 : de 116% à 111% et de 107% à 94%.

Enfin, l'année 2017 s'est également caractérisée par l'ouverture, sur le site de Belle-Idée, d'une structure intermédiaire (EPI) dans le domaine du handicap mental et le transfert des prestations documentaires (bibliothèque B-I) pour le corps médical à la Faculté de médecine (UNIGE).

• Création du département d'oncologie

Créé le 1^{er} janvier 2017, ce nouveau département centré sur le cancer a pour but de répondre à la problématique grandissante de l'augmentation du nombre de cancers et à la complexification de leur prise en charge. Afin de coordonner les soins et les expertises autour du patient, ce département est constitué de trois services spécialisés : l'oncologie, l'hématologie et la radio-oncologie.

L'année a également été marquée par l'instauration d'une collaboration avec l'hôpital de La Tour, sous la responsabilité médicale des HUG. Dans le domaine de l'oncologie, le patient genevois, quel que soit son lieu de résidence, est désormais assuré d'avoir une prise en charge interdisciplinaire reconnue de niveau universitaire. Cette nouvelle organisation dans le domaine de l'oncologie répond aux attentes de la population, puisqu'elle permet de proposer des soins de qualité intégrant humanisme, compétences et innovation.

A travers son service d'hématologie, le département d'oncologie est reconnu dans le domaine de la greffe de moelle osseuse allogénique comme étant un service de médecine hautement spécialisée (MHS). Le service de radio-oncologie vient compléter la palette des soins, grâce à une haute expertise technique à la pointe de l'innovation, reconnue par exemple par le prix HUG de l'innovation 2017. La récompense soutient un projet de fabrication d'un bolus (peau artificielle

épousant une partie du corps humain) par une imprimante 3D générée par un scanner de surface.

- **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, médecine génétique, neurosciences, oncologie.

Deux centres en oncologie ont été certifiés ces dernières années : le centre du sein et celui de la prostate. L'institution a aussi fortement développé la chirurgie robotisée et minimalement invasive. Les HUG sont également 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 diagnostic de haute sécurité (niveau 4) en Suisse.

Sur la période 2014 à 2017, le nombre de cas pris en charge pour des soins somatiques aigus a augmenté de +7%, alors que le nombre de cas de DRG universitaires a augmenté de +9%. Cette évolution contribue au rayonnement des HUG et à son attractivité régionale et témoigne de la croissance de l'activité à forte valeur ajoutée.

- **L'internalisation du recouvrement des créances dues**

Jusqu'en juin 2015, les HUG ont confié le recouvrement de toutes leurs créances dues à des prestataires externes. Depuis cette date, un processus d'internalisation du recouvrement de toutes les créances dues par les assurances et les patients suisses a été entrepris. Cette décision a permis d'une part de réduire significativement les coûts de gestion de l'activité de recouvrement et, d'autre part, de limiter les pertes sur débiteurs douteux par une meilleure efficacité du traitement des dossiers. Cette diminution des pertes (passant de 3 à 2.4%) a permis de dissoudre une partie de la provision y relative (1.2 MCHF).

- **Impact des modifications des conditions d'obtention de la Rente-Pont AVS**

Les modifications récentes des conditions d'obtention de la Rente-Pont AVS ont eu un impact significatif pour les HUG. En effet, le nombre de demandes de départs anticipés a fortement augmenté ces deux dernières années : en 2016, 324 départs ont été annoncés (pour la très grande majorité avec effet au 30.11.2017), et 162 départs supplémentaires ont été annoncés au 31.10.2017 (avec majoritairement une date de départ effective au 30.11.2018). Par comparaison, entre 60 et 70 départs étaient annoncés les années précédentes.

Pour l'année 2017, l'impact lié à ces 324 départs est significatif tant sur le plan humain que financier. Dans certains secteurs spécialisés, une part conséquente des collaborateurs partent en Rente-Pont AVS. Les effectifs ont dû alors être renforcés les mois précédents les départs, afin de pallier aux risques de ruptures dans le transfert des connaissances.

En raison des 162 départs prévus en 2018, la provision pour le paiement des Rente-Pont AVS a dû être revue significativement à la hausse et est supérieure au montant budgété de 7.8 MCHF.

- **Equipement et constructions**

L'exercice 2017 marque un tournant dans le programme d'investissement des HUG avec l'ouverture du nouveau bâtiment d'hospitalisation Gustave Julliard (budget d'investissement de 254 MCHF) et l'agrandissement de la Maternité avec la mise en exploitation de la 3^{ème} étape du projet (budget d'investissement de 73.7 MCHF). Une 4^{ème} étape consistera à la rénovation des corps IV et V de l'ancienne Maternité et devrait débuter en 2019.

Par ailleurs, les travaux du projet GIBOR ont débuté en 2017. Il s'agit de la construction d'une IRM per-opérateur couplée à une salle d'opération de neurochirurgie et à une salle de rythmologie. Ces nouvelles installations permettront d'augmenter la capacité opératoire des HUG et contribueront également à améliorer les gestes opératoires, ainsi que la qualité et la sécurité des prises en charge, grâce au non déplacement du patient opéré pour effectuer l'IRM. Au final, l'objectif est de diminuer le nombre de ré-interventions dans les domaines de la neurochirurgie et de la chirurgie cardiovasculaire. Ce projet est cofinancé par le canton au travers d'un crédit d'ouvrage dédié (pour 5.0 MCHF) et par les HUG (pour 8.0 MCHF). Actuellement en phase de construction, la mise en exploitation est prévue au premier trimestre 2019.

Enfin, le projet de construction de la nouvelle cuisine à Belle-Ideé (CUBI) arrive à son terme. Ce projet, d'un coût total de 11.0 MCHF et financé par les HUG, prévoit la création d'une cuisine unique pour l'ensemble des sites de Belle-Ideé et des Trois-Chêne. La réalisation de ce projet, d'une surface de presque 900 m², permettra d'une part, de remplacer des installations devenues obsolètes en termes d'hygiène alimentaire et d'autre part, de diminuer drastiquement les coûts d'exploitation. En effet, dès l'achèvement des travaux de construction et de réaménagement, d'une durée de deux ans environ, la réorganisation et l'automatisation des processus va permettre une économie d'environ 14 ETP.

Pour ce qui est des équipements, les HUG ont poursuivi le renouvellement et la modernisation de leur parc avec, entre autres, la rénovation des 2 salles de cardiologie et de radioscopie du département de spécialités de médecine, le remplacement et l'optimisation des salles d'imagerie de la pédiatrie, le renouvellement de matériels d'exploitation (thermoformeuse pour la restauration, tunnel de désinfection et séchoir pour le linge ou des véhicules pour le service de transport et distribution), ainsi que d'équipements biomédicaux mobiles (échographes, moniteurs et centrales de surveillances...).

Concernant les bâtiments, dont les coûts et besoins en rénovation sont importants, les HUG ont dû faire face à d'importants projets de maintenance et de modernisation nécessaires et prioritaires. Il s'agit principalement de la réorganisation des locaux de soins intensifs, l'extension de la salle de réveil dans le cadre de la réalisation de lits SINPI, l'agrandissement de la stérilisation centrale, ainsi que la rénovation du système de production de chaleur. Ces projets répondent à des besoins prioritaires pour l'amélioration de la qualité de la prise en charge, du confort et de la sécurité des patients. Par ailleurs, initié en 2016, le projet de remplacement du système de gestion des accès a également été finalisé.

- **Le rayonnement des HUG à l'international par l'innovation**

Afin d'assurer les meilleurs soins et de trouver les traitements de demain, les HUG investissent dans la recherche et dans l'innovation. Les réalisations majeures dans ce domaine pour l'année 2017 sont les suivantes :

- l'ouverture d'un centre de l'innovation, qui est une plateforme d'échanges permettant de rassembler, valoriser et concrétiser les meilleures idées des collaborateurs. Grâce à l'appui d'experts de différents domaines et au soutien de la Fondation privée des HUG ou d'autres fondations, ce centre unique en Suisse devrait jouer un rôle majeur dans la Health Valley lémanique ;
- l'application InfoKids² réalisée avec les urgences pédiatriques reconnue comme le projet le plus remarquable dans le cadre de l'International Award 2017 de la Fédération internationale des hôpitaux ;
- l'application KidsETransplant développée par le Centre suisse des maladies du foie de l'enfant situé aux HUG a obtenu le 1er prix ex aequo du 2^{ème} Challenge Debiopharm-Inartis ;
- le système d'aide à la propulsion pour fauteuil roulant manuel par restitution d'énergie emmagasinée, mis au point par le laboratoire de cinésiologie des HUG a remporté le prix SOMFER dans le cadre du concours de l'innovation, organisé par la Société française de médecine physique et de réadaptation.

D'autres équipes des HUG ont également été honorées par des prix, en particulier :

- le service d'oncologie des HUG a été récompensé au CTI Swiss Medtech Award pour ses recherches sur l'immunothérapie personnalisée contre les cancers intitulé MVX-ONCO-1 ;
- le groupe de projet Handicap HUG a obtenu le premier prix lors du congrès de l'International association for the scientific study of intellectual and developmental disabilities pour le poster présentant les actions réalisées aux HUG, afin d'améliorer l'accueil et la prise en charge des personnes en situation de handicap mental ;
- le Pr Didier Pittet, en charge du défi lancé par l'Organisation mondiale de la santé « Clean Care is Safer Care », a reçu le prix Robert Koch 2017 pour l'hygiène à l'hôpital et la prévention des infections.

² Cet outil fournit des conseils médicaux sur l'attitude à adopter face aux symptômes d'un enfant, informe sur les délais de prise en charge aux urgences pédiatriques et met à disposition, après la consultation, une fiche informative des mesures thérapeutiques à suivre au domicile

2. Contexte 2017

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 octobre 2017, les coûts de la santé en Suisse affichent en 2015 leur plus haut niveau historique : 77.8 Mrd CHF, ce qui représente 11.6% du PIB. Avec ce ratio, la Suisse figure à la 4^{ème} place des pays de l'OCDE derrière les Etats-Unis, la Suède et la France.

La hausse moyenne annuelle des coûts de la santé en Suisse depuis 2008 est de +3.9%. Celle des hôpitaux suisses représente +4.4%, tandis que celle des HUG est plus modérée, atteignant +3.1%.

L'augmentation des coûts des HUG reste plus modérée que celle des hôpitaux suisses

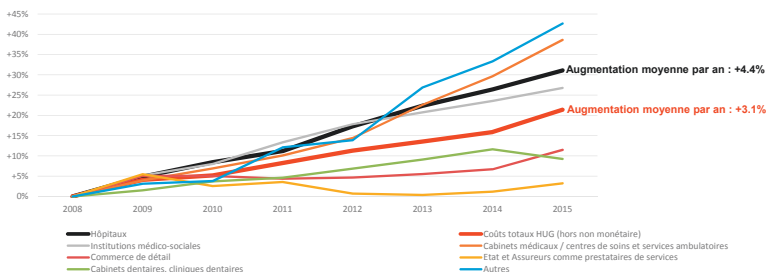


Figure 1. Evolution des coûts de la santé en Suisse par type de fournisseurs de biens et services (en base 100)

2.1.2. Répartition par fournisseur de services

Plus de la moitié des dépenses de santé est générée par les établissements de santé (hôpitaux / institutions médico-sociales).

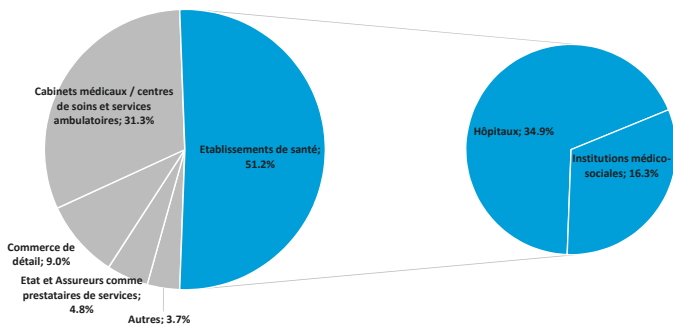


Figure 2. Répartition des coûts de la santé en Suisse par type de fournisseurs de biens et services

Depuis cinq ans, le poids des établissements de santé (51.2%) dans les coûts de la santé reste assez stable.

Le reste des coûts de la santé est induit par :

- les cabinets médicaux/centres de soins et services ambulatoires (31.3%) correspondant aux médecins, dentistes, physiothérapeutes, psychothérapeutes, soins à domicile, autres services paramédicaux, laboratoires d'analyses et autres ;
- les ventes du commerce de détail (9.0%) concernant les médicaments et les appareils thérapeutiques ;
- les coûts administratifs et de prévention des assureurs (4.8%) qui sont considérés comme des prestations du système de santé ;
- les autres prestations concernent les prestataires de services auxiliaires et autres organismes de prévention et d'assistance.

2.1.3. Evolution par type de prestation

Les soins en milieu hospitalier stationnaire³ représentent la part la plus élevée des dépenses de la santé (33.9 Mrd CHF en 2015, soit 43.6%).

Les dépenses de soins ambulatoires⁴ représentent une part plus modérée (20.9 Mrd CHF, soit 26.9%) mais leur progression est plus importante (+52.2% en 9 ans contre +32.6% pour la zone stationnaire), du fait notamment du virage ambulatoire.

Les coûts stationnaires sont prépondérants mais la progression des coûts ambulatoires est la plus rapide (+52.2%).

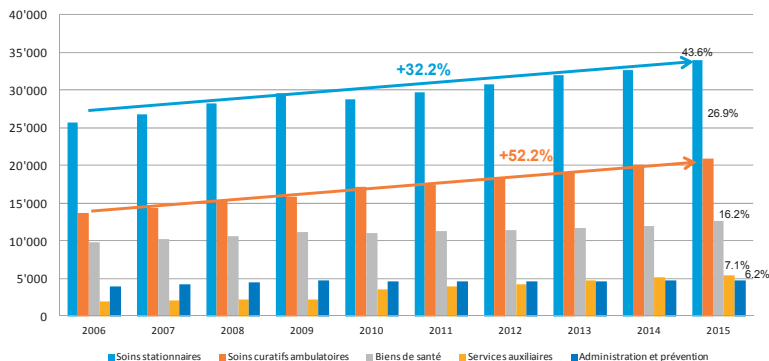


Figure 3. Coûts du système de santé suisse par type de prestation

³ Soins en milieu hospitalier stationnaire : Soins aigus, de réadaptation, les longs séjours et autres

⁴ Soins en milieu ambulatoire: Traitements ambulatoires en clinique de jour, traitements somatiques aigus ambulatoires, traitements médicaux, soins dentaires, traitements curatifs psychiatriques et psychologiques, obstétrique ambulatoire, traitements ambulatoires en maison de naissance et autres thérapies curatives.

2.1.4. Evolution par type de financement

Les dépenses de santé en Suisse sont essentiellement supportées par les assurances et les ménages (76.7%, soit 59.6 Mrd CHF). L'Etat contribue pour 17.8% (13.8 Mrd CHF) et le solde de 4.2 Mrd CHF (5.5%) provient des autres financements publics et privés (prestations complémentaires AVS, et AI, fondations...). Notons que l'augmentation de la part à charge des ménages est plus forte que l'augmentation de la part à charge des assureurs.

Les ménages/financements privés et les assurances représentent le 3/4 des financements

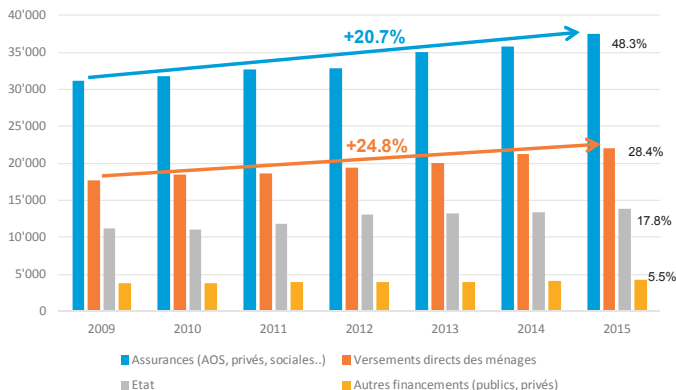


Figure 4. Coûts du système de santé suisse selon le régime de financement

2.2. Statistiques et benchmark

Différentes statistiques, évaluations et benchmarks sur les hôpitaux suisses sont produits annuellement, 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 la très bonne tenue des coûts d'exploitation hospitaliers à Genève depuis 2009 (+8.4%) comparée à la moyenne suisse (+26.4%) ou même aux autres cantons universitaires. La hausse des coûts des HUG (+11.2%) s'inscrit dans cette même logique de croissance maîtrisée. Elle est légèrement plus élevée que la progression des coûts hospitaliers du canton en raison de la forte augmentation de l'activité ambulatoire et par conséquence de ses coûts.

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

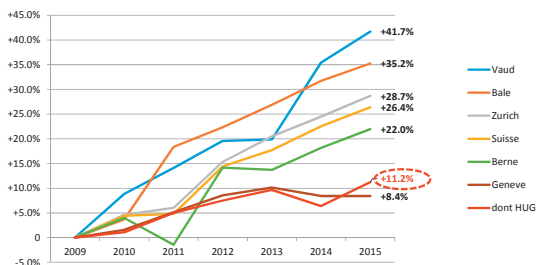


Figure 5. Indice de progression des charges d'exploitation des hôpitaux et cliniques (année 2009 = base 100)

L'explication de cette hausse modérée des coûts des HUG entre 2009 et 2015, repose essentiellement sur une progression maîtrisée des charges de personnel. En effet, sur la dernière année, l'augmentation liée aux charges contraignantes (mises aux normes, annuité, hausse des cotisations salariales...), se monte à +30.5 MCHF, soit plus de la moitié de l'augmentation totale des charges de personnel.

2.2.2. Spitalbenchmark

Le dernier benchmark produit par Spitalbenchmark concerne l'année 2016. 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 que dans les autres cantons, 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 de fait, ne cesse de diminuer depuis 2012.

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

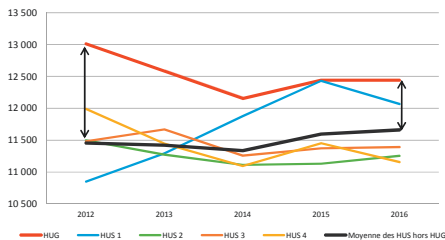


Figure 6. Coût du point DRG LAMal selon ITAR_K⁵ avec CUI⁶ pour les 5 HUS⁷ (source : Spitalbenchmark)

⁵ ITAR_K : acronyme allemand signifiant « Modèle de tarif intégré basé sur la comptabilité analytique par unité finale d'imputation »
Rapport de gestion 2017 des HUG

- Lourdeur moyenne des cas traités (CMI)⁶ : 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 l'obstétrique. Cela a pour conséquence de baisser la lourdeur moyenne des cas traités par les HUG (CMI de 1.26 pts en 2016) comparée aux autres HUS (CMI de 1.42 pts en 2016).

Cependant, cet indice est en constante augmentation pour les HUG depuis 2012 en raison d'une augmentation des cas complexes pris en charge et d'une meilleure fiabilisation de la documentation⁹.

Hausse de 3% du CMI pour les HUG entre 2015 et 2016

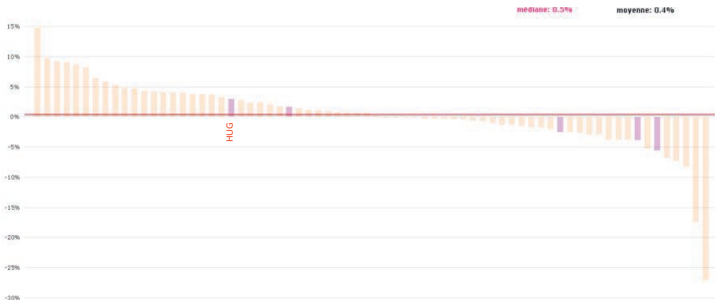


Figure 7. Variation en pourcentage du Case Mix Index (CMI) entre 2015 et 2016 (source : Spitalbenchmark)¹⁰

Alors que le CMI des HUG a légèrement augmenté en 2016, les autres HUS accusent une baisse moyenne de -2.5%. Cette tendance baissière est due à la mauvaise prise en compte de la médecine universitaire par la structure tarifaire SwissDRG. Cette situation est reconnue et fait l'objet de discussions avec SwissDRG pour dégager des pistes de solution afin d'améliorer la structure tarifaire.

- Le taux de couverture (des coûts par les recettes) pour les soins hospitaliers aigus pour les HUG se situe à 90.9%, soit légèrement en-dessous de la moyenne suisse qui est à 92.9% et de la médiane à 94.6%. Ce manque de couverture est dû pour une part à la structure tarifaire SwissDRG, qui reste non aboutie et ne couvre pas suffisamment le coût des prestations des centres universitaires et, pour une autre part, à un tarif trop bas et qui contient les parts d'investissement sans avoir été ajusté en conséquence. Cette situation est d'ailleurs similaire dans d'autres HUS tels que Bâle et le CHUV, qui appliquent le même tarif que Genève. Les HUS zurichois et bernois bénéficiant d'un tarif plus élevé, présentent de meilleurs taux de couverture.

⁶ CUI : charges d'utilisation des immobilisations

⁷ HUS : Hôpitaux universitaires suisses

⁸ 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.

⁹ 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

¹⁰ Les diagrammes orange représentent les autres HUS.

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

- le volume important des cas à haut déficit non reconnus par la structure tarifaire ;
- les rémunérations supplémentaires insuffisamment valorisées et la liste limitée des médicaments chers facturables en supplément du DRG ;
- 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 ;
- le manque d'homogénéité en matière de consommation de ressources de certains DRG ;
- 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.

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

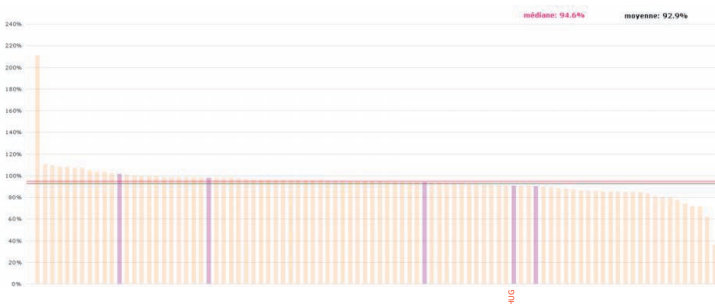


Figure 8. Taux de couverture LAMAL pour l'hospitalier en zone aigue (source : Spitalbenchmark)

- Le taux de couverture ambulatoire pour les HUG de 87.4% est supérieur à la moyenne suisse (84.8%) et à la médiane (84.8%). Bien que la LAMal prévoit une couverture exclusivement à la charge de l'assurance maladie, l'activité ambulatoire hospitalière n'est que partiellement couverte par TARMED. Les HUG poursuivent leurs efforts d'efficience sur l'ambulatoire, mais un taux de 100% est difficile à atteindre en raison d'une structure TARMED mal adaptée à l'ambulatoire hospitalier (en raison notamment du manque de valorisation des prestations infirmières). Les partenaires tarifaires s'entendent sur la nécessité d'une révision du tarif médical TARMED, lequel date de la fin des années 1990, mais ils n'ont pas réussi à trouver un accord. Dès lors, le Conseil Fédéral a décrété une révision de la structure tarifaire, uniforme sur le plan suisse, pour 2018. Les premières simulations ont montré un impact d'environ 20 MCHF de perte de recettes pour les HUG, laissant présager une baisse significative du taux de couverture ambulatoire pour les prochaines années.

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



Figure 9. Taux de couverture ambulatoire avec CUI (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.

Les indicateurs qualité ANQ meilleurs que la cible

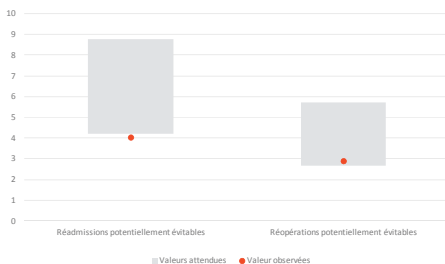


Figure 10. Objectifs qualité et valeurs observées¹¹

Les indicateurs nationaux « réadmissions » et « ré-opérations potentiellement évitables » montrent que les résultats des HUG sont meilleurs qu'attendu pour les réadmissions et conformes à l'attendu pour les ré-opérations. A noter que ces chiffres 2016 ont été calculés par les HUG avec le logiciel

¹¹ Source : Evaluation issue de l'outil SQLape pour les données 2015
Rapport de gestion 2017 des HUG

SQLape et selon la méthode nationale, car les résultats nationaux produits par l'ANQ concernent encore les résultats 2015.

2.3. Contexte général des HUG

L'année 2017 est marquée par un environnement médico-économique en tension : d'une part, l'activité continue à croître aussi bien sur le plan quantitatif que qualitatif, et, d'autre part, la maîtrise des coûts demandée par l'Etat de Genève et imposée par les tarifs. Notons que l'amélioration des standards de prise en charge par la mise en service du nouveau bâtiment Gustave Julliard et de l'étape 3.3 de la rénovation de la Maternité représente un coût supplémentaire en raison des charges incompressibles liées à l'exploitation de ces bâtiments.

2.3.1. Contexte sanitaire

La demande de la population est toujours croissante en termes de santé. Cela est en partie expliqué par l'augmentation de la population (de 0.8% à 0.9% en moyenne par année selon le scénario démographique retenu par le canton de Genève pour son exercice de planification).

Au-delà de l'augmentation quantitative de la demande en soins, la nature des soins offerts est aussi sujette à évolution.

D'une part, grâce aux nouvelles avancées technologiques, la médecine devient « personnalisée » afin d'apporter le traitement le mieux adapté au patient et a recours à des équipements de plus en plus sophistiqués. Cette médecine, dite aussi de précision, requiert une évolution rapide de nos plateaux techniques (notamment de radiologie et de laboratoire) et de notre système d'information afin de pouvoir capter et traiter les nombreuses données sur lesquelles elle repose.

D'autre part, le vieillissement de la population, l'augmentation importante des maladies chroniques, et la part croissante des patients présentant des cas multiples de comorbidités, s'accompagnent d'un changement de paradigme dans la prise en charge du patient. Le patient nécessite une approche de plus en plus pluridisciplinaire et holistique et non plus uniquement disciplinaire et spécialisée.

Les figures suivantes illustrent la hausse des patients âgés et la part croissante des patients complexes (nombre de comorbidités et score de complexité).

Les « plus de 80 ans » forment la principale catégorie de patients !

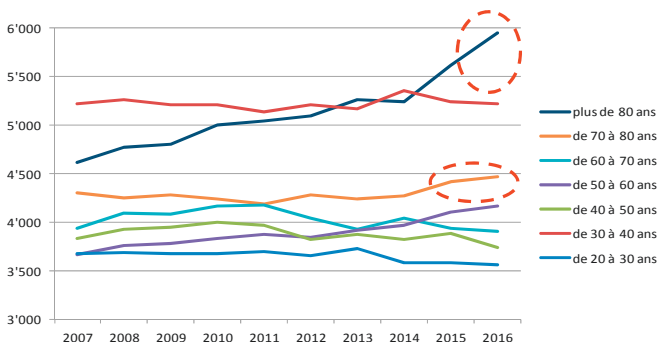


Figure 11. Evolution des patients hospitalisés par tranche d'âge.

Augmentation des patients présentant plus de 6 comorbidités !

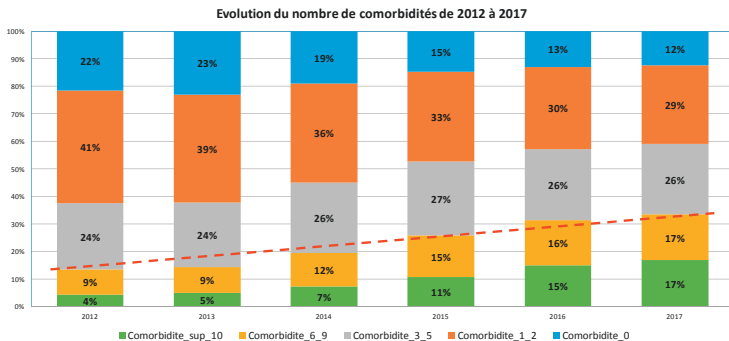


Figure 12. Evolution de la part de patients par nombre de comorbidité

Il est enfin à noter que, depuis quelques années, la propension des patients ayant une pathologie avec une complexité importante est à la hausse. Ainsi, le niveau de complexité clinique du patient est mesuré grâce à l'indice PCCL¹². Cet indice évolue de 0 (patient avec une pathologie simple) à 4 (patient avec une pathologie très complexe). Le graphique suivant montre que les patients avec un score de 4 passent de 9% en 2012 à 14% en 2016.

¹² « Patient Clinical Complexity Level » : niveau de complexité clinique du patient.

Hausse des patients avec un indice de complexité (PCCL) élevé !

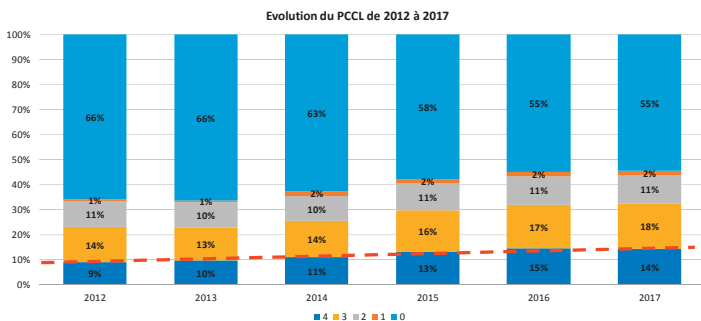


Figure 13. Evolution de la répartition de l'indice PCCL

2.3.2. Contexte tarifaire

Alors que la demande de la population en soins de santé est croissante, la pression sur les coûts et sur les tarifs se maintient dans toutes les zones de soins.

Dans la zone de soins somatiques aigus (DRG), rappelons que les tarifs pour 2017 étaient identiques à ceux négociés en 2016, pour tous les régimes d'assurance, hors SCTM. Ainsi, la valeur de point s'est élevée à 10'650 CHF pour les patients AOS et à 12'004 CHF pour les patients privés. La valeur AOS est restée identique à celle du CHUV, facilitant l'accessibilité des ressortissants vaudois et genevois à l'un ou l'autre hôpital universitaire. Cependant, la couverture des coûts de production d'un point DRG aux HUG reste insuffisante, principalement pour l'assurance obligatoire des soins.

La valeur du point négociée conjointement par les cinq hôpitaux universitaires avec la CTM (Centrale des tarifs médicaux LAA, AI et LAM) en 2017, est en légère diminution, environ 2% par rapport à 2016. Elle passe de 11'190CHF à 10'980CHF, en raison des pressions exercées par la CTM pour se rapprocher du prix du point LAMA.

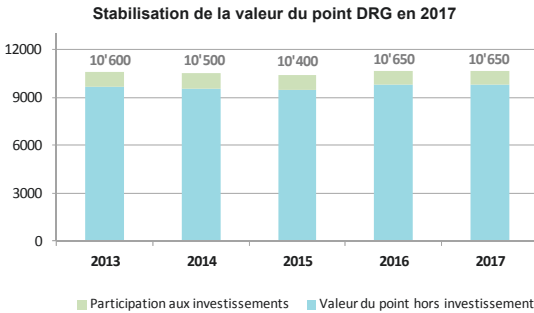


Figure 14. Evolution de la valeur du point DRG pour les patients LAMal

Pour les zones de soins palliatifs, subaigus et psychiatriques, les HUG ont signé des conventions garantissant la stabilité du tarif entre 2014 et fin 2017, exception faite du groupe d'assureurs membres d'HSK pour les soins subaigus et psychiatriques. Les négociations avec HSK pour les zones de soins subaigus n'ayant pas abouti, le tarif appliqué a été édicté par le canton de Genève avec une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2014. Les séjours 2017 ont été facturés sur la base de ce tarif, dont la validité n'a pas été remise en cause par le biais d'une procédure de recours. Il en est de même pour les prestations de psychiatrie, qui ont été facturées sur la base du tarif provisoire, défini par le canton de Genève.

Les soins ambulatoires continuent à bénéficier de la décision du TAF de 2014, qui confirme le tarif du point TARMED fixé par l'Etat et dont la valeur est de 0.96 CHF. Bien que plus élevée que la plupart de celles en vigueur dans les autres établissements hospitaliers de Suisse, la valeur de point genevoise s'applique à tous les prestataires du canton et ne couvre que partiellement les coûts ambulatoires des HUG.

2.3.2.1. Contrat de prestations

Le contrat de prestations 2016 - 2019 a été adopté par la Commission des finances en décembre 2016 après les arbitrages budgétaires du Conseil d'Etat.

Au 1^{er} juillet 2016, le Conseil d'Etat a également fixé 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. Le but de cette fusion est de garantir la pérennité de prestations de qualité à Joli-Mont et à Montana et de permettre à ces structures de bénéficier d'une infrastructure administrative et médicale de haut niveau au sein des HUG.

De façon générale, et malgré le soutien de l'Etat aux projets d'infrastructure des HUG, l'indemnité perçue de l'Etat diminue entre 2013 et 2017 (-38 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'efficacité visant à gagner en productivité.

Une indemnité monétaire en baisse de 38 MCHF depuis 2013 à périmètre constant

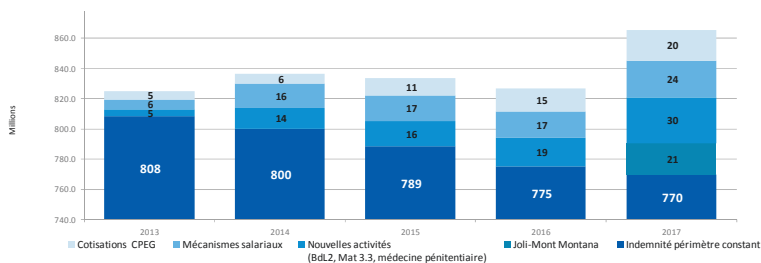


Figure 15. Evolution de l'indemnité de l'Etat entre 2013 et 2017 (en MCHF)

2.3.2.2. Lettre de cadrage

La formalisation de l'indemnité monétaire de fonctionnement pour 2017 figure dans la lettre de cadrage du DEAS du 6 octobre 2016. Le montant global de l'indemnité cantonale inscrite au budget 2017 pour les HUG s'élève à 844.7 MCHF, sans les cliniques de Joli-Mont et Montana, et à 865.6 MCHF en les incluant.

L'indemnité monétaire de fonctionnement prévue pour 2017 varie de +38.8 MCHF par rapport à celle du budget 2016. Cette variation se décline comme suit : +20.9 MCHF d'indemnité transférée aux HUG liée à l'intégration des cliniques de Joli-Mont et de Montana (JMM) et +17.9 MCHF d'indemnité supplémentaire pour les HUG, essentiellement pour le financement des mécanismes salariaux, des besoins liés à la planification sanitaire à hauteur 50%, et la mise en exploitation du nouveau bâtiment des lits et de l'étape 3.3 de la Maternité à hauteur de 50%.

L'indemnité 2017 se répartit donc comme suit :

	Indemnité monétaire de fonctionnement
Subvention de soins	CHF 532'246'059
Subvention recherche et enseignement	CHF 188'847'518
Subvention missions d'intérêt général	CHF 144'490'863
Total	CHF 865'584'440

Figure 16. Indemnité monétaire de fonctionnement

3. Présentation de l'activité des HUG

3.1. Evolution de l'activité aux HUG

Les indicateurs d'activité des HUG, présentés ci-dessous, permettent d'apprécier l'évolution de :

- l'activité hospitalière stationnaire constituée des soins aigus, de gériatrie et de réhabilitation, de la psychiatrie, des soins palliatifs et de la 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 ;
- l'activité ambulatoire 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 :

- d'interventions chirurgicales : indicateurs de capacité et de fonctionnement des blocs opératoires ;
- de prises en charges aux urgences : évolution du nombre d'urgences et des flux.

La figure ci-dessous indique l'évolution de l'activité des HUG depuis 2013 et montre la progression plus rapide de l'activité ambulatoire comparée à l'activité stationnaire (notamment en raison de la poursuite de l'ambulatorisation de l'activité). Cette progression se stabilise en 2017.

Notons que le décrochage constaté en 2017 sur le nombre de cas (+3'292 cas) dans les soins hospitaliers provient essentiellement de l'intégration des cliniques de Joli-Mont et Montana (+2'548 cas).

Une progression importante de l'ambulatoire et modérée du stationnaire

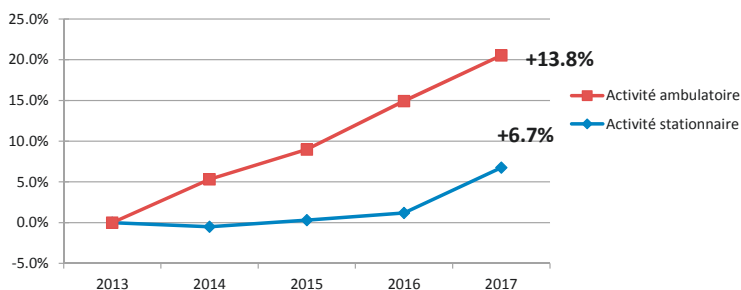


Figure 17. Evolution de l'activité des HUG sur les cinq dernières années

3.1.1. Evolution de l'activité stationnaire

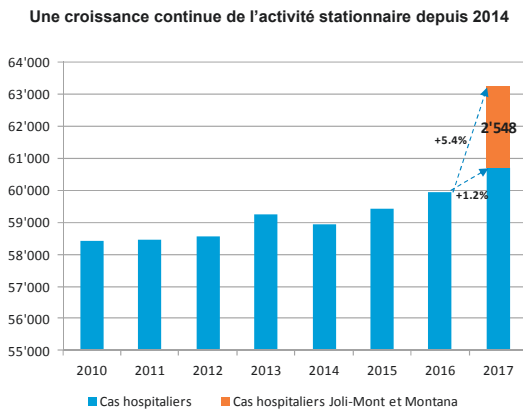


Figure 18. Evolution de l'activité stationnaire des HUG

Depuis 2010, la progression générale de l'activité stationnaire aux HUG s'explique en grande partie par l'augmentation et le vieillissement de la population du canton de Genève¹³. Entre 2016 et 2017, un effet de changement de périmètre (intégration des cliniques) vient amplifier cette tendance haussière. Ces deux effets contribuent à une hausse des recettes hospitalières de +3.0% par rapport à l'année 2016.

La progression de l'activité s'est accompagnée d'une hausse du nombre moyen de lits en service : 2'174 en 2017 contre 2'016 lits en 2016, soit +7.8%, exclusivement liée à l'intégration des deux cliniques. Le taux d'occupation moyen des lits est de 87.1% c'est-à-dire dans la fourchette haute des normes hospitalières (entre 85% et 90%).

Notons enfin qu'au sein de l'activité hospitalière stationnaire, plus de 75% des cas sont en soins aigus.

¹³ L'augmentation de la population du canton de Genève est fournie par la statistique de la population. Source obtenue sur le site de l'Etat de Genève « https://www.ge.ch/statistique/domaines/aperçu.asp?dom=01_02_1 ».

Le poids prépondérant des soins aigus dans l'activité stationnaire

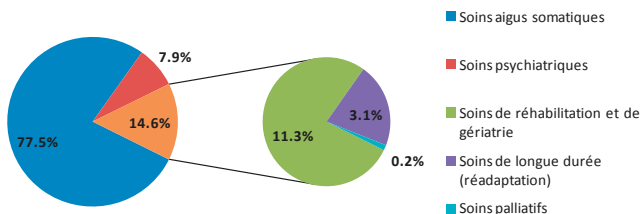


Figure 19. Répartition des séjours stationnaires par zones de soins

3.1.1.1. Soins aigus

Après une année 2016 de croissance soutenue, la progression du volume d'activité des soins aigus est plus modérée en 2017 (+1.4% par rapport à 2016) avec 50'103 cas hospitaliers traités. En lien avec cette hausse de l'activité, les recettes hospitalières en soins aigus ont enregistré une augmentation de +17.4 MCHF par rapport à l'année dernière, soit +3.9%.

Une croissance des soins aigus ralentie en 2017

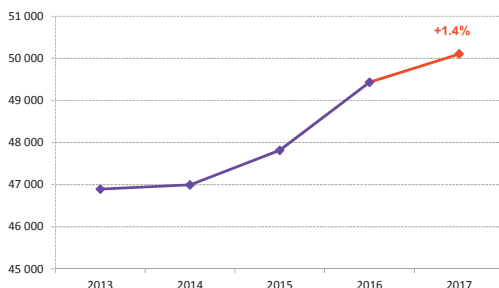


Figure 20. Evolution du nombre de séjours hospitaliers

La progression modérée des soins aigus est le résultat des tendances divergentes suivantes :

- 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. Les HUG ont ainsi poursuivi l'élargissement de la zone de soins aigus somatiques et réalisé un transfert d'activité des soins subaigus vers les soins aigus. Le nombre de lits en service dans les soins aigus est ainsi passé de 60 à 120. De plus, les HUG se sont dotés, dès la fin de l'année 2016, d'une nouvelle structure d'urgences gériatriques à l'Hôpital des Trois-Chêne pour les urgences non vitales (cf. chapitre sur les faits marquants).
- L'activité d'obstétrique est en hausse, avec un nombre de naissances en augmentation de +1.6% par rapport à l'année 2016 (3'830 naissances en 2017 contre 3'769 en 2016).

- Le nombre d'interventions chirurgicales en gynécologie a également augmenté par rapport à 2016 (+3.1%).
- Pour le service des urgences, le nombre de séjours supérieurs à 24 heures a fortement diminué, grâce à l'ouverture des voies ambulatoires la nuit et au centre d'urgence des Trois-Chêne.
- Une baisse du nombre de cas est constatée en chirurgie viscérale liée à l'ambulatoire de l'activité depuis 2016. Le taux de one-day surgery passe ainsi de 28% en 2016 à 30% en 2017 par rapport à 2016. Pour optimiser les taux d'occupation, une unité a été fermée durant la période estivale. Le nombre d'interventions est également à la baisse en chirurgie cardio-vasculaire et orthopédique.

Le cost-weight moyen¹⁴ de 1.21 points est supérieur à la cible (1.19 points). Cette bonne performance révèle non seulement le traitement de cas plus lourds que prévus sur 2017, mais également la poursuite de l'amélioration de la qualité et de l'exhaustivité de la documentation et du codage.

La durée moyenne de séjour (DMS) a été maintenue quasi-stable (6.9 jours en moyenne en 2017 contre 6.8 jours en 2016), malgré la hausse du nombre de patients avec un indice de complexité élevé et avec des comorbidités importantes. Ce maintien de la DMS est le résultat des efforts des HUG pour anticiper la sortie du patient et ainsi restreindre le nombre de journées d'hospitalisation inappropriées. Des Itinerary Patients Managers (IPM) chargés de suivre la trajectoire des patients pour anticiper leur sortie ont ainsi été mis en place depuis 2 ans dans les services de neurochirurgie, de neurologie, de médecine interne, de gériatrie et de chirurgie viscérale.

Les patients extra-cantonaux

Le nombre de patients extra-cantonaux affiche une légère hausse : 2'734 cas en 2017 par rapport à 2'666 en 2016, soit +68 patients (+2.6%). Les patients domiciliés dans le canton de Vaud sont les plus représentatifs. A noter que le nombre de patients extra-cantonaux a augmenté de près de 20% depuis 2013.

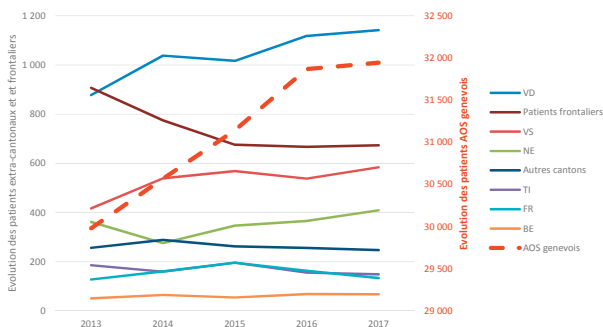


Figure 21. Evolution du nombre de patients extra-cantonaux pour les soins aigus par canton de domicile¹⁵

¹⁴ 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.

¹⁵ Le nombre de patients AOS à fin 2017 est provisoire au moment de la réalisation de ce rapport.

En comparaison, le nombre de cas AOS genevois a augmenté de +6.3%, soit +1'951 cas depuis 2013, ce qui est conforme à la planification cantonale.

Par ailleurs, le nombre de patients frontaliers affiche une baisse entre 2013 et 2015, en lien avec le changement de la législation française concernant l'assurance maladie. Cette tendance semble se stabiliser depuis 2015, en raison notamment de la modification du régime d'assurance des frontaliers (de la sécurité sociale française vers la LAMal).

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

Le volume d'activité, tant en nombre de cas hospitaliers qu'en journées d'hospitalisation, a significativement augmenté (respectivement +54% et +31%) sur la zone de soins subaigus entre 2016 et 2017. La principale raison de cette hausse est l'intégration des cliniques de Joli-Mont et Montana (+2'548 cas).

L'extension de la zone de soins aigus aux Trois-Chêne permet une prise en charge des patients gériatriques aigus. Ainsi, sans l'effet de l'intégration des cliniques, le nombre de journées d'hospitalisation pour la zone de soins subaigus est en légère baisse, au profit des soins aigus.

L'optimisation de la durée moyenne de séjour dans les soins de réhabilitation et de gériatrie continue et atteint 19.5 jours en 2017 contre une moyenne de 21.3 jours l'année passée.

L'impact significatif en 2017 de l'intégration de Joli-Mont et de Montana

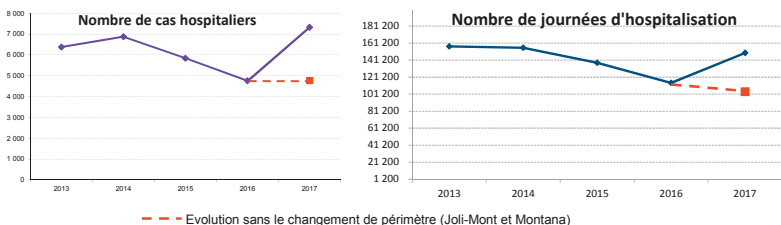


Figure 22. Evolution du nombre de cas hospitaliers et des journées d'hospitalisation en soins subaigus

3.1.1.3. Soins psychiatriques

Ce secteur souffre d'une sur-occupation chronique en grande partie expliquée par un nombre important de patients en attente de placement (environ 40 en 2017). 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 de ces mêmes patients.

Les graphiques ci-dessous illustrent l'évolution de l'activité de psychiatrie. Le nombre de cas baisse progressivement entre 2013 et 2017, tandis que le nombre de journées augmente, essentiellement du fait de l'allongement de la durée de séjour. Ainsi, entre 2016 et 2017, la durée moyenne de séjour entre passe de 26.2 jours à 27.5 et la baisse du nombre de journées d'hospitalisation est modérée (-0.9%).

Malgré une baisse des patients, le secteur affiche une sur-occupation en raison des difficultés de placement

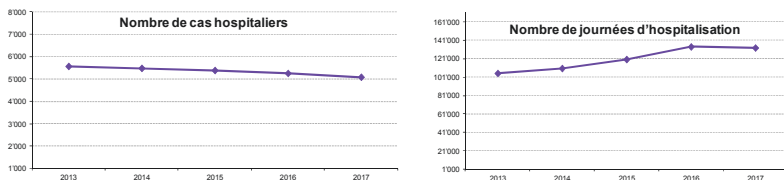


Figure 23. Evolution du nombre de cas hospitaliers et des journées d'hospitalisation en psychiatrie

Des efforts ont été réalisés par les HUG pour pallier à la sur-occupation des unités et ainsi fluidifier le transfert des patients. Ainsi, la mise en place d'un case-manager de transition et la modification de l'organisation de la psychiatrie adulte à partir du 1^{er} novembre 2016 ont permis de contenir la hausse du nombre de journées d'hospitalisation, qui est maintenant dans la cible budgétaire. Par conséquent, cela a permis de baisser des taux d'occupation, qui passent de 108% en 2016 à 99% en 2017.

3.1.1.4. Soins de réadaptation médicale

En zone de soins de réadaptation médicale, le nombre de cas pris en charge continue à croître fortement malgré la légère baisse du nombre de journées d'hospitalisation (-0.8% par rapport à 2016). Cette hausse du nombre de cas (+10.8%) s'explique par un tournus plus important des patients, grâce à une baisse significative de la durée moyenne de séjour (32.0 jours en 2017 par rapport à 38.9 en 2016). La réorganisation des unités de soins et la mise en place d'itinéraires patients standardisés, dans le cadre d'un projet régional, ont contribué à la bonne performance de ce secteur d'activité.

Des journées en légère baisse mais un nombre de cas en hausse grâce à la baisse de la DMS

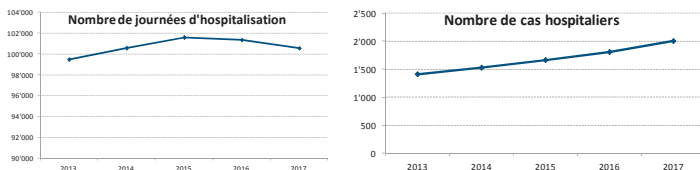


Figure 24. Evolution du nombre de cas hospitaliers en soins de réadaptation

3.1.1.5. Soins palliatifs

Cette zone de soins est influencée par le changement de règle de facturation des soins palliatifs, décidé au niveau suisse. La baisse du volume d'activité (-93 cas en 2017 par rapport à 2016) est essentiellement liée au changement de système de facturation et à l'ouverture de la zone de soins aigus palliatifs courant 2016. Les soins palliatifs (facturés en non aigus et en aigus) augmentent de +66 cas, ce qui fait en réalité une évolution de l'activité plutôt favorable.

Pour la zone de soins non aigus, ce fléchissement de l'activité est accompagné par l'amélioration de la durée médiane de séjour : de 9.3 jours en 2016 à 8.3 jours en 2017.

Changement de système de facturation dans la zone de soins palliatifs

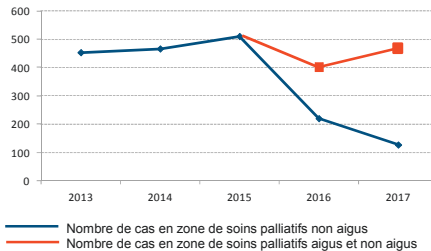


Figure 25. Evolution du nombre de cas hospitaliers en soins palliatifs

A noter que dès 2018, suite à la modification des règles et définitions pour la facturation des cas dans SwissDRG, le système tarifaire des SwissDRG est appliqué à la rémunération de tous les traitements palliatifs avec la possibilité, pour la première année, de prévoir une exception pour les prestations de médecine palliative pratiquées dans des hospices. En conséquence, pour 2018, le système tarifaire des SwissDRG est appliqué à tous les traitements palliatifs au sein des unités spécialisées des HUG sauf celles de Joli-Mont. En préparation à ce changement de facturation, les HUG ont mis en place une zone DRG à Bellerive dès juin 2016.

3.1.1.6. Activité chirurgicale

L'activité chirurgicale affiche une légère tendance à la hausse depuis 2013 (+5.3%), essentiellement en chirurgie ambulatoire.

- En 2015, cette dynamique a été freinée en raison de la réforme de l'assurance maladie des frontaliers, qui a mené à la perte d'une partie de la patientèle frontalière.
- En 2016, la tendance était à nouveau à la hausse en raison de l'extension des plages opératoires.
- En 2017, les HUG poursuivent leurs efforts pour améliorer le flux patients et augmenter le niveau de sécurité des interventions. Ainsi, depuis septembre 2017, les HUG se sont dotés de six nouvelles salles opératoires dans le bâtiment Gustave Julliard. L'ouverture de ces salles permet d'une part le transfert et le regroupement des activités opératoires par spécialité et d'autre part la

disponibilité de deux salles supplémentaires pour les urgences différées. Les salles dont l'activité a été transférée à Gustave Julliard ont été fermées, permettant ainsi la rénovation du bloc des urgences.

La progression du nombre d'interventions chirurgicales se concentre sur l'ambulatoire

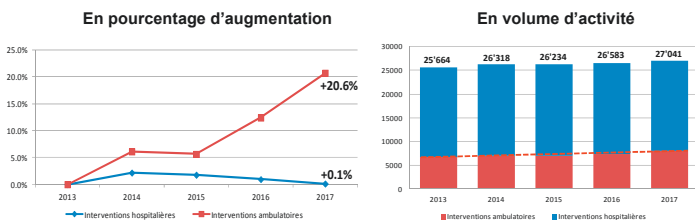


Figure 26. Evolution du nombre d'interventions chirurgicales

L'évolution par spécialité entre 2016 et 2017 est détaillée ci-dessous :

Une hausse des interventions chirurgicales particulièrement marquée dans l'ophtalmologie

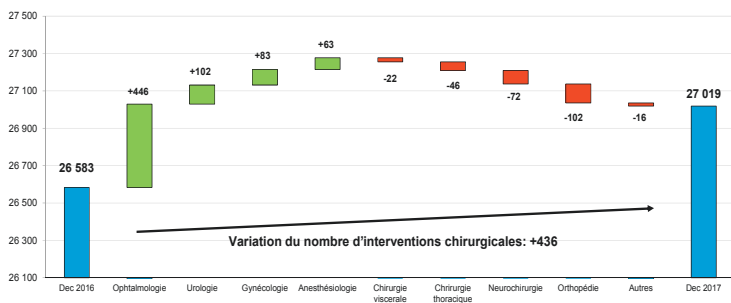


Figure 27. Evolution du nombre d'interventions chirurgicales par spécialité

La variation du nombre d'interventions s'explique par les éléments suivants :

- En ophtalmologie, après une année 2016 mitigée (travaux dans les blocs, et départs d'opérateurs), le service a retrouvé une activité dynamique (nouvelle équipe médicale, renouvellement des équipements...). Ce bilan est à nuancer du fait qu'une grande partie de ces interventions sont de très courtes durées et sans complexité.
- En urologie, la hausse se concentre surtout sur des interventions telles que les résections endoscopiques de la prostate (+79 cas), les prostatectomies radicales (+31 cas) et les cystectomies radicales (+13 cas).

- La hausse du nombre d'interventions en gynécologie est en lien avec des actes chirurgicaux tels que la tumorectomie du sein (+50 cas), l'endométriome par scopie (+33 cas) et les curetages évacuateurs pour fausse couche (+19 cas).
- La chirurgie thoracique affiche une baisse de son activité principalement sur les actes de thoracoscopie exploratrice.
- La neurochirurgie accuse également une baisse en raison du fait d'interventions plus longues, avec les mêmes plages opératoires.
- Enfin l'orthopédie affiche une baisse du nombre d'interventions en raison du départ de certains opérateurs.

A noter que ces faibles progressions du nombre d'interventions chirurgicales sont en deçà des projections et surtout inférieures à l'évolution démographique et au vieillissement de la population. Ceci pourrait refléter une augmentation de la concurrence des cliniques privées.

3.1.1.7. 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 l'un des hôpitaux universitaires suisses (DRG selon année de référence 2015), est en augmentation depuis 2014.

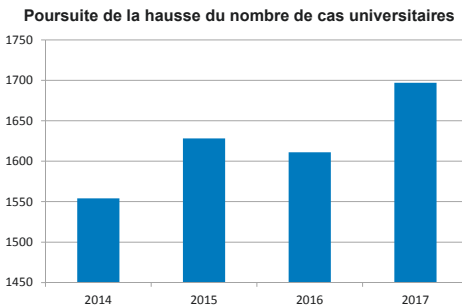


Figure 28. Nombre de cas universitaires pris en charge aux HUG¹⁶

Les activités universitaires liées à la médecine complexe et hautement spécialisée sont également en croissance depuis 2012. Un exemple de médecine complexe est le projet « Donneurs à Cœur Arrêté » (DCA) Maastricht III, qui a démarré en 2016. Son objectif était 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 3^{ème} hôpital en Suisse à développer cette activité, après Zurich et Saint-Gall.

¹⁶ Le nombre de cas universitaires à fin 2017 est estimé sur la base des données disponibles à la date de rédaction du rapport. Ce décalage s'explique par les délais de codages du collectif

Ainsi, dix patients répartis dans toute la Suisse ont pu recevoir les reins issus du programme DCA rien que pour l'année 2016 et se portent bien.

3.1.2. Evolution de l'activité ambulatoire

3.1.2.1. Cartographie des soins ambulatoires

Les soins ambulatoires sont concentrés sur la médecine de premier recours, la psychiatrie et les spécialités de médecine. Les soins ambulatoires concernent à 89% les adultes.

Répartition des soins ambulatoires

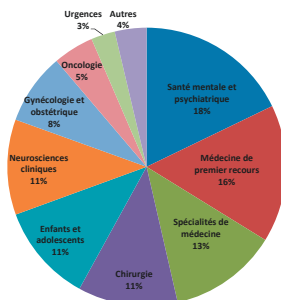


Figure 29. Répartition de soins ambulatoires¹⁷

3.1.2.2. Stabilisation de l'activité ambulatoire

L'activité ambulatoire est en hausse régulière depuis 2012 (+26%) en raison notamment du virage ambulatoire opéré ces dernières années. En 2016, le seuil du million de prises en charge a été franchi avec 1'037'470 cas, soit une progression de +4.6% par rapport à 2015. En revanche, en 2017, la progression de l'activité ambulatoire se tasse et se maintient au niveau de 2016 avec 1'037'921 prises en charge, soit -1.5% sous l'objectif. Néanmoins, les recettes ambulatoires progressent de 5.4% par rapport à 2016, principalement grâce aux efforts d'amélioration de l'exhaustivité de la facturation et à une hausse de la complexité des cas.

¹⁷ 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, de laboratoire et de pathologie.

Stabilisation du volume d'activité après une ambulorisation importante

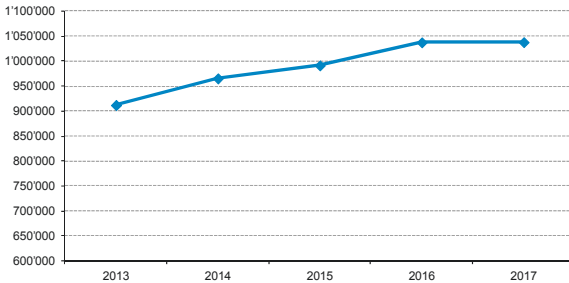


Figure 30. Evolution pluriannuelle du nombre de prises en charge ambulatoires

Les principales fluctuations de l'activité ambulatoire entre 2016 et 2017 (+451 prises en charges par rapport à 2016) sont détaillées ci-dessous¹⁸ :

Stabilisation du nombre de prises en charge au niveau HUG

Hausse principalement dans les domaines des neurosciences cliniques, gynécologie, et oncologie

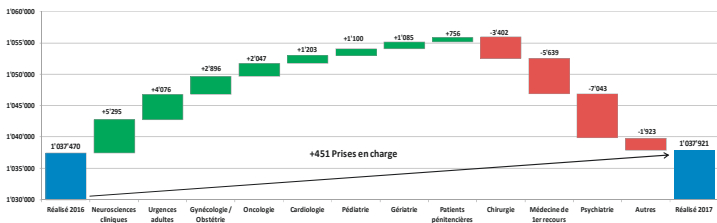


Figure 31. Facteurs contributifs à l'évolution du nombre de prise en charge ambulatoire entre 2016 et 2017

- Neurosciences cliniques** : (+5 295 prises en charge par rapport à 2016). L'augmentation importante de l'activité se concentre sur les spécialités d'ophtalmologie et d'ORL et provient principalement de l'ouverture de l'hôpital de jour. En 2017, plus de 95% des interventions en ophtalmologie ont été faites en ambulatoire (jour d'admission=jour d'intervention=jour de sortie). En neurologie, l'activité augmente légèrement également du fait de l'introduction de nouveaux traitements ambulatoires pour la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques et la sclérose latérale amyotrophique.
- Urgences ambulatoires adultes** : (+4 076 prises en charges par rapport à 2016). L'augmentation est en lien avec l'ouverture des voies ambulatoires la nuit et la réorganisation du service.

¹⁸ Les écarts par discipline sont hors patientèle pénitentiaire répertoriée spécifiquement

- Gynécologique / obstétrique : (+ 2'896 de prises en charge de plus qu'en 2016). Les raisons principales de cette progression sont :
 - les consultations prénatales et l'activité d'échographie en progression du fait de l'ouverture de Mat 3.3 et de l'augmentation du nombre de naissances ;
 - l'activité des urgences de gynécologie et d'obstétrique (+ 701 prises en charge).
- Oncologie : (+2'047 prises en charge par rapport à 2016). L'activité ambulatoire est à la hausse pour deux raisons. D'une part, les consultations post-greffe sont de plus en plus nombreuses du fait d'une meilleure survivance des patients et donc de l'augmentation de la file active des patients. D'autre part, la complexité croissante des cas, nécessite un suivi plus fréquent des patients.
- Cardiologie : (+1'203 prises en charge par rapport à 2016). La hausse est essentiellement en lien avec la progression des consultations en insuffisance cardiaque.
- Pédiatrie : (+1'100 prises en charge par rapport à 2016). L'augmentation d'activité provient d'une augmentation en oncologie pédiatrique et en chirurgie pédiatrique et plus particulièrement en urologie et pour des soins de pansements. L'activité des spécialités telles que l'allergologie, la néphrologie et le « programme santé mouvement » recule.
- Gériatrie : (+1'085 prises en charge par rapport à 2016). La progression vient en grande partie de l'ouverture des urgences gériatriques des Trois-Chêne. Ces urgences sont dédiées aux patients de plus de 75 ans sans pronostic vital et ont permis le désengorgement des urgences adultes. A noter également la progression de la consultation pour troubles cognitifs.
- Médecine de premiers recours : (-5'639 prises en charge par rapport à 2016). La complexité des cas relevant des programmes pour migrants reste importante et exige un suivi tant pour des problèmes de santé somatique que psychologique et psychiatrique. Ainsi, cette année encore, afin d'assurer efficacement les prises en charge, les équipes médico-soignantes ont dû être renforcées au travers des programmes Santé Migrants Adultes et de Pédiatrie, le Centre Santé Jeune (CSJ), avec un recours important à des interprètes et des achats supplémentaires de médicaments et de matériel médical. Cette hausse de charges est compensée par une très nette amélioration de l'exhaustivité de la facturation.
- Médecine pénitentiaire : (+756 prises en charge par rapport à 2016). La hausse provient surtout de l'augmentation du nombre moyen de consultations par prisonnier.
- Chirurgie : (-3'402 prises en charge par rapport à 2016). Cette baisse de 3% se concentre essentiellement sur les prises en charge en soins infirmiers post-opératoires de plus en plus assurés par l'IMAD suite à un changement de pratique, et, d'autre part, en physiothérapie suite au départ de collaborateurs en chirurgie orthopédique.
- Psychiatrie : (-7'043 prises en charge par rapport à 2016). La baisse conséquente de l'activité fait suite à la fermeture du CAAP1 Pâquis. La prise en charge d'une partie de ces patients a été transférée sur les autres CAPPI mais dans une proportion moins conséquente que prévue. Une partie des patients a également été orientée vers la médecine de ville afin de privilégier la proximité géographique.

3.1.3. Evolution des prises en charge aux urgences

Le nombre de cas pris en charge aux urgences s'élève à 88'856 cas en 2017. L'activité des urgences progresse de +6.1% par rapport à 2016.

La répartition des urgences et leurs évolutions sont fournis dans le diagramme ci-dessous.

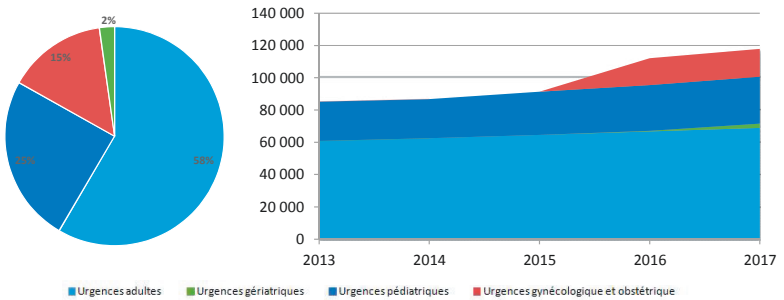


Figure 32. Répartition et évolution du nombre de prises en charge aux urgences¹⁹

Les urgences adultes (inclu la gynécologie-obstétrique et la gériatrie) au sein des HUG sont réparties suivant la nomenclature suivante :

- Les urgences 1 : Il s'agit des situations pathologiques, pouvant entraîner la mort, la perte d'un membre ou d'un organe, si la prise en charge n'est pas immédiate. Il s'agit des urgences les plus critiques.
- Les urgences 2 : Il s'agit des situations pathologiques n'engageant pas le pronostic vital, mais qui sont susceptibles de s'aggraver dans l'immédiat.
- Les urgences 3 : Il s'agit des situations pathologiques où le temps ne constitue pas un facteur critique. L'état du patient à son arrivée est jugé stable.
- Les urgences 4 : Il s'agit des situations pathologiques jugées stables et ne nécessitant pas de soins en urgence.

3.1.3.1. Urgences adultes

L'activité des urgences adultes marque une hausse par rapport à 2016 (+3.4%) avec 68'942 entrées en 2017. En nombre de cas pris en charge, cette hausse se concentre sur les urgences 3 et 4. Il s'agit des cas les moins critiques, c'est-à-dire avec un délai d'installation de 2 heures. Ce phénomène de hausse de la fréquentation des urgences pour les cas les moins critiques semble avoir été constaté également dans d'autres établissements hospitaliers suisses. Les raisons de cet afflux sont pour le moment difficiles à cerner. L'hypothèse d'un changement de pratiques dans le recours aux soins médicaux par les patients est discutée : les patients disposeraient de moins en moins d'un médecin de référence, et souhaiteraient pouvoir consulter quand ils le souhaitent.²⁰

¹⁹ Les urgences adultes dans le graphique excluent les urgences gériatriques et les urgences gynécologiques et obstétriques.

²⁰ Selon interview du médecin cantonal genevois Jacques-André Romand.

Les urgences les moins critiques représentent plus de 80% de la hausse de l'activité

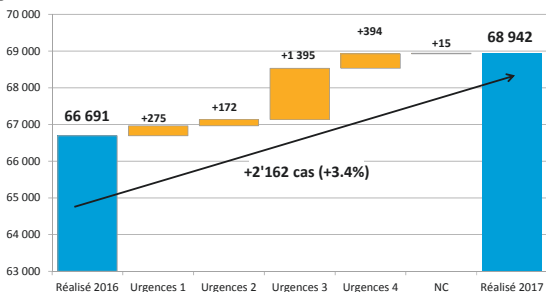


Figure 33. Evolution détaillée du nombre de cas pris en charge aux urgences adultes

Si les urgences 3 et 4 représentent la plus grande part de la hausse, il est à noter que les urgences 4 et 1 sont celles qui progressent le plus vite. Le taux de progression par typologie d'urgence est fourni dans le graphique ci-dessous :

Les urgences vitales augmentent leur activité de 5%

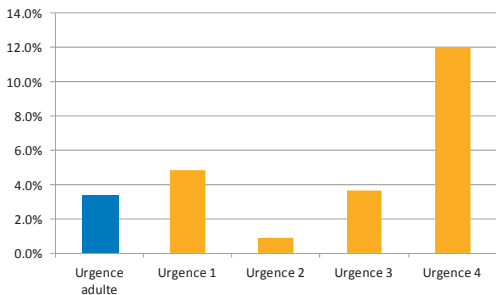


Figure 34. Taux de hausse de l'activité des urgences par rapport à 2016

Les délais de prises en charge aux urgences adultes se sont fortement améliorés :

- Urgences 1 : 90.1% des patients pris en charge immédiatement, par rapport à 86.4% en 2016.
- Urgences 2 : 64.7% des patients pris en charge en 20 minutes en 2017 par rapport à 59.7% en 2016.
- Urgences 3 : 77.2% des patients pris en charge dans les 2 heures contre 71.2% en 2016), et ce, malgré la hausse notable du nombre de patients pris en charge aux urgences 3 : +1'395 patients, soit +4%.

Ces améliorations dans les délais de prise en charge sont la conséquence de 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. L'ouverture des urgences gériatriques et des urgences ambulatoires de nuit ont également contribué à l'amélioration du flux patient. Ces différentes mesures portent leurs fruits : le taux de patients séjournant plus de 24h aux urgences accuse une forte baisse entre 2013 (10.4%) et 2017 (5.2%).

3.1.3.2. Urgences pédiatriques

Les urgences pédiatriques affichent une hausse soutenue de leur activité depuis 2012 (+3.8% de hausse moyenne annuelle). Cette tendance est expliquée par deux phénomènes :

- 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 ;
- la bonne gestion de la file d'attente des urgences via un tri efficace, des rappels par SMS, l'application Infokids pour smartphone. Ces outils permettent également d'améliorer la perception de la qualité chez les parents.

3.1.3.3. Urgences gynécologiques et obstétriques

Le volume des urgences gynécologiques et obstétriques a augmenté de +4.0% entre 2016 et 2017, notamment du fait d'un changement de pratiques de la part des patientes : elles ont tendance à venir plus facilement aux urgences durant leur grossesse.

3.1.3.4. Urgences gériatriques

Les urgences gériatriques sont localisées sur le site des Trois-Chêne et sont ouvertes 7/7, de 8h à 19h. Elles s'adressent aux patients âgés de 75 ans et plus, dont le pronostic vital n'est pas engagé et qui ne nécessitent ni chirurgie, ni soins intensifs.

Après un peu plus d'un an d'existence, les urgences gériatriques affichent un bilan très positif en termes de nombre de prise en charge (2'614 cas) et de qualité des soins :

- La moyenne d'âge des patients pris en charge aux urgences des Trois-Chêne est de 85 ans ;
- Le temps d'attente aux urgences des Trois-Chêne est souvent nul ou bref, et dans tous les cas inférieur à deux heures ;
- Deux tiers des patients reçus aux urgences des Trois-Chêne et nécessitant une hospitalisation sont ensuite hospitalisés sur place. Avant la création des urgences, 80% des patients âgés admis

aux urgences de Cluse-Roseraie, en urgence non vitale, étaient finalement hospitalisés aux Trois-Chêne, ce qui entraînait de nombreux transferts intersites ;

- Moins de 5% des patients reçus aux urgences des Trois-Chêne sont transférés aux urgences de Cluse-Roseraie ;
- Au total 20% des patients des urgences Trois-Chêne retournent dans leur lieu de vie et ne sont pas hospitalisés. Ce chiffre passe à 30% lorsque le patient passe 24h aux urgences Trois-Chêne (une nuit d'observation).

A noter que les critères de tri sont en cours d'affinage avec les ambulanciers afin d'accroître le taux de patients âgés orientés directement vers les urgences gériatriques sans passer par le centre-ville. Différentes actions sont actuellement en cours afin de sensibiliser la population, les médecins traitants, les médecins d'urgence et les prestataires de soins infirmiers à domicile à l'ouverture de ce site.

Les principaux motifs d'admission des patients aux urgences des Trois-Chêne sont une baisse de l'état général, un essoufflement, une chute, des douleurs du dos ou des douleurs abdominales, un malaise, une fièvre, une toux, des douleurs ou un traumatisme d'un membre, des douleurs musculaires ou articulaires.

4. Présentation des comptes HUG

4.1. Présentation des comptes entre 2013 et 2017

(en MCHF)

	2013	2014	2015	2016	2017
Total des Produits	1'759.7	1'758.9	1'792.4	1'866.6	1'902.3
Total Recettes	814.4	905.4	929.4	1'001.6	1'003.9
Recettes médicales	762.5	853.3	873.1	910.1	942.8
Autres recettes	51.9	52.1	56.2	91.5	61.0
Total Subventions	945	853	863	865	898
Total Subvention Etat	943.8	852.1	861.2	863.0	893.7
Indemnité monétaire de fonctionnement Etat (incluant crédit supp. Migrant)	824.9	836.3	833.6	838.1	865.6
Indemnité à distribuer (contrat prestation)	-0.1	-17.3	-2.8	-7.1	-0.0
Indemnité de fonctionnement non monétaire	85.1	-	-	-	-
Produits différés de subventions d'investissement	33.5	32.3	29.9	29.8	27.6
Autres subventions	0.5	0.7	0.6	0.2	0.5
Autres Subventions et dotations internes	1.5	1.4	1.8	2.0	4.7
Financement par résultat anticipé	-	-	-	-	-
Total des Charges	1'759.3	1'706.8	1'784.0	1'843.3	1'902.2
Charges de personnel	1'291.4	1'288.6	1'351.4	1'417.5	1'476.3
Autres charges	467.9	418.2	432.5	425.9	425.9
Matériel médical d'exploitation	169.8	180.4	187.8	191.6	193.1
Charges de produits alimentaires	19.6	20.6	20.2	21.6	23.2
Charges de ménage	15.4	16.8	15.8	15.4	15.6
Entretien et réparations	25.3	28.8	31.3	29.5	28.8
Charges d'utilisation des immobilisations	31.8	44.7	62.1	63.9	60.3
Investissements liés aux PL actifs	33.5	32.3	8.1	8.4	6.1
Location non monétaire	60.9	-	-	-	-
Charges d'énergie et eau	17.4	17.6	17.6	15.8	18.5
Charges financières (part monétaire)	1.0	0.9	2.1	1.4	1.4
Charges financières (part non monétaire)	24.2	-	-	-	-
Charges de l'administration et de l'informatique	25.6	28.0	31.7	32.3	30.9
Autres charges liées aux patients	8.6	8.9	9.7	10.7	11.6
Autres charges non liées aux patients	34.7	39.2	46.3	35.3	36.4
Résultat comptable	+0.4	+52.0	+8.4	+23.3	+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	-

Figure 35. Evolution des comptes entre 2013 et 2017

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

- Les comptes 2017 intègrent pleinement les deux cliniques de Joli-Mont et de Montana (qui ont été intégrées aux HUG à partir du second semestre 2016).
- 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-monétaires 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 ». Ainsi, en 2013, l'indemnité de l'Etat d'un montant de 943.8 MCHF incluait une indemnité non monétaire de 85.1 MCHF laquelle n'apparaît plus dans les budgets et les comptes des HUG à partir de 2014. De même, les comptes 2013 comprennent des charges non monétaires, qui disparaissent à partir de 2014. L'évolution réelle des produits et des charges doit donc s'apprécier sans ce montant.

Les recettes progressent plus vite que les charges et que l'indemnité de fonctionnement

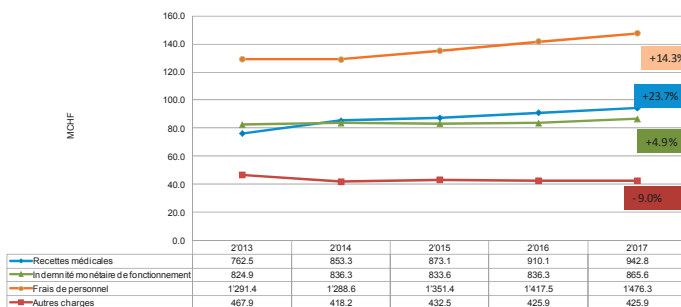


Figure 36. Evolution depuis 2013 des principaux groupes de produits et charges (sur base 100)

Entre 2013 et 2017, les recettes médicales (+23.7%) 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.

4.2. Evolution des produits entre 2013 et 2017

La progression des produits citée précédemment est due aussi bien à un changement de périmètre pour les HUG qu'à l'augmentation de l'activité et aux efforts d'exhaustivité de la facturation. L'analyse des produits doit tenir compte des éléments suivants :

- 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. Pour l'exercice 2017, cette rétrocession s'élève à 22.4 MCHF et représente 5% des forfaits journaliers et 8% des forfaits DRG, correspondant au coût d'utilisation des immobilisations selon la comptabilité analytique, certifiée REKOLE®.
- L'abattement pour juste valeur des débiteurs²¹ 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 et enfin 2.4% en 2017 pour tenir compte de l'amélioration du processus de recouvrement. Ainsi, la provision pour débiteurs douteux a été réévaluée à la baisse d'environ 6.1 MCHF. Les règles pour le provisionnement des débiteurs douteux sont alignées sur celles du service centralisé de recouvrement de l'Etat.
- Suite à la fixation des valeurs du point DRG en 2016, le reliquat de provision pour risque tarifaire a été dissout en 2017 (+3.8 MCHF).

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

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

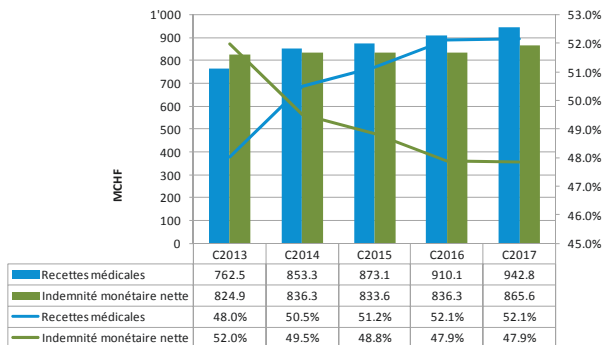


Figure 37. Evolution des principaux groupes de recettes

Ainsi, durant, cette période, les recettes médicales ont augmenté de +23% tandis que les indemnités monétaires de seulement +5%.

Enfin, il est à noter qu'au titre de la réduction de 5% des charges de personnel du grand Etat, prévue entre 2015 et 2018, l'Etat applique une réduction annuelle de 1% de l'indemnité versée aux HUG.

²¹ Référencé ci-après sous l'intitulé « 609 - Déductions sur le produit des prestations aux patients ».

Une réduction supplémentaire de l'indemnité est encore appliquée chaque année au titre de la prise en compte de l'effet Noria. En 2017, ces réductions représentent -11.6 MCHF.

4.3. Evolution des charges entre 2013 et 2017

La part des frais de personnel par rapport au total des charges augmente légèrement depuis 2013, passant de 73.4% à 77.6% en 2017. Celle des dépenses de médicaments et du matériel médical reste quasiment stable, passant de 9.7% en 2013 à 10.2% en 2017. Les charges de personnel sont soumises à des variations contraintes (annuités, variation du taux de charges sociales, nouvelles surfaces hospitalières,...) difficilement maîtrisables par les HUG et qui expliquent pour une grande part leur progression dans les charges totales. A l'inverse, la progression des charges de médicament et de matériel médical reste sous contrôle des HUG, qui déploient de nombreux efforts pour les maîtriser.

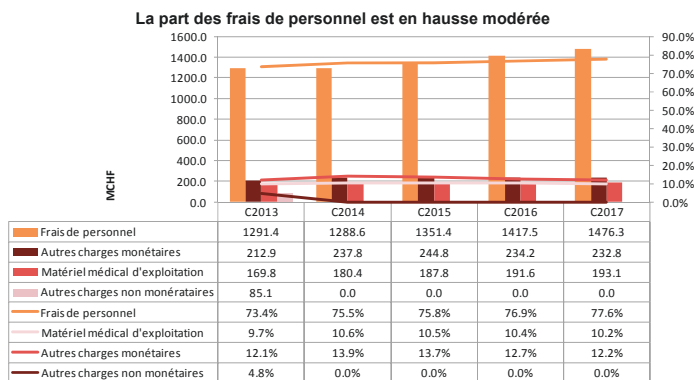


Figure 38. Evolution des principaux groupes de charges

Les charges de personnel ont progressé de 14.3% sur la période considérée. Cette progression est due pour partie à l'intégration des cliniques de Joli-Mont et de Montana qui a été réalisée sur 2 exercices (2016 et 2017), avec un montant de frais de personnel de 29.6 MCHF. L'activité soutenue dans certains secteurs (soins intensifs, obstétrique, médecine interne, néonatalogie, migrants), de même que des ajustements de provisions concernant notamment la modification des conditions d'obtention de la Rente-Pont AVS et les litiges RC en cours contribuent également à la hausse des charges de personnel depuis 2013.

La variation des frais de personnel entre 2016 et 2017 est expliquée principalement par :

- l'attribution d'une annuité complète et l'augmentation du taux de cotisation à la CPEG (+23.3 MCHF) ;
- la finalisation de l'intégration des cliniques de Joli-Mont et de Montana (+14.8 MCHF) ;

- la finalisation de la mise en service de nouvelles infrastructures dont le nouveau bâtiment Gustave Julliard ainsi que la 3^{ème} étape de construction et de rénovation de la Maternité (+6.5 MCHF) ;
- l'ajustement de l'indemnisation des heures de nuit, week-end et jours fériés pour les médecins en application de la Loi sur le Travail, sur la base d'une requête de l'AMIG (+2.0 MCHF).

Entre 2013 et 2017, les charges liées au matériel médical d'exploitation ont augmenté de +13.7% (+23.2 MCHF), dont +6.2% entre 2013 et 2014 contre +0.8% entre 2016 et 2017. Ce fléchissement de la progression est lié aux efforts d'optimisation des achats. La hausse des volumes de médicaments et de matériel médical consommés, couplée à l'introduction de nouvelles molécules plus coûteuses constituent les principaux facteurs d'augmentation de ces charges.

Quant à toutes les autres charges monétaires (produits alimentaires, ménage, entretien et réparations, charges d'utilisation des immobilisations, énergie et eau, charges financières, administration et informatique, autres charges liées aux patients, autres charges non liées aux patients), elles sont maîtrisées et ont diminué de -1.8% (-4.3 MCHF) depuis 2013, malgré une activité en hausse et la mise en exploitation des bâtiments Gustave Julliard et Mat 3.3.

Les chapitres suivants présentent de façon détaillée l'analyse des produits et des charges des HUG.

4.4. Analyse des produits

Le total des produits (après déduction de la part du résultat à distribuer en 2017) s'élève à 1'902.3 MCHF. Il est en excédent par rapport au budget 2017 de 31.3 MCHF (+1.7%). Cet excédent a permis aux HUG de ne pas devoir recourir à la réserve quadriennale pour équilibrer leurs comptes 2017, alors que le budget prévoyait un recours à hauteur de 5.5 MCHF.

Des recettes en croissance et supérieures au budget !

Montants en CHF	Comptes 2017	Budget 2017	Ecart C17/B17	Comptes 2016	Ecart C17/C16		
Recettes hors produits sur exercices antérieurs	1'902'258'213	1'870'921'773	+36'836'440	+1.7%	1'831'121'499	+71'136'714	+3.9%
60-62 Recettes médicales	942'840'599	915'545'000	+27'295'599	+3.0%	910'123'503	+32'717'096	+3.6%
65-68 Autres recettes	61'023'934	54'745'000	+6'278'934	+11.5%	57'865'367	+3'158'568	+5.5%
Total des subventions et indemnités	898'393'680	895'131'773	+3'261'907	+0.4%	863'132'630	+35'261'051	+4.1%
dont total des subventions et indemnités avant distribution à l'Etat	898'420'999	895'131'773	+3'289'226	+0.4%	870'255'408	+28'165'592	+3.2%
dont total des subventions à distribuer à l'Etat	-27'319	-	-27'319	-	-7'122'778	+7'096'459	-89.6%
6954 Financement par le recours à la réserve quadriennale	-	5'500'000	-5'500'000	-100.0%	-	-	-
Produit sur exercices antérieurs	-	-	-	-	33'592'995	-33'592'995	-100.0%
Total des produits après distribution résultat	1'902'258'213	1'870'921'773	+31'336'440	+1.7%	1'864'714'494	+37'543'719	+2.0%

Figure 39. Décomposition des produits

4.4.1. Recettes liées à la facturation des prestations médicales

Montants en CHF	Comptes 2017	Budget 2017	Ecart C17/B17		Comptes 2016	Ecart C17/C16	
060 Recettes hospitalières	602'718'980	610'301'000	-7'582'020	-1.2%	585'867'330	16'851'650	2.9%
Recettes soins aigus	457'106'832	459'898'000	-2'791'168	-0.6%	439'707'160	17'399'671	4.0%
601 Forfaits journaliers d'hospitalisation	145'612'149	150'403'000	-4'790'851	-3.2%	146'160'170	-548'021	-0.4%
Recettes soins non aigus	145'612'149	150'403'000	-4'790'851	-3.2%	146'160'170	-548'021	-0.4%
061 Recettes ambulatoires	352'750'531	330'612'000	22'138'531	6.7%	333'564'275	19'186'256	5.8%
609 Déductions sur le produit des prestations aux patients	-12'628'913	-25'368'000	12'739'087	-50.2%	-9'308'102	-3'320'811	35.7%
60-62 Total recettes médicales	942'840'599	915'545'000	27'295'599	3.0%	910'123'503	32'717'096	3.6%

Figure 40. Détail des recettes médicales

Le boni sur les recettes médicales provient essentiellement des recettes ambulatoires et de la bonne gestion des débiteurs

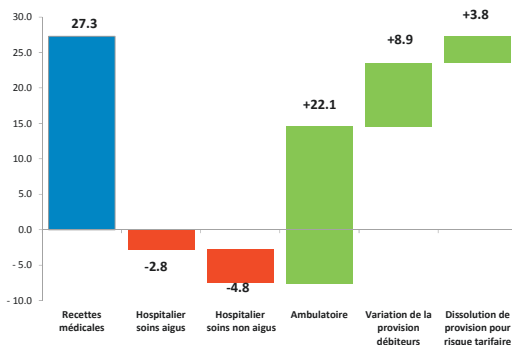


Figure 41. Décomposition de l'écart au budget des recettes médicales

Le boni budgétaire de recettes médicales de +27.3 MCHF révèle le bon niveau d'activité des HUG durant l'exercice, surtout en 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 et de la bonne gestion des débiteurs, contribuent également à ce bon résultat.

4.4.1.1. Recettes hospitalières

Montants en CHF	Comptes 2017	Budget 2017	Ecart C17/B17	Comptes 2016	Ecart C17/C16	
Recettes soins aigus	457 106 632	459 999 000	-2 791 169	439 797 160	17 299 671	-4.5%
660 soins aigus DRG d'hospitalisation	401 038 133	410 979 000	-8 940 867	389 618 133	11 420 000	3.3%
663 soins aigus forfaits d'hospitalisation	16 021 281	13 789 000	2 232 281	15 757 800	274 481	1.7%
610 soins prestataires ambulatoires médicaux hospitaliers privés	39 047 219	35 231 000	3 816 219	34 421 227	4 606 000	1.3%
Recettes soins non aigus	146 612 148	166 403 000	-19 790 851	146 199 170	-488 021	-0.4%
601 Forfaits journaliers d'hospitalisation	145 612 148	150 403 000	-4 790 851	146 199 170	-548 021	-0.4%
660 Recettes hospitalières	602 718 980	610 301 000	-7 582 020	585 997 330	16 851 650	2.9%

Figure 42. Recettes hospitalières

Les recettes de l'activité stationnaire à fin 2017 s'élèvent à 602.7 MCHF et sont inférieures de 7.6 MCHF au budget, soit 1.2%. Cet écart se décompose comme suit : -2.8 MCHF dans la zone de soins aigus et -4.8 MCHF dans la zone de soins non aigus.

Bien qu'inférieures aux objectifs budgétaires, notons que par rapport à 2016, les recettes hospitalières progressent de +16.9 MCHF en lien avec la hausse d'activité dans la zone DRG, qui contribue à une hausse de recettes de +14.8 MCHF.

Les forfaits DRG représentent plus de 2/3 des recettes hospitalières

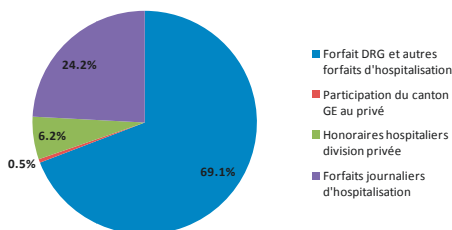


Figure 43. Répartition des recettes hospitalières

Zone de soins aigus (-2.8 MCHF, soit -0.6% par rapport au budget 2017)

Le retard des recettes par rapport au budget, de -2.8 MCHF, s'explique comme suit :

- **-15.0 MCHF d'effet volume**

Comme vu précédemment, le nombre de cas hospitaliers traités en 2017 est de 50'103. Bien que ce chiffre soit en hausse par rapport à l'année 2016, il reste en dessous de l'objectif de 52'000 fixé pour 2017. L'impact de la non-réalisation des objectifs d'activité de presque 2'000 cas, soit -3.8%, est estimé à -15.0 MCHF. Les manco d'activité les plus marquants sont en chirurgie viscérale en lien avec l'ambulatorisation de l'activité (hausse du taux de one-day surgery de 28% à 30%) et en orthopédie du fait du départ d'opérateurs.

Il est à noter toutefois que ces effets sont compensés en partie par des transferts d'activité vers la zone de soins aigus, aux Trois-Chêne et en soins palliatifs (+2.5 MCHF).

- **+6.0 MCHF liés à la hausse du cost-weight et à une meilleure valorisation des recettes en cours de facturation**

Le cost-weight moyen en 2017 est de 1.21 points, supérieur à la cible fixée à 1.19, et contribue ainsi au boni de recettes. Cette augmentation observée à travers toute l'institution, relève d'une part de la hausse du nombre des patients avec une pathologie complexe (cf. chapitre sur le contexte sanitaire), mais également de l'amélioration de la qualité et de l'exhaustivité de la documentation et du codage.

Les travaux d'amélioration du codage ont été poursuivis avec notamment la mise en place d'itinerary Patient Managers et la création d'alertes pour optimiser l'utilisation de codes de facturation pour le stroke-center, la cardio-interventionnelle, les dialyses, le caisson hyperbare, et le traitement des plaies. Ces actions ont pour but d'améliorer la documentation et permettent de facturer les séjours avec exhaustivité et au plus près des ressources utilisées.

Sur recommandation de nos réviseurs, la valorisation des recettes en cours de facturation a également été améliorée avec une homogénéisation des règles de calcul des encours avec les règles de répartition de la facturation.

- **+4.0 MCHF sur les honoraires privés d'hospitalisation**

Cet excédent budgétaire résulte surtout d'une meilleure application des tarifs depuis 2016 et du nombre croissant d'ayant-droits répondant à des besoins plus pointus en lien avec les pathologies des patients.

Cet excédent budgétaire est compensé par un dépassement budgétaire dans les charges des honoraires des médecins de 4.0 MCHF, hors indemnités compensatoires (0.7 MCHF).

- **+2.3 MCHF des rémunérations supplémentaires DRG**

Les médicaments, prestations et implants chers qui peuvent être facturés en complément du DRG ont généré un excédent budgétaire. Il provient principalement des prestations de transplantation en oncologie et de transfusion pour des cas complexes notamment en médecine interne.

Zone de soins non aigus (-4.8 MCHF, soit -3.2% par rapport au budget 2017)

L'écart budgétaire, de -4.8 MCHF, provient principalement de :

- -5.6 MCHF pour les soins non aigus en lien avec :
 - la poursuite du transfert d'activité aux Trois-Chêne des soins subaigus en soins aigus ;
 - un niveau d'activité peu soutenu à Joli-Mont. En effet, lors de la première année après l'intégration de cette clinique, le taux d'occupation des lits est resté relativement faible (73%).
- -1.0 MCHF en soins palliatifs en lien avec le changement de règles de facturation des soins palliatifs spécialisés, désormais facturés en DRG.
- +2.6 MCHF pour les forfaits de psychiatrie. Ce boni est à mettre en lien avec l'activité soutenue dans le domaine pédiatrique (+5.5% de journées par rapport à la cible et +3.9 MCHF par rapport au budget). La psychiatrie adulte accuse en revanche un retard budgétaire de -1.3 MCHF en lien avec le nombre croissant de patients en attente de placement et un léger retard dans l'addictologie, la psychiatrie gériatrique, et la psychiatrie de liaison et de crise.

4.4.1.2. Recettes ambulatoires

Par rapport au budget, les recettes ambulatoires sont en boni de +22.1 MCHF soit +6.7%. Les recettes ambulatoires progressent de +19.2 MCHF soit +5.8% par rapport à 2016 alors que le volume d'activité des deux années est relativement stable (+451 prises en charge).

	Montants en CHF	Comptes 2017	Budget 2017	Ecart C17/B17		Comptes 2016	Ecart C17/C16	
602	Forfaits ambulatoires	20'105'976	22'524'000	-2'418'024	-10.7%	22'555'881	-2'449'904	-10.9%
611	Prestations unitaires med. clientèle ambul. non privée	62'093'872	62'813'000	-719'128	-1.1%	58'337'810	3'756'062	6.4%
612	Prestations unitaires med. clientèle privée ambulatoire	13'318'971	8'972'000	4'346'971	48.5%	11'113'203	2'205'768	19.8%
613	Certificats, rapports et expertises	1'483'434	1'074'000	409'434	38.1%	1'474'200	9'234	0.6%
620	Prestations techniques tarmed	128'071'012	124'905'000	3'166'012	2.5%	123'656'775	4'414'237	3.6%
621	Prestations techniques non tarmed	127'677'266	110'324'000	17'353'266	15.7%	116'426'406	11'250'859	9.7%
061	Recettes ambulatoires	352'750'531	330'612'000	22'138'531	6.7%	333'564'275	19'186'256	5.8%

Figure 44. Recettes ambulatoires

La hausse des recettes par rapport à 2016 s'explique principalement par les facteurs suivants :

- la hausse de la complexité des cas ;
- les efforts d'amélioration de l'exhaustivité de la facturation.

Les prestations TARMED regroupent les prestations unitaires médicales, les certificats, rapports et expertises et les prestations techniques TARMED. Elles affichent un excédent budgétaire de +7.2 MCHF (+3.6%) et une hausse de +10.4 MCHF (+5.3%) par rapport à 2016.

La hausse des recettes s'observe essentiellement :

- dans les soins de premier recours et aux urgences ambulatoires (+3.6 MCHF) avec une meilleure exhaustivité de la facturation (respectivement +46% et +69% du nombre de points TARMED facturés par visite depuis 2015) et l'ouverture des unités ambulatoires la nuit ;
- en oncologie (+3.0 MCHF) en lien avec la hausse de l'activité et l'accroissement de la lourdeur des cas, particulièrement visible en hématologie avec une hausse du nombre de points TARMED facturés par prise en charge de +27% depuis 2015 ;
- en ophtalmologie (+1.7 MCHF), en lien avec la progression de l'activité opératoire en one-day surgery (+12% du nombre d'interventions) et une amélioration conséquente de l'exhaustivité de la facturation.

Augmentation de la lourdeur des cas et amélioration de l'exhaustivité de la facturation

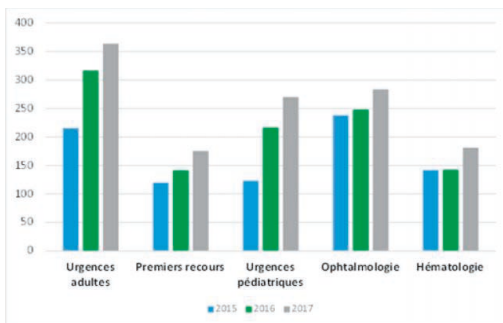


Figure 45. Nombre de points Tarmed facturés par visite ambulatoire

Les prestations techniques non TARMED sont constituées à 80% de la vente de médicaments et des prestations de laboratoires.

Ces recettes affiche un boni budgétaire de +17.4 MCHF (+15.7%) dont +10.9 MCHF d'excédent sur la refacturation des médicaments couvrant la hausse des charges de ce même poste.

Par rapport à 2016, la hausse de +11.3 MCHF (+9.7%) des recettes se décline comme suit :

Les refacturations des médicaments augmentent de +5.9 MCHF par rapport à 2016. Cette hausse est à mettre en regard de celle des coûts y relatifs (cf. commentaires sur les charges médicales d'exploitation). L'impact le plus relevant est constaté en oncologie, discipline pour laquelle, de plus en plus de traitements médicaux sont réalisés en ambulatoire. La complexité croissante des cas nécessite une consommation élevée de médicaments.

La refacturation des prestations de laboratoire augmentent, elles, de +5.4 MCHF par rapport à 2016. Cette hausse provient des éléments suivants :

- la hausse de l'activité des laboratoires, qui se reflète dans l'augmentation du nombre de points de laboratoires (OFAS) facturés (+5.9%) ;
- l'augmentation de nouvelles techniques à forte valeur ajoutée, telles que la biologie moléculaire (suite à la mise en place des tumor boards), et les tests d'histocompatibilité en vue d'une greffe ;
- le rattrapage de facturation du laboratoire national de référence pour l'histocompatibilité (LNRH) en raison d'un blocage de convention SVK.

Forfaits ambulatoires, aussi appelés forfaits d'hospitalisation de jour : ils sont en baisse par rapport à 2016 (-10.9%, soit une baisse de -2.5 MCHF). Cette baisse est en majeure partie liée à la réorganisation de la psychiatrie adulte avec comme conséquence la fermeture du CAAPI Pâquis fin 2016.

4.4.2. Autres recettes (groupes 65 à 68)

Montants en CHF		Comptes 2017	Budget 2017	Ecart C17/B17		Comptes 2016	Ecart C17/C16	
Produits hors éléments exceptionnels		6'102'934	5'745'000	6'278'934	11.5%	57'865'367	3'159'568	5.5%
65	Autres produits de prestations aux patients	4'853'940	4'598'000	255'940	5.6%	5'425'089	-571'148	-10.5%
66	Produits financiers	8'537'012	9'379'000	-841'988	-9.0%	8'668'263	-131'251	-1.5%
68	Produits prestations au personnel et à des tiers	47'632'982	40'768'000	6'864'982	16.8%	43'772'014	3'860'968	8.8%
Produits sur exercices antérieurs			-	0		33'592'995	-33'592'995	
65-68	Total autres recettes	61'023'934	54'745'000	6'278'934	11.5%	91'458'362	-30'434'427	-33.3%

Figure 46. Evolution des autres recettes

Autres produits de prestations aux patients (groupe 65)

L'excédent de revenus par rapport au budget de +0.3 MCHF concerne les recettes liées au cardio-mobilité et à l'hélicoptère toujours en activité mais non budgété.

Produits financiers (groupe 66)

Le manco budgétaire de -0.8 MCHF est le résultat de :

- des revenus locatifs inférieurs à ce qui avait été budgété (-1.1 MCHF) ;
- un gain de change, d'intérêts et les frais perçus lors du recouvrement des factures de prestations médicales (+0.3 MCHF). Cette recette est quasi en ligne avec l'année passée (-0.1 MCHF).

Prestations au personnel et à des tiers (groupe 68)

L'excédent budgétaire de +6.8 MCHF provient essentiellement des ventes au personnel et à des tiers (bains de Cressy, formations pour des tiers, commande de poches de sang...) et de dissolution de provisions antérieures.

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

Montants en CHF		Comptes 2017	Budget 2017	Ecart C17/B17		Comptes 2016	Ecart C17/C16	
695	Contributions des cantons (hors financement par réduction de la réserve quadriennale)	893 696 082	893 751 773	-55 691	-0.0%	861 062 896	+32 633 186	+3.8%
	Indemnité de l'Etat (incluant credit supp. Migrant)	865 584 440	865 584 440	-	-	838 146 872	+27 437 568	+3.3%
695013	Indemnité de fonctionnement à distribuer	-27 319	-	-27 319	-	-7 122 778	+7 095 459	-99.6%
6952	Produits différés de subventions d'investissement	27 603 828	28 167 333	-563 505	-2.0%	29 846 052	-2 242 224	-7.5%
6953	Autres subventions	535 133	-	+535 133	-	192 750	+342 383	+177.6%
6954	Financement par réduction de la réserve quadriennale	-	5 500 000	-5 500 000	-100.0%	-	-	-
696	Contribution de la confédération	169 350	-	+169 350	-	29 000	+140 350	+484.0%
697	Contributions de corporations, de fondations et de privés	4 528 249	1 380 000	+3 148 249	+228.1%	2 040 734	+2 487 515	+121.9%
69	Total indemnités monétaires	898 393 680	900 631 773	-2 238 093	-0.2%	863 132 630	+35 261 051	+4.1%

Figure 47. Vue d'ensemble des indemnités de fonctionnement et autres financements de l'Etat

Le total des indemnités cantonales est quasi en ligne avec le budget (-0.05 MCHF). Ce manco modéré est constitué de :

- -0.5 MCHF d'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 2017 est inférieure au budget (27.6 MCHF contre 28.1 MCHF prévus), en parallèle d'un écart équivalent sur les comptes d'amortissements de ces éléments activés selon les normes REKOLE® ;

- +0.5 MCHF en lien avec des subventions reçues de l'Etat pour divers projets (campagnes publicitaires sur la grippe...);
- -0.02 MCHF au titre de la part de résultat à distribuer à l'Etat.

Le budget 2017, afin d'être équilibré, prévoit un recours à la réserve quadriennale à hauteur de 5.5 MCHF, qui dans les faits n'a pas été utilisé.

La contribution de corporations, de fondations et de privés a généré un boni de +3.1 MCHF, dont 2.2 MCHF servent à financer des projets cliniques. Pour ces projets, les charges d'un montant équivalent sont également enregistrées dans les frais de personnel et les charges de fonctionnement. L'impact est donc neutre sur le résultat HUG.

4.5. Charges

Montants en CHF	Comptes 2017	Budget 2017	Ecart C17/B17		Comptes 2016	Ecart C17/C17	
3 Charges de personnel	1'476'280'248	1'453'726'440	22'553'808	1.6%	1'417'487'582	58'792'666	4.1%
4 Autres charges de fonctionnement	425'896'007	417'195'333	8'700'674	2.1%	425'858'578	37'429	0.0%
40 dont Charges matériel médical et médicaments	93'080'993	90'741'000	2'339'993	12%	91'640'989	1'440'004	0.8%
Total charges	1'902'176'255	1'870'921'773	31'254'482	1.7%	1'843'346'160	58'830'095	3.2%

Figure 48. Evolution des charges

Les charges de personnel et de matériel médical progressent en raison du changement de périmètre des HUG, de variations contraintes difficilement maîtrisables par les HUG (mécanismes salariaux...), 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 2017. 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 77.6% des charges des HUG

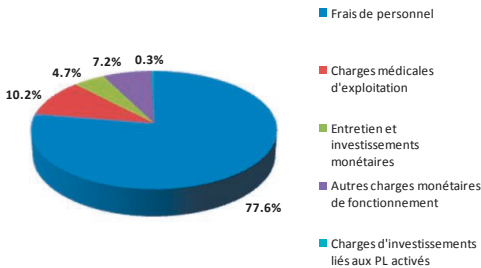


Figure 49. Composition des charges HUG pour l'année 2017

4.5.1. Frais de personnel

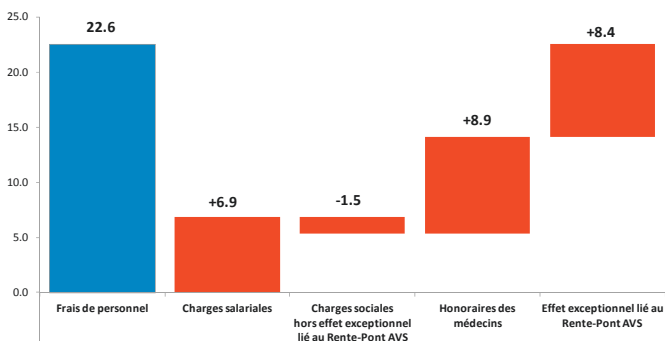


Figure 50. Décomposition de l'écart au budget des frais de personnel (classe 3)

Montants en CHF	Comptes 2017	Budget 2017	Ecart C17/B17	Comptes 2016	Ecart C17/C16	
Charges salariales	1'161'026'400	1'154'153'000	6873'400	1'118'435'074	42'591'326	3.8%
37 Charges sociales	260'901'512	254'025'440	6'876'072	252'496'526	8'404'986	3.3%
38 Honoraires des médecins	46'882'810	38'128'000	8'754'810	39'016'632	7'866'178	20.2%
39 Autres charges de personnel	7'469'527	7'420'000	49'527	7'539'350	-69'824	-0.9%
Total	1'476'280'248	1'453'726'440	22'553'808	1'417'487'582	58'792'666	4.1%

Figure 51. 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. L'augmentation de la complexité de l'activité des HUG met sous tension les ressources humaines des HUG et crée des surcharges d'activité. L'ajustement des ressources se fait dans un premier temps grâce à des réallocations en interne et à la recherche de mesures d'efficacité structurelles, puis dans un second temps par l'ajustement des effectifs, en lien avec les variations d'activité.

En 2017, les principaux facteurs de la hausse des frais de personnel de +58.8 MCHF, et +388 ETP par rapport à 2016, sont : l'intégration complète des cliniques de Joli-Mont et de Montana (+14.8 MCHF et + 117 ETP), les mécanismes salariaux (+22.3 MCHF) et les charges contraignantes (mises en conformité des effectifs et des indemnités : +8.2 MCHF et +45.2 ETP). L'ouverture du bâtiment Gustave Julliard et la mise en service de la 3^{ème} étape de la Maternité a généré des besoins estimés à 6.5 MCHF, soit 58.4 ETP.

4.5.1.1. Charges salariales

Montants en CHF	Comptes 2017	Budget 2017	Ecart C17/B17		Comptes 2016	Ecart C17/C16	
Charges salariales	1'161'026'400	1'154'153'000	6'873'400	0.6%	1'118'435'074	42'591'326	3.8%

Figure 52. Evolution des charges salariales

Par rapport à 2016, les charges salariales ont augmenté durant l'exercice 2017 de +42.6 MCHF, soit +3.8%. Les principaux facteurs sont :

- l'intégration complète des cliniques de Joli-Mont et de Montana (+12.0 MCHF) : les cliniques de Joli-Mont et de Montana ont été intégrées dans les comptes des HUG à partir du 1^{er} juillet 2016, soit pour 6 mois uniquement. L'évolution des charges salariales des HUG entre 2016 et 2017 hors cliniques de Joli-Mont et Montana se monte à +30.6 MCHF soit +2.7% ;
- les mécanismes salariaux avec l'attribution d'une annuité pour l'ensemble des collaborateurs représentant un montant de +12.0 MCHF, partiellement financés par l'Etat ;
- une augmentation de l'effectif de (+271 ETP et +23.0 MCHF) correspondant au budget:
 - +8.0 MCHF, soit +64.3 ETP, liés à la planification sanitaire. L'évolution de l'activité de soins aigus dans les domaines de la chimio-hématologie, neuro-vasculaire, du plateau technique de cardiologie et de l'activité hors bloc des équipes d'anesthésie a nécessité le renforcement des équipes.
 - +5.2 MCHF, soit +58.4 ETP, pour finaliser la mise en service du nouveau bâtiment Gustave Julliard et l'ouverture de la 3^{ème} étape de la Maternité. A noter que ces nouveaux besoins sont entièrement couverts par une indemnité complémentaire de l'Etat.
 - +6.0 MCHF liés aux évolutions nécessaires de l'activité des HUG et financées entièrement par des recettes médicales (soit +118.2 ETP). Les principales évolutions sont : la pérennisation de postes pour des unités en surcharge d'activité chronique (oncologie, Centre de Transfusion sanguine et plateau d'endoscopie), le renforcement des équipes cliniques pour des spécialités faisant face à une forte demande (neurologie des troubles fonctionnels, neuro-ophtalmologie et ophtalmo-pédiatrie, services d'ORL, spécialités de médecine), la poursuite de l'extension de la zone DRG sur le site des Trois-Chêne et l'ouverture d'un centre d'accueil d'urgence gériatrique, le développement des centres et des collaborations inter-cantoniales (développement du centre virus émergent, du centre multidisciplinaire de la douleur, de la helpline « maladies rares » en collaboration Vaud-Genève), la remise à niveau des ressources nécessaires pour l'activité dans les unités post-partum, la croissance de l'activité médico-technique (création de l'unité d'imagerie forensique et développement de l'activité d'hyperthermie superficielle), le renforcement des équipes supports pour l'amélioration de la fluidité du parcours patient et de sa traçabilité (brancardiers, agents de stérilisation, acheteurs biomed, data managers, gestionnaire de matériel implantable...). Des ressources supplémentaires ont également été attribuées pour faire face aux nouvelles exigences de documentation et de relevés cliniques liées aux nouvelles structures tarifaires (TARPSY et ST-Reha). A noter que pour les 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. Dans un même souci de bien-être des collaborateurs, des ressources supplémentaires ont été allouées pour poursuivre la suppression des horaires coupés.

- +5.0 MCHF, soit +45.2 ETP, liés à des charges contraintes telles que le renforcement de la médecine hautement spécialisée dans les domaines de la transplantation, des maladies du foie de l'enfant et des soins intensifs de néonatalogie, diverses mises aux normes concernant la sécurité incendie, la radioprotection, et la halte-garderie, la mise en conformité des heures de travail à la Direction des systèmes d'information ainsi que la création d'une 2^{ème} structure intermédiaire (EPI-HUG) dans le domaine du handicap mental.
- -1.2 MCHF pour des mesures structurelles telles que la réorganisation de la psychiatrie générale (-4.8 ETP), la dématérialisation des processus administratifs, l'amélioration du processus recouvrement et l'automatisation de la facturation ambulatoire (-6.6 ETP).
- une hausse des indemnités, primes et 13^{ème} salaire (+4.7 MCHF) en lien avec l'accroissement de la masse salariale en 2017 et surtout l'ajustement de l'indemnisation des heures de nuit, week-end et jours fériés pour les médecins, en application de la Loi Travail sur la base d'une requête de l'AMIG.
- une baisse de la consommation de la dotation complémentaire (-17.8 MCHF) expliquée d'une part par une amélioration de la comptabilisation des charges d'intérimaires. Ceci permet, dès la commande d'intérimaires, une meilleure allocation des charges sur la dotation complémentaire et évite la surévaluation dans les comptes de la dotation complémentaire par rapport à la dotation de base. Le monitoring est alors au plus près de la réalité de la consommation de la dotation complémentaire. D'autre part, une amélioration de la gestion des ressources internes a été possible grâce aux diverses actions entreprises pour contenir ces charges. Ainsi, la facilitation du retour en emploi des collaborateurs après une longue absence et les efforts pour le maintien en emploi impactent favorablement le besoin de recourir à la dotation complémentaire. En 2017, le recours au FAME (Fonds d'Aide et de Maintien en Emploi) est un succès : 212 collaborateurs en ont bénéficié pour un équivalent de 9'211 jours travaillés (42 ETP).

Par rapport au budget, le dépassement des charges salariales s'est fortement réduit par rapport à 2016 (+16.0 MCHF de dépassement en 2016). En 2017, le dépassement budgétaire est de +6.9 MCHF, soit +0.6%, et provient des éléments suivants :

- +9.4 MCHF de dépassement sur la dotation complémentaire et les salaires hors indemnités, expliqués par :
 - le déploiement de projets prioritaires tels que : la mise en exploitation du bâtiment Gustave Julliard ayant nécessité du renfort lors de la période de transition, le démarrage des urgences gériatriques sur le site des Trois-Chêne, l'amélioration de la traçabilité des implants, le projet de développement du dossier patient informatisé en oncologie afin d'améliorer la prise en charges des patients, et la contribution des HUG en matière de recherche scientifique à la plateforme d'imagerie de l'institut d'Imagerie Moléculaire Translationnelle. D'autres projets non directement liés aux patients ont également bénéficié de renforts, tels que le projet PLEXUS de plateforme logistique commune HUG-CHUV, des experts technico-économiques à la

- centrale d'achat pour faciliter la mise en œuvre de mesures structurelles sur les prochaines années et la valorisation des équipements biomédicaux ;
- le renforcement des effectifs pour absorber des surcharges d'activité temporaires en urologie et traumatologie par exemple, ainsi que des soutiens ponctuels pour assurer la prise en soins de patients particuliers ;
 - des recrutements anticipés liés aux départs en retraite des collaborateurs au bénéfice d'une Rente-Pont AVS afin d'assurer le transfert des compétences ;
 - des remplacements pour maladie, accident et maternité. 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 hors maternité notamment pour le personnel des soins infirmiers (9.5% en 2017 par rapport à 8.8% en 2016) et logistique (10.2% en 2017 par rapport à 8.7% en 2016) ;
 - +4.3 MCHF de dépassement dans les indemnités, primes et 13^{ème} salaire provenant pour moitié des primes et pour moitié des indemnités et 13^{ème} salaires, liés au dépassement sur la dotation complémentaire ;
 - -6.8 MCHF de non-consommé à la dotation de base, liés aux engagements progressifs des postes à pouvoir durant l'année 2017, en raison de démarrage de projets en cours d'année et des difficultés de recrutement. A noter que l'emploi de fonctions génériques inférieures à celles budgétées accentue cet écart.

4.5.1.2. Charges sociales (groupe 37)

Montants en CHF	Comptes 2017	Budget 2017	Ecart C17/B17		Comptes 2016	Ecart C17/C16	
37 Charges sociales	260'901'512	254'025'440	6'876'072	2.7%	252'496'526	8'404'986	3.3%

Figure 53. Evolution des charges sociales

Par rapport à 2016, la variation des charges sociales de +8.4 MCHF provient principalement de :

- la hausse des cotisations à la caisse de pension CPEG (+10.0 MCHF), liée à part égale à la hausse des taux de 24% à 25% (+5.0 MCHF) et à l'augmentation de la masse salariale des HUG ;
- l'augmentation des cotisations AVS, AI, APG, AC (+4.8 MCHF) ainsi que LAA (+0.2 MCHF) suivant l'évolution de la masse salariale soumise aux charges sociales ;
- la diminution de la provision Rente-Pont AVS (-6.6 MCHF). Cette décroissance attendue fait suite à la situation exceptionnelle provisionnée en 2016, année de modifications des conditions d'obtention de la Rente-Pont AVS.

Le dépassement budgétaire de 6.9 MCHF provient d'une part, de l'impact de la variation de la provision pour Rente-Pont AVS et des rentes versées en 2017. En effet, en raison des 162 départs prévus en 2018, la provision estimée pour le paiement des Rente-Pont AVS est supérieure au montant budgété de 7.8 MCHF. D'autre part, le dépassement budgétaire de la masse salariale soumise aux charges sociales génère un dépassement budgétaire de +2.0 MCHF sur les charges

sociales. Cette hausse est contrebalancée par un écart des cotisations à la caisse de pension CPEG et LAA favorable par rapport au budget (-2.9 MCHF).

4.5.1.3. Honoraires de médecins (groupe 38)

Montants en CHF	Comptes 2017	Budget 2017	Ecart C17/B17		Comptes 2016	Ecart C17/C16	
38 Honoraires de médecins	46'882'810	38'128'000	8'754'810	23.0%	39'016'632	7'866'178	20.2%

Figure 54. Evolution des honoraires de médecins

Pour mémoire, l'activité privée ambulatoire facturée selon TARMEED est acquise à 100% aux HUG pour ce qui concerne les prestations liées aux infrastructures (points techniques TARMEED) et à hauteur de 8% pour celles relatives à l'activité intellectuelle médicale (points médicaux TARMEED). 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 rétrocedée aux médecins. Ce poste comprend les honoraires à rétrocéder aux médecins ainsi que les indemnités compensatoires.

La hausse des honoraires de médecins en 2017 par rapport à 2016 (+7.9 MCHF) et le dépassement par rapport au budget 2017 (+8.8 MCHF) sont liés principalement à l'activité privée hospitalière et au nombre croissant de médecins ayants-droits.

4.5.1.4. Autres charges de personnel (groupe 39)

Montants en CHF	Comptes 2017	Budget 2017	Ecart C17/B17		Comptes 2016	Ecart C17/C16	
39 Autres charges de personnel	7'469'527	7'420'000	49'527	0.7%	7'539'350	-69'824	-0.9%

Figure 55. Evolution des autres charges de personnel

Ces autres charges de personnel incluent les frais de recherche de personnel (recrutement) ainsi que les frais de congrès et formation. Ces charges sont en ligne avec l'année passée et le budget.

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

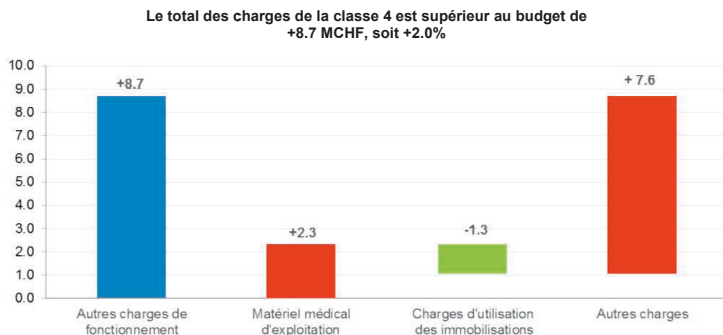


Figure 56. Décomposition de l'écart au budget des autres charges de fonctionnement (classe 4)

Montants en CHF	Comptes 2017	Budget 2017	Ecart C17/B17		Comptes 2016	Ecart C17/C16	
40 Matériel médical d'exploitation	193 080 993	190 741 000	2 339 993	1.2%	191 640 989	1 440 004	0.8%
41 Charges de produits alimentaires	23 225 595	23 493 000	-267 405	-1.1%	21 646 142	1 579 453	7.3%
42 Charges de ménage	15 556 848	15 203 000	353 848	2.3%	15 378 054	178 795	1.2%
43 Entretien et réparations	28 838 383	28 647 000	191 383	0.7%	29 481 082	-642 699	-2.2%
44 Charges d'utilisation des immobilisations	66 406 042	67 683 333	-1 277 291	-1.9%	72 304 017	-5 897 975	-8.2%
45 Charges d'énergie et eau	18 465 112	18 198 000	267 112	1.5%	15 759 371	2 705 742	17.2%
46 Charges financières	1 427 401	1 651 000	-223 599	-13.5%	1 375 384	52 017	3.8%
47 Charges de l'administration et de l'informatique	30 948 438	26 361 000	4 587 438	17.4%	32 342 948	-1 394 511	-4.3%
48 Autres charges liées aux patients	11 580 932	8 597 000	2 983 932	34.7%	10 656 251	924 681	8.7%
49 Autres charges non liées aux patients	36 366 262	36 621 000	-254 738	-0.7%	35 274 340	1 091 922	3.1%
4 Total	425 896 007	417 195 333	8 700 674	2.1%	425 858 576	37 429	0.0%

Figure 57. Evolution des autres charges de fonctionnement (classe 4)

Les autres charges de fonctionnement représentent 25.5% du total des charges, et s'élèvent à 425.9 MCHF. Le dépassement par rapport au budget de +8.7 MCHF est à mettre en regard d'une activité ambulatoire en hausse dans les départements grands consommateurs de médicaments tels que l'oncologie ou les neurosciences cliniques, et de la mise en exploitation des bâtiments Gustave Julliard et Mat 3.3, qui ont engendré des achats et des travaux supplémentaires. De plus, deux changements de méthode de comptabilisation neutres au niveau HUG (montant similaire enregistré dans les recettes), ont impacté ces charges pour +3.8 MCHF :

- homogénéisation des règles de calcul des encours par rapport à la facturation sur la participation des assureurs aux investissements, avec un impact de +2.2 MCHF ;
- intégration des dépenses engagées dans le cadre de projets financés par des corporations, des fondations et des privés pour +1.6 MCHF.

4.5.2.1. Charges médicales d'exploitation (groupe 40)

Montants en CHF		Comptes 2017	Budget 2017	Ecart C17/B17		Comptes 2016	Ecart C17/C16	
400	Médicaments	80 152 498	76 465 000	3 687 498	4.8%	76 777 153	3 375 344	4.4%
401	Matériel, instruments, ustensiles, textiles	81 700 400	82 559 000	-858 600	-1.0%	82 656 652	-956 252	-1.2%
403	Films et matériel de photographie	57 776	186 000	-128 224	-68.9%	80 781	-23 005	-28.5%
404	Produits chimiques, réactifs et agents diagnostiques	22 275 391	21 869 000	406 391	1.9%	22 894 428	-619 036	-2.7%
405	Prestations médicales, diagnostiques et thérapeutiques par des tiers	8 134 582	9 134 000	-999 418	-10.9%	8 579 322	-444 740	-5.2%
409	Autre matériel médical	698 181	528 000	170 181	32.2%	652 654	45 527	7.0%
40	Total matériel médical d'exploitation	193 080 993	190 741 000	2 339 993	1.2%	191 640 989	1 440 004	0.8%

Figure 58. Evolution des charges médicales d'exploitation par poste (groupe 40)

Le budget 2017 a été augmenté de +8.0 MCHF par rapport au budget 2016 afin de l'adapter au développement de l'activité et à l'intégration des cliniques de Joli-Mont et de Montana. Les comptes 2017 affichent toutefois un dépassement de +2.3 MCHF, principalement pour les médicaments (+3.7 MCHF soit +4.8%) et les produits chimiques et réactifs (+0.4 MCHF soit +1.9%). Ce dépassement est en lien avec une activité ambulatoire importante et des catégories de patients hospitaliers plus lourds. Il est plus qu'intégralement couvert par l'excédent des recettes de +10.9 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 2017	Budget 2017	Ecart C17/B17		Comptes 2016	Ecart C17/C16	
4000	Médicaments	71 984 765	67 804 011	4 180 754	6.2%	68 080 808	3 903 958	5.7%
4001	Sang	7 248 316	7 755 704	-507 387	-6.5%	7 787 365	-539 048	-6.9%
4002	Produits diététiques	919 416	920 901	-1 485	-0.2%	924 660	-5 244	-0.6%
400	Total médicaments	80 152 498	76 465 000	3 687 498	4.8%	76 777 153	3 375 344	4.4%

Figure 59. Evolution des charges de médicaments

Ce poste représente 42% des charges médicales d'exploitation, et est constitué pour l'essentiel des médicaments et des produits sanguins.

En 2017, l'augmentation de +3.4 MCHF par rapport à 2016 (+3.1 MCHF hors Joli-Mont et Montana) est ventilée comme suit :

- médicaments : +3.9 MCHF (y compris variation du stock) ;
- produits sanguins : -0.5 MCHF.

Médicaments (poste 4000)

Les médicaments sont constitués de presque 3'500 articles. La hausse des coûts de +3.9 MCHF par rapport à 2016 est principalement due aux quantités commandées, et dans une moindre mesure au renouvellement des articles, compensé partiellement par des baisses de prix. Cette augmentation de la consommation se retrouve essentiellement dans des unités ambulatoires, où l'on constate d'ailleurs une hausse notable des recettes des ventes de médicaments, soit +5.9 MCHF par rapport à 2016. Prenons par exemple le service d'oncologie, où de plus en plus de traitements médicamenteux qui nécessitaient auparavant un séjour à l'hôpital (type chimiothérapie) sont

maintenant réalisés en ambulatoire. Signalons également qu'en 2017, les patients traités dans les différentes unités d'oncologie ont eu une charge en soins très élevée et ont donc nécessité une grande quantité de traitements.

Les services médicaux dont la consommation 2017 de médicaments est la plus élevée sont le service d'oncologie (15.8 MCHF), le service des maladies infectieuses avec la consultation VIH (9.5 MCHF), l'unité d'investigation et de traitements brefs (UITB) (4.2 MCHF), le service de rhumatologie (3.6 MCHF) et le service d'hématologie (3.5 MCHF). A noter que ces 5 services totalisent à eux seuls presque la moitié (soit 36.7 MCHF) du montant total.

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 +5.1 MCHF. Cela concerne principalement des médicaments utilisés dans le traitement des cancers. Ce sont des médicaments chers, dont la moindre variation de consommation et/ou de prix génère des hausses de coûts conséquentes (par exemple le Nivolumab, indiqué dans le traitement des patients adultes atteints d'un cancer bronchique) :

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
Nivolumab	827	1 326 493	1 700	2 531 031	1 204 538	-109 913	1 316 467
Immunoglobulines humaines non spécifiques, application intravasculaire	5 001	3 577 443	5 971	4 301 600	724 158	35 324	685 194
Pembrolizumab	252	504 897	655	1 181 940	677 043	-159 571	679 207
Autres produits non médicamenteux	13 901	365 667	14 304	800 890	435 223	427 177	8 061
Asparaginase	663 723	60 825	3 469 555	463 098	402 274	53 079	349 194
Pertuzumab	182	513 445	269	886 220	372 775	127 337	245 438
Posaconazole	702	497 228	1 389	868 376	371 148	-19 862	391 010
Osimertinib	1	9 738	52	379 763	370 025	-107 113	438 188
Aflibercept	925	912 422	1 265	1 235 936	323 514	-11 863	335 377
Anticorps monoclonaux	-	-	56	243 312	243 312	-	-
TOTAL TOP-10					5 124 008	234 596	4 448 135

Figure 60. Top 10 des médicaments présentant la variation la plus importante entre 2016 et 2017

- les 10 articles présentant la baisse des coûts la plus importante représentent -2.5 MCHF d'économie. Ceci s'explique principalement par des baisses de prix et/ou de quantités consommées (lors de remplacement des molécules originales par des génériques par exemple).

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
Pemetrexed	244 264	1 068 682	146 624	630 001	-438 681	-11 495	-427 186
Ipilimumab	45	622 107	19	221 916	-400 191	-7 399	-392 792
Ténofovir disoproxil et emtricitabine	1 486	1 171 409	1 088	856 879	-314 531	-788	-313 742
Ecuzilumab	78	454 899	29	171 350	-283 549	2 221	-285 770
Nitroprusside	438	208 595	572	11 902	-196 693	-354	6 728
Voriconazole	1 214	226 248	539	37 761	-188 488	-39 565	-91 184
Dabrafénib	311	589 819	282	405 707	-184 112	-170 610	8 965
Enzalutamide	111	474 219	78	293 702	-180 517	-39 533	-140 984
Brentuximab védotine	31	245 170	12	77 969	-167 201	-2 502	-160 645
Bévacizumab	1 572	1 438 098	1 423	1 276 130	-161 969	1 151	-163 120
TOTAL TOP-10					-2 515 931	-268 875	-1 959 729

Figure 61. Top 10 des médicaments présentant la diminution des coûts la plus importante entre 2016 et 2017

Les efforts de négociation des HUG permettent de limiter la hausse de coûts des médicaments. Plus de la moitié des contrats sont renégociés chaque année avec les fournisseurs, avec à la clé des baisses de tarifs importantes. De plus, dès que cela est possible, un médicament original est mis en

concurrence avec son générique, qui est en moyenne 30% moins cher. Enfin, des négociations sont actuellement en cours pour obtenir des conditions tarifaires plus favorables sur les médicaments biosimilaires (médicaments produits par biotechnologie et dont le brevet a expiré).

Malgré ces efforts, la situation devrait se complexifier dans les prochaines années. En effet, jusqu'en 2017, l'OFSP pouvait fixer le prix des médicaments en se basant uniquement sur une comparaison des prix pratiqués à l'étranger. Cette méthode était fortement contestée par l'industrie pharmaceutique. Début 2017, le Conseil Fédéral de l'Ordonnance sur l'assurance maladie (OAMal) a modifié la méthode de fixation du prix des médicaments. Le prix se base dorénavant sur 2 critères :

- le caractère économique (comparaison des prix pratiqués à l'étranger) ;
- la comparaison thérapeutique (efficacité et adéquation du médicament).

Malheureusement, cette prise en compte de la comparaison thérapeutique a plutôt tendance à freiner la baisse de prix des médicaments en Suisse : après une baisse globale entre 2012 et 2014 de 600 MCHF sur le prix des médicaments, l'OFSP s'attend à une baisse de seulement 180 MCHF de 2017 à 2019. Par ailleurs, les prix des médicaments génériques restent toujours deux fois supérieurs à ceux pratiqués à l'étranger.

Produits sanguins (poste 4001)

Les produits sanguins sont constitués d'environ 140 articles. La baisse de -0.5 MCHF par rapport à 2016 est expliquée par des changements d'articles (-0.8 MCHF). Cet effet favorable est compensé en partie par une augmentation des quantités consommées (+0.3 MCHF).

En 2017, grâce au soutien de son association faitière Transfusion Suisse, le Centre de Transfusion Sanguine (CTS) a pu réaménager ses contrats d'achats de plaquettes et de concentrés érythrocytaires (CE). Ceci a permis de diminuer le volume des achats et ainsi de baisser les coûts de 10% chaque année. Par ailleurs, différentes mesures ont été mises en place afin de diminuer les prescriptions de CE au sein des HUG (entre autres, sensibilisation à la chaîne du froid afin de limiter les pertes de poches). Les prescriptions de CE ont ainsi diminué de 7% en 2017 par rapport à 2016.

Les unités médicales de l'hôpital, dont la consommation 2017 de produits sanguins est la plus élevée sont, dans l'ordre : l'unité d'hémostase (1.6 MCHF), le CTS (1.2 MCHF), l'unité hématologie (1.2 MCHF) et l'anesthésiologie et soins intensifs (0.8 MCHF). A noter que ces 4 unités les plus consommatrices de produits sanguins totalisent à elles seules 4.8 MCHF, soit 67% du montant total.

Matériel, instruments, ustensiles, textiles (poste 401)

Montants en CHF		Comptes 2017	Budget 2017	Ecart C17/B17		Comptes 2016	Ecart C17/C16	
4010	Matériel de pansement	3'799'471	3'792'225	7'246	0.2%	3'798'710	2'761	0.1%
4011	Matériel de suture	3'157'887	3'610'444	-452'557	-12.5%	3'614'715	-457'028	-12.6%
4012	Matériel d'implantation	32'227'001	31'527'552	699'449	2.2%	31'564'843	662'158	2.1%
4014	Instruments chirurgicaux	13'593'890	13'350'486	243'405	1.8%	13'366'277	227'613	1.7%
4015	Matériel de laboratoire	3'261'689	3'500'045	-238'357	-6.8%	3'504'185	-242'497	-6.9%
4016	Textiles à usage unique	3'002'986	2'943'514	59'472	2.0%	2'946'996	55'991	1.9%
4017	Matériel à usage unique	22'657'675	23'834'734	-1'177'058	-4.9%	23'862'926	-1'205'250	-5.1%
401	Total matériel, instruments, ustensiles et textiles	81'700'400	82'559'000	-858'600	-1.0%	82'656'652	-956'252	-1.2%

Figure 62. Evolution des charges de matériel, instruments, ustensiles et textiles

Ce poste représente 42% des charges de matériel médical d'exploitation et est en légère diminution par rapport à 2016.

En 2017, la baisse sensible des prix, fruit des négociations avec les fournisseurs, s'accompagne d'une diminution des quantités commandées. Cette dernière s'explique en partie par une activité réduite de certains blocs opératoires : la diminution de la consommation de matériel à usage unique contribue ainsi grandement à la baisse de coûts de -0.9 MCHF de ce groupe de charges.

Les efforts de négociations de prix vont se poursuivre ces prochaines années, notamment avec la mise en place progressive des importations parallèles (commandes passées directement aux fournisseurs sur les marchés étrangers pour obtenir des conditions tarifaires plus attractives).

Films et matériel de photographie (poste 403)

En raison de l'utilisation croissante des technologies numériques, les dépenses continuent de baisser et demeurent inférieures à 60 KCHF.

Produits chimiques, réactifs et agents diagnostiques (poste 404)

Le dépassement de +0.4 MCHF par rapport au budget est lié à une forte activité des plateaux techniques d'imagerie, avec une hausse de 11.2% du nombre d'examen de médecine nucléaire (PET scan) en 2017. L'activité des laboratoires est également en hausse : +3.2% du nombre d'analyses, comprenant de nouvelles techniques à forte valeur ajoutée telles que la biologie moléculaire (suite à la mise en place des tumor boards) ou encore les tests d'histocompatibilité en vue d'une greffe (LNRH). Toutefois, les dépenses de réactifs sont maîtrisées et restent inférieures à 2016 (-0.6 MCHF, et -0.7 MCHF hors Joli-Mont et Montana), grâce à un effet favorable de renouvellement des articles et une baisse de prix.

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

Ce poste est en relation avec la facturation des prestations de Swisstransplant et concerne principalement les services de chirurgie et d'oncologie.

Le non-consommé budgétaire de -0.9 MCHF et la baisse de -0.4 MCHF par rapport à 2016, s'expliquent par une relative stabilité de l'activité de transplantation, faute de donneurs, alors que le budget avait été augmenté dans la perspective d'une activité plus soutenue en 2017.

Autre matériel médical (poste 409)

Ce poste est stable en 2017 par rapport à 2016 et comprend principalement des produits de soins corporels, et divers animaux de laboratoire.

4.5.2.2. Autres charges de fonctionnement (groupes 41 à 49)**Charges de produits alimentaires (groupe 41)**

Montants en CHF	Comptes 2017	Budget 2017	Ecart C17/B17		Comptes 2016	Ecart C17/C16	
41 Charges de produits alimentaires	23 225 595	23 493 000	-267 405	-1.1%	21 646 142	1 579 453	7.3%

Figure 63. Evolution des charges liées aux produits alimentaires

L'écart budgétaire favorable des charges de produits alimentaires de -0.3 MCHF est dû essentiellement aux efforts importants de renégociations des contrats entrepris avec les fournisseurs.

La hausse par rapport à 2016 (+1.6 MCHF, et +1.0 MCHF hors Joli-Mont et Montana) est liée à celle du nombre de repas produits aux HUG : la moyenne journalière du nombre de repas hors patients augmente de +6% (4'546 repas journalier par rapport à 4'284 en 2016) avec l'ouverture de la Brasserie chez Gustave et la livraison de 120 repas supplémentaires par jour à l'établissement de la Brenaz.

Charges de ménage (groupe 42)

Montants en CHF	Comptes 2017	Budget 2017	Ecart C17/B17		Comptes 2016	Ecart C17/C16	
42 Charges de ménage	15 556 848	15 203 000	353 848	2.3%	15 378 054	178 795	-1.2%

Figure 64. Evolution des charges de ménage

Le dépassement budgétaire de +0.3 MCHF s'explique par une consommation plus importante que prévue des articles de ménage, en lien avec le nettoyage des nouveaux bâtiments Gustave Julliard et Mat 3.3. Toutefois, une mesure d'économie mise au budget 2017 de -0.4 MCHF a été concrétisée grâce à la renégociation réussie des contrats de nettoyage.

Entretien et réparations (groupe 43)

Montants en CHF	Comptes 2017	Budget 2017	Ecart C17/B17		Comptes 2016	Ecart C17/C16	
43 Entretien et réparation	28 838 383	28 647 000	191 383	0.7%	29 481 082	-642 699	-2.2%

Figure 65. Evolution des charges liées à l'entretien et aux réparations

Ce poste est proche de l'équilibre budgétaire. Le léger dépassement s'explique par les dépenses supplémentaires principalement liées aux diverses retouches et ajustements dans les nouveaux bâtiments Gustave Julliard et Mat 3.3.

La diminution des charges par rapport à 2016 (-0.6 MCHF) provient, d'une part, de la renégociation de différents contrats de maintenance, et, d'autre part, du changement d'imputation des charges de

maintenance applicatives. Ces charges sont maintenant enregistrées sur le compte « Redevance annuelle logicielle » du poste 478 « frais informatiques ».

Charges d'utilisation des immobilisations (groupe 44)

Montants en CHF		Comptes 2017	Budget 2017	Ecart C17/B17		Comptes 2016	Ecart C17/C16	
440/441	Investissement non activés (<10'000.-)	16'959'311	16'270'000	689'311	4.2%	20'548'946	-3'589'635	-17.5%
442	Amortissements	38'318'588	39'489'333	-1'170'745	-3.0%	39'794'459	-1'475'870	-3.7%
	dont amortissements/Equipements divers PL	27'603'628	28'167'333	-563'505	-2.0%	29'846'052	-2'242'224	-7.5%
	dont autres amortissements	10'714'760	11'322'000	-607'240	-5.4%	9'948'407	766'353	7.7%
443	Loyers (selon LAMal)	1'102	54'000	-52'898	-	29'860	-28'758	-
444	Autres loyers (y compris leasing opérationnel)	11'127'041	11'870'000	-742'959	-6.3%	11'930'753	-803'711	-6.7%
44	Charges d'utilisation des immobilisations	66'406'042	67'683'333	-1'277'291	-1.9%	72'304'017	-5'897'975	-8.2%

Figure 66. Composition des charges d'utilisation des immobilisations

Le non-consommé budgétaire de -1.3 MCHF est expliqué par plusieurs éléments : un non-consommé budgétaire des amortissements (-1.2 MCHF) et des autres loyers (-0.7 MCHF), compensé partiellement par un montant d'investissements non activables supérieur au budget de +1.3 MCHF.

Investissements non activables (< 10 KCHF) (440 et 441)

Les dépenses non activables sont supérieures au budget de +0.7 MCHF, suite à l'imputation non budgétée sur ce groupe de compte de divers équipements liés aux bâtiments Gustave Julliard et Mat 3.3. En 2016, des écritures exceptionnelles de mise en conformité REKOLE® ont été comptabilisées sur le poste, ce qui explique l'écart (-3.6 MCHF) avec 2017.

Amortissements (442)

A noter qu'en 2017, les amortissements des investissements financés par les projets de lois ont été impactés par un changement de méthode de calcul. Ce changement a permis la mise en conformité avec les normes REKOLE® pour le traitement des investissements.

Ces amortissements sont cependant inférieurs au budget de -0.6 MCHF, avec un impact neutre sur le résultat des HUG, puisque qu'ils bénéficient d'une indemnité du même montant. Par rapport à 2016, ils sont en baisse de -2.2 MCHF, suite à la fin d'amortissements importants (informatiques principalement) et 2017, et ce malgré l'activation cette année de la grande majorité des équipements des bâtiments Batlab, Gustave Julliard et Mat 3.3.

Quant aux autres amortissements (immobilisations comprises entre 10 - 50 KCHF), ils sont également inférieurs au budget de -0.6 MCHF, suite à 2 années consécutives d'efforts pour optimiser les achats d'équipements.

Autres loyers (444)

La diminution importante des autres loyers par rapport à 2016 (-0.8 MCHF) et le nonconsommé par rapport au budget (-0.7 MCHF), sont le fruit des efforts d'optimisation de l'occupation des bâtiments extrahospitaliers et de renégociation des baux entrepris en 2017. Par exemple, la restitution des locaux du CAPPi Pâquis, suite au projet de redimensionnement de la psychiatrie adulte, a permis de réaliser une économie de loyer de -0.6 MCHF.

Charges d'énergie et eau (groupe 45)

Montants en CHF	Comptes 2017	Budget 2017	Ecart C17/B17		Comptes 2016	Ecart C17/C16	
450 Electricité	7 575 895	8 185 000	-609 105	-7.4%	7 334 402	241 493	3.3%
451 Gaz	8 575 887	6 558 000	2 017 887	30.8%	6 171 728	2 404 160	39.0%
452 Combustibles liquides	403 089	978 000	-574 911	-58.8%	450 611	-47 522	-10.5%
455 Eau	1 910 241	2 477 000	-566 759	-22.9%	1 802 630	107 611	6.0%
45 Charges d'énergie et d'eau	18 465 112	18 198 000	267 112	1.5%	15 759 371	2 705 742	17.2%

Figure 67. Evolution des charges d'énergie et d'eau

Malgré des conditions climatiques plutôt favorables en 2017, ce poste est en léger dépassement (+0.3 MCHF). Ceci est dû à la sous-estimation de la provision des charges de gaz à fin 2016, calculée sur des valeurs estivales non représentatives. La fourniture des énergies pour les nouveaux bâtiments Gustave Julliard et Mat 3.3 impacte ce groupe de charges, dont le budget 2017 a été augmenté de +0.8 MCHF. Malgré ces surfaces supplémentaires, ce poste présente une hausse modérée grâce à l'efficacité énergétique des nouveaux bâtiments : à Gustave Julliard, le concept énergétique mis en œuvre comprend une part d'énergie renouvelable de 40%, la récupération d'énergie permet ainsi de couvrir 56% des besoins en chaleur du bâtiment.

Charges financières (groupe 46)

Montants en CHF	Comptes 2017	Budget 2017	Ecart C17/B17		Comptes 2016	Ecart C17/C16	
46 Charges financières	1 427 401	1 651 000	-223 599	-13.5%	1 375 384	52 017	3.8%

Figure 68. Evolution des charges financières

Le non-consommé budgétaire est principalement lié aux autres charges des intérêts (-0.2 MCHF), avec une bonne gestion de la trésorerie qui a permis d'éviter le paiement d'intérêts négatifs.

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

Montants en CHF	Comptes 2017	Budget 2017	Ecart C17/B17		Comptes 2016	Ecart C17/C16	
470 Matériel de bureau, imprimés, photocopie	6 921 486	5 306 000	1 615 486	30.4%	6 257 348	664 138	10.6%
471 Téléphone, fax, internet, ports	4 188 484	5 248 000	-1 059 516	-20.2%	4 434 280	-245 795	-5.5%
472 Documentations professionnelles, journaux	890 104	1 060 000	-169 896	-16.0%	711 461	178 643	25.1%
473 Conseil d'administration, ass. générale, organe de révision	297 000	554 000	-257 000	-46.4%	369 880	-72 880	-19.7%
474 Frais de représentation et déplacement	1 242 658	1 465 000	-222 342	-15.2%	1 174 755	67 903	5.8%
475 Prestations administratives de tiers	3 514 171	3 316 000	198 171	6.0%	3 034 588	479 583	15.8%
477 Publicité et relations publiques	1 072 281	270 000	802 281	297.1%	16 275	1 056 006	6488.5%
478 Frais informatiques	8 346 578	7 430 000	916 578	12.3%	9 889 297	-1 542 718	-15.6%
479 Autres frais administratifs	4 475 675	1 712 000	2 763 675	161.4%	6 455 064	-1 979 389	-30.7%
47 Total charges de l'administration et de l'informatique	30 948 438	26 361 000	4 587 438	17.4%	32 342 948	-1 394 511	-4.3%

Figure 69. Charges de l'administration et de l'informatique - Evolution des divers postes

Le dépassement budgétaire de ce groupe de +4.6 MCHF est expliqué principalement par les autres frais administratifs (+2.8 MCHF, dont +1.9 MCHF de dépenses budgétées dans les autres charges non liées aux patients), et par des frais de matériels de bureau, imprimés et photocopie (+1.6 MCHF).

Matériel de bureau, imprimés, photocopies (poste 470)

Le dépassement budgétaire de +1.6 MCHF concerne principalement les imprimés (90% des dépenses de ce poste) et pour environ 10% les frais de publications. Il s'explique par des requalifications de charges du groupe 479 « Autres frais d'administration » vers ce groupe de compte. Ce dépassement est en grande partie compensé par un non-consommé aux postes 471 « Téléphone, téléfax, internet, ports » et 472 « Documentations professionnels, journaux ».

Téléphones, téléfax, internet, ports (poste 471)

Ces charges sont relativement stables par rapport à l'année passée. Le non-consommé de -1.1 MCHF est quasiment identique à celui de 2016.

Documentations professionnelles, journaux (poste 472)

Le recours de plus en plus important aux revues et livres électroniques explique ces résultats favorables (-0.2 MCHF).

Organe de révision (poste 473)

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

Prestations administratives de tiers (poste 475)

Le dépassement budgétaire de +0.2 MCHF est lié à différents mandats d'études confiés à des prestataires externes, parmi lesquels des audits énergétiques, ou encore une étude sur la mise aux normes du réseau électrique.

Publicité et relations publiques (poste 477)

Le dépassement budgétaire de +0.8 MCHF est impacté par des requalifications de charges du groupe 479 « Autres frais d'administration » vers ce groupe de compte, mais aussi par les frais de communication liés à l'ouverture des bâtiments Gustave Julliard et Mat 3.3. Près de 10'000 personnes ont participé à la visite du nouveau bâtiment d'hospitalisation lors des journées portes ouvertes en 2017.

Frais informatiques (poste 478)

Le dépassement budgétaire de +0.9 MCHF est à rapprocher du non-consommé de -1.0 MCHF du groupe de compte 433 « entretien & réparations d'installations courte durée ». En effet, les charges de maintenance applicatives sont maintenant enregistrées sur le compte « Redevance annuelle logicielle ».

La diminution par rapport à 2016 (-1.5 MCHF) s'explique par la suppression de prestations externes (déploiement des PC et Service desk informatique). Ces prestations ont été internalisées début 2017 et se trouvent donc dans les frais de personnel.

Autres frais d'administration (poste 479)

Le dépassement budgétaire de +2.8 MCHF est expliqué principalement par :

- +1.9 MCHF de frais d'abonnements TPG et de coûts liés à la petite enfance (crèches) dont l'équivalent budgétaire de 1.6 MCHF est enregistré dans le poste 494 « charges de véhicules et de transport » ;
- +0.8 MCHF de dépassement concernant des partenariats avec l'Université, l'EPFL et le Campus Biotech.

Enfin, suite à des requalifications de charges vers d'autres comptes du groupe 47, l'imputation des factures est plus précise en 2017 et explique en partie la diminution de -2.0 MCHF par rapport à 2016.

Autres charges liées aux patients (groupe 48)

	Montants en CHF	Comptes 2017	Budget 2017	Ecart C17/B17		Comptes 2016	Ecart C17/C16	
480	Transports de patients par des tiers	6 311 120	5 453 000	858 120	15.7%	5 638 488	672 632	11.9%
484	Frais de véhicule et de transport liés aux patients	255 794	301 000	-45 206	-15.0%	239 157	16 637	7.0%
485	Autres prestations de tiers liés aux patients	157 751	250 000	-92 249	-36.9%	218 468	-60 717	-27.8%
486	Autres frais liés aux patients	4 856 267	2 593 000	2 263 267	87.3%	4 560 139	296 128	6.5%
48	Autres charges liées aux patients	11 580 932	8 597 000	2 983 932	34.7%	10 656 251	924 681	8.7%

Figure 70. Evolution des autres charges liées aux patients

Le dépassement budgétaire de +3.0 MCHF est expliqué par deux postes :

- Les autres frais liés aux patients (+2.3 MCHF) et plus particulièrement les frais d'interprètes, qui continuent à augmenter suite à l'afflux de migrants depuis 2015. Même si en 2017 une légère baisse du flux de primo-migrants est constatée, la patientèle nécessitant un suivi reste importante.
- Les charges de transports de patients par des tiers (+0.9 MCHF). Ces charges se retrouvent principalement au service des urgences (+0.4 MCHF). Le dépassement budgétaire s'explique par l'activité soutenue de ce service en 2017 (+6.1% de nombre de cas pris en charge par rapport à 2016).

Autres charges non liées aux patients (groupe 49)

	Montants en CHF	Comptes 2017	Budget 2017	Ecart C17/B17		Comptes 2016	Ecart C17/C16	
490	Primes d'assurances	813 438	939 000	-125 562	-13.4%	634 543	178 895	28.2%
491	Assurances responsabilité civile et protection juridique	3 106 610	4 404 000	-1 297 390	-29.5%	1 582 850	1 523 760	96.3%
492	Cotisations et taxes	1 747 170	1 541 000	206 170	13.4%	1 614 432	132 738	8.2%
494	Charges de véhicules et de transport	190 878	1 839 000	-1 648 122	-89.6%	195 489	-4 612	-2.4%
495	Autres prestations fournies par des tiers	1 099 712	923 000	176 712	19.1%	1 302 746	-203 034	-15.6%
496	Marchandises de commerce	-	11 000	-11 000	-100.0%	-	-	-
497	Sécurité d'exploitation et surveillance	1 241 699	911 000	330 699	36.3%	1 216 037	25 662	2.1%
498	Evacuation des déchets	1 729 157	1 864 000	-134 843	-7.2%	1 929 884	-200 727	-10.4%
499	Autres charges d'exploitation	26 437 599	24 189 000	2 248 599	9.3%	26 798 358	-360 760	-1.3%
49	Autres charges non liées aux patients	36 366 262	36 621 000	-254 738	-0.7%	35 274 340	1 091 922	3.1%

Figure 71. Evolution des autres charges non liées aux patients

Le non-consommé budgétaire de -0.3 MCHF est expliqué principalement par les variations suivantes :

- -1.6 MCHF pour les charges de véhicules et de transports. Le budget n'est pas consommé car le réalisé est imputé dans le compte 479 « autres frais d'administration » ;
- -1.3 MCHF pour les assurances responsabilité publiques et protection juridique. Ceci provient d'une part de la renégociation des primes RC (baisse de -0.8 MCHF), et d'autre part, d'un nombre de cas RC en diminution progressive et moins lourds que les années précédentes ;
- +0.2 MCHF de dépassement pour les cotisations et taxes ;
- +0.3 MCHF de dépassement pour les frais de surveillance des bâtiments, incluant la surveillance des nouveaux bâtiments Gustave Julliard et Mat 3.3 ;
- +2.2 MCHF de dépassement pour les autres charges d'exploitation, en lien avec l'harmonisation des règles de calcul des encours par rapport à la facturation sur la participation des assureurs aux investissements. Avec un montant similaire enregistré dans les recettes, l'impact est neutre sur le résultat.

5. Conclusion

L'institution présente avec fierté une situation saine qui reflète la qualité de gestion menée à tous les niveaux. Malgré un budget annoncé comme déficitaire et un contexte de plus en plus tendu, les HUG sont parvenus à un résultat opérationnel à l'équilibre. Que toutes les équipes en soient remerciées. Ces résultats reposent en effet sur les efforts individuels et collectifs d'amélioration des prises en charge et de la qualité tout en veillant à la maîtrise des coûts.

Brigitte RORIVE FEYTMANS
Directrice des finances

Bertrand LEVRAT
Directeur général

Annexes :

- 1) Contexte stratégique
- 2) Indicateur 2013 - 2017
- 3) Contenu des comptes

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.

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.

Si l'année 2016 s'est concrétisée notamment par la mise en place de chefs de projets et de case managers à la Direction des ressources humaines, l'année 2017 a été marquée par le démarrage des différents projets stratégiques. Les dépenses engendrées sont en ligne avec le budget de 2.6 MCHF alloué pour 2017.

Annexe 2

Indicateurs 2013-2017

Indicateur	2013	2014	2015	2016	2017
Nb de cas hospitaliers en soins aigus (1)	46'893	46'995	47'817	49'434	50'103
Nb journées hospitalières réelles					
soins aigus	285'882	280'332	302'432	333'593	343'591
soins subaigus	157'363	155'735	138'117	114'434	149'544
soins de psychiatrie	105'097	110'468	120'184	133'851	132'679
soins de réadaptation (2)	99'478	100'574	101'599	101'350	100'563
soins palliatifs	9'306	9'489	10'042	3'505	1'908
total HUG	657'126	656'598	672'374	686'733	728'285
Durée moyenne de séjour					
soins aigus	6.1	5.9	6.4	6.8	6.9
soins subaigus	23.2	22.4	23.0	22.3	20.0
soins de psychiatrie	20.1	21.5	23.7	26.2	27.5
soins de réadaptation (2)	73.7	64.0	64.3	57.1	51.7
soins palliatifs	20.8	20.8	20.2	16.2	15.6
Durée médiane de séjour					
soins aigus	3.4	3.3	3.9	4.2	4.2
soins subaigus	19.0	18.1	21.0	19.9	17.9
soins de psychiatrie	7.9	8.1	11.0	11.3	10.9
soins de réadaptation (2)	41.7	35.9	42.0	38.9	32.0
soins palliatifs	14.0	11.0	12.8	9.3	8.3
Taux d'occupation des lits	86.7%	88.7%	88.6%	85.7%	87.1%
Nombre d'interventions chirurgicales	25'664	26'318	26'234	26'583	27'041
Nombre de prises en charge ambulatoires	912'145	965'364	991'413	1'037'470	1'037'921
visites	813'610	855'636	878'019	922'786	932'154
semi-hospitalier	98'535	109'728	113'394	114'684	105'767
dont interventions chirurgicales ambulatoires	6'647	6'902	6'885	7'409	8'017
Délai d'admission pour urgences adultes					
immédiate pour urgences 1	86.8%	85.9%	85.8%	86.1%	90.3%
en 20 mn pour urgences 2	58.0%	58.4%	62.0%	58.9%	72.8%
en 2h pour urgences 3	59.4%	63.8%	73.5%	70.9%	90.7%
Délais moyen d'attente (entre 1^{ère} consultation et intervention), en semaines					
prothèse de hanche	6.0	7.0	6.0	2.0	5.7
sénologie	2.9	2.7	2.7	2.5	2.9
Nombre moyen quotidien de patients en attente de placement	197	196	200	224	226
Costweight moyen facturé des cas somatiques aigus (3)	1.14	1.14	1.24	1.21	1.21

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

Contenu des comptes (groupes/postes)

Plan comptable REKOLE

Il faut rappeler que depuis le 1er janvier 2012, les HUG présentent leurs budgets et comptes selon le plan comptable REKOLE qui a été introduit sous la conduite de H+(Les Hôpitaux de Suisse). Cette dénomination vient de l'allemand (REvision der KOstenrechnung und der LEistungserfassung), qui peut se traduire en français par «révision du calcul des coûts et de la saisie des prestations ». Ce plan comptable est basé sur le cadre comptable des petites et moyennes entreprises dans la production, le commerce et les services (plan comptable PME). La mise en œuvre graduelle dans les hôpitaux et les établissements médico-sociaux doit permettre une harmonisation de la présentation des comptes au niveau suisse, et servir de base pour l'établissement de la comptabilité de gestion (comptabilité analytique), pour laquelle la certification a été obtenue.

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, 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, shampooing, etc.),
- 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.