

*Projet présenté par le Conseil d'Etat*

*Date de dépôt : 10 juin 2008*

## **Projet de loi**

### **accordant une indemnité annuelle de fonctionnement aux Hôpitaux universitaires de Genève pour les années 2008 à 2011**

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève,  
vu la loi sur les établissements publics médicaux, du 19 septembre 1980,  
décrète ce qui suit :

#### **Art. 1 Contrat de prestations**

<sup>1</sup> Le contrat de prestations conclu entre l'Etat et les Hôpitaux universitaires de Genève est ratifié.

<sup>2</sup> Il est annexé à la présente loi.

#### **Art. 2 Indemnité**

<sup>1</sup> L'Etat verse aux Hôpitaux universitaires de Genève, sous la forme d'une indemnité monétaire de fonctionnement, au sens de l'article 2 de la loi sur les indemnités et les aides financières du 15 décembre 2005, un montant total de :

753 208 415 F	en 2008
753 208 415 F	en 2009
757 456 000 F	en 2010
761 734 000 F	en 2011

Ces montants se déclinent selon les 3 catégories de prestations suivantes :

	Indemnité pour les prestations de <b>soins</b>	Indemnité pour les prestations de <b>formation et de recherche clinique</b>	Indemnité pour les prestations relatives aux <b>missions d'intérêt général</b>
2008	598 186 580 F	115 000 000 F	40 021 835 F
2009	598 186 580 F	115 000 000 F	40 021 835 F
2010	602 434 165 F	115 000 000 F	40 021 835 F
2011	606 712 165 F	115 000 000 F	40 021 835 F

<sup>2</sup> Il est accordé dès 2010, au titre des mécanismes salariaux annuels, un complément d'indemnité calculé sur chacune des masses salariales dévolues à ces trois catégories de prestations et au prorata de la participation de l'Etat à la couverture des charges relatives à chacune des catégories de prestations. Pour ces trois catégories de prestations, le ratio est déterminé sur la base des derniers états financiers approuvés ou, en cas de changement important, sur la base du dernier budget élaboré, sous réserve de l'approbation du Grand Conseil.

<sup>3</sup> L'indexation décidée par le Conseil d'Etat donne également lieu à une augmentation de l'indemnité calculé sur chacune des masses salariales dévolues à ces trois catégories de prestations et au prorata de la participation de l'Etat à la couverture des charges relatives à chacune des catégories de prestations. Pour ces trois catégories de prestations, le ratio est déterminé sur la base des derniers états financiers approuvés ou, en cas de changement important, sur la base du dernier budget élaboré.

<sup>4</sup> Les incidences de la mise en place du 13<sup>e</sup> salaire, sous réserve de son entrée en vigueur, font l'objet d'une augmentation de l'indemnité basée sur l'ensemble de la masse salariale de l'entité.

<sup>5</sup> Les montants énoncés à l'alinéa 1 sont fixés sous réserve :

- de l'évaluation définitive des effets de la nouvelle répartition des tâches entre cantons et Confédération (RPT);
- des effets dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008 de l'application des normes IPSAS;
- de l'aboutissement des négociations tarifaires annuelles avec les assureurs maladies.

En cas de dépassement, la commission des finances du Grand Conseil se prononce.

<sup>6</sup> Les montants non monétaires tels que déterminés selon les normes IPSAS engagés sur 2008 sont les suivants :

Location financement - bâtiments	11 701 000 F
Location financement - intérêts	8 681 000 F

Ces montants sont réévalués annuellement.

### **Art. 3 Budget de fonctionnement**

Ces indemnités sont inscrites au budget de fonctionnement pour les exercices 2008-2011 sous les rubriques :

a) indemnités monétaires :

08.05.11.00.363 0 0117	pour la prestation de soins
08.05.11.00.363 0 0209	pour la prestation de formation et de recherche clinique
08.05.11.00.363 0 0210	pour la prestation de missions d'intérêt général.

b) indemnités non monétaires :

08.05.11.00.363 1 0111	pour la location financement - bâtiments
08.05.11.00.363 1 0112	pour la location financement - intérêts.

### **Art. 4 Durée**

Le versement des indemnités monétaires et la comptabilisation des indemnités non monétaires prennent fin à l'échéance de l'exercice comptable 2011.

### **Art. 5 But**

Ces indemnités doivent permettre le financement de l'ensemble des prestations faisant l'objet du contrat de prestations.

### **Art. 6 Prestations**

L'énumération, la description et les conditions de modifications éventuelles des prestations figurent dans le contrat de prestations.

### **Art. 7 Contrôle interne**

Les Hôpitaux universitaires de Genève doivent mettre en œuvre et maintenir un système de contrôle interne conforme aux normes et principes édictés par le Conseil d'Etat et par la loi sur la surveillance de la gestion administrative et financière et l'évaluation des politiques publiques, du 19 janvier 1995.

**Art. 8 Relation avec le vote du budget**

L'indemnité n'est accordée qu'à la condition et dans la mesure de l'autorisation de dépense octroyée par le Grand Conseil au Conseil d'Etat dans le cadre du vote du budget annuel.

**Art. 9 Contrôle périodique**

Un contrôle périodique de l'accomplissement des tâches par les Hôpitaux universitaires de Genève est effectué, conformément à l'article 22 de la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005, par le département de l'économie et de la santé.

**Art. 10 Lois applicables**

La présente loi est soumise aux dispositions de la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005, aux dispositions de la loi sur la gestion administrative et financière de l'Etat de Genève, du 7 octobre 1993, ainsi qu'aux dispositions de la loi sur la surveillance de la gestion administrative et financière et l'évaluation des politiques, du 19 janvier 1995.

Certifié conforme

Le chancelier d'Etat : Robert Hensler

## ***EXPOSÉ DES MOTIFS***

Mesdames et  
Messieurs les députés,

Ce projet de loi, soumis à votre examen, a pour objet l'adoption de la loi de financement fixant le montant des indemnités accordées aux Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG) ainsi que la ratification du contrat de prestations entre l'Etat et les HUG selon les modalités fixées par la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005 (LIAF).

Le projet de loi, tel qu'il vous est présenté, respecte quant à la forme le modèle standard élaboré par le groupe interdépartemental chargé de la coordination de la mise en œuvre de la loi sur les indemnités et les aides financières et applicable pour tous les projets de lois y relatifs.

Le contrat de prestations précise le périmètre fixé par l'autorité cantonale, dans le cadre de sa politique de santé, des prestations de soins, de formation, de recherche et des missions d'intérêt général confiées aux HUG.

### **1. INTRODUCTION**

Les Hôpitaux universitaires de Genève constituent un établissement public médical au sens de l'article 171 de la constitution genevoise. Leurs missions de soins, de formation et de recherche ainsi que leur fonctionnement sont précisés par la loi sur les établissements publics médicaux, du 19 septembre 1980 (K 2 05).

#### **A. Les soins**

Les HUG répondent aux besoins de soins de la population :

- dans le domaine des soins de proximité en tant qu'hôpital général public,
- dans le domaine des soins spécialisés et de référence en tant qu'hôpital universitaire offrant des compétences professionnelles spécifiques et des techniques médicales de haute technologie.

## **B. La formation**

Les HUG, partenaires de la Faculté de Médecine de l'Université de Genève, des Hautes écoles spécialisées (HES) et des autres écoles professionnelles, offrent le terrain d'apprentissage et de formation approprié aux formations des professionnels de la santé.

## **C. La recherche**

La recherche clinique est partie intégrante de la mission des HUG et se fait en étroite collaboration avec la Faculté de médecine. Le développement de la recherche translationnelle et évaluative constitue un axe important qui contribue à ancrer et à promouvoir les HUG comme centre de référence. Dans cette perspective, les HUG favorisent les mesures suivantes :

- regrouper les prestations d'appui à la recherche clinique (informatique, biostatistique, structures d'investigations spécialisées) en les mettant à disposition de plusieurs départements médicaux,
- favoriser la création de plateformes transdépartementales de recherche clinique autour des thématiques prioritaires en termes de masse critique, de positionnement des HUG sur le plan régional et de potentiel de développement à court et moyen terme.

## **D. Les missions d'intérêt général**

Dans le cadre de leur mission de service public et d'hôpital général de proximité, les HUG doivent assurer des prestations d'intérêt général de type médico-social afin de répondre aux nouveaux besoins liés à la prévention (action de santé publique) et à la précarité (prise en charge de patients sans couverture d'assurance). Ces missions sont décrites et valorisées dans l'annexe 3 du contrat de prestations.

## **2. LES HUG EN QUELQUES CHIFFRES**

Les Hôpitaux universitaires de Genève sont présents sur l'ensemble du canton de Genève, et comprennent :

- quatre sites hospitaliers (Belle-Idée, Cesco, Cluse-Roseraie et Loëx),
- plus de quarante lieux de soins, notamment des consultations spécialisées (abus de substances, gériatrie, psychiatrie adulte, santé jeunes, etc.),
- des centres de thérapies brèves et des hôpitaux de jour.

Ils comptent (base 2006) :

2 167	lits
754 269	journées d'hospitalisation
86 715	urgences
860 782	consultations / visites
48 073	admissions / entrées
3 955	naissances
8 352	postes ETP (équivalents temps plein)
518 000	m <sup>2</sup> en exploitation (chiffre de FT)
35	salles d'opération
1 387.3	millions de francs de dépenses

### **3. LE CONTRAT DE PRESTATIONS**

#### **3.1 Aspects législatifs**

Selon l'article 21 de la LIAF, les contrats de prestations ont pour but de :

- déterminer le but et les objectifs visés par l'indemnité,
- préciser le montant et l'affectation de l'indemnité consentie par l'Etat ainsi que le nombre et l'échéance des versements,
- définir les prestations offertes par les HUG ainsi que les conditions de modifications éventuelles de celles-ci,
- fixer les obligations contractuelles et les indicateurs de performance relatifs aux prestations.

#### **3.2 Les objectifs des parties**

##### **3.2.1 Les objectifs de l'Etat**

Pour l'Etat, le contrat de prestations est un des outils permettant l'atteinte de ses objectifs stratégiques en matière de soins. Le but est de garantir pour les quatre années à venir la mise en œuvre des prestations souhaitées dans un cadre défini.

De plus, le contrat de prestations définit les grandes orientations de développement des HUG; il précise également les moyens inhérents à l'offre de soins et les outils de réalisation et de contrôle.

### ***3.2.2 Les objectifs des HUG***

Pour les HUG, le contrat de prestations attendu par l'autorité définit les objectifs dans le cadre fixé. Il représente la première base de l'élaboration de la stratégie de l'institution, tout en apportant une autonomie de gestion dans sa mise en œuvre.

Les objectifs opérationnels du contrat de prestations 2008-2011 se fondent sur trois documents structurants de l'organisation des HUG :

- a) le plan stratégique;
- b) le plan d'actions;
- c) la gouvernance opérationnelle.

#### *a) le plan stratégique 2006-2010*

Le plan stratégique 2006-2010 précise les orientations et les actions que les HUG conduiront dans le cadre de leurs missions de soins, de formation et de recherche d'ici à 2010. Véritable outil de pilotage, le plan stratégique constitue un document de référence pour les cadres et l'ensemble des collaborateurs des HUG afin d'orienter les actions individuelles et collectives pour les années futures.

Fondé sur une appréciation des besoins de soins, sur une analyse de l'environnement, des forces sur lesquelles les HUG peuvent s'appuyer et les défis qu'ils seront amenés à relever, le plan stratégique 2006-2010 s'inscrit dans la continuité du plan stratégique 2002-2006.

Dans le cadre de leur mission de proximité, les HUG visent à renforcer les trois axes généraux suivants :

- l'accueil et les urgences,
- la trajectoire des patients et l'organisation clinique,
- le virage ambulatoire.

La mission de référence consiste à développer, au niveau régional, national et international, les centres de compétence suivants :

- la femme, la mère et l'enfant,
- le vieillissement, la chronicité et la réhabilitation,
- la médecine humanitaire,

- les neurosciences cliniques,
- la transplantation, la thérapie cellulaire et la génétique,
- l'imagerie et les sciences de l'information.

#### *b) le plan d'actions*

La mise en œuvre du plan stratégique 2006-2010 fait l'objet d'un plan d'actions qui détaille les différentes mesures énoncées en précisant les objectifs, critères d'évaluation et étapes de mise en œuvre.

#### *c) la gouvernance opérationnelle 2006-2010*

Avec le plan stratégique et le plan d'action, le plan de gouvernance opérationnelle constitue le socle du management des HUG. Décrivant les structures, les processus de décision et de consultation, il détermine le cadre de l'action de l'établissement.

Par ailleurs et afin d'assurer un suivi régulier des prestations et de leur performance, des objectifs et des indicateurs seront progressivement définis et mis en place à l'occasion de ce premier contrat de prestations. Ces indicateurs mesureront le nombre de prestations rendues, leur qualité, leur efficacité et leur efficience.

### **3.3 Les engagements des parties**

Les HUG s'engagent par le présent contrat à fournir pendant quatre années des prestations de qualité et efficaces, à atteindre les objectifs fixés, à rendre compte de l'utilisation des ressources obtenues et de l'avancement du plan stratégique 2006-2010.

En contrepartie, l'Etat s'engage à verser les indemnités aux HUG, sous réserve de l'accord du Grand Conseil, en lien avec les prestations attendues prévues par le contrat.

### **3.4 Eléments financiers**

#### *Réorganisation de l'indemnité selon les 3 prestations*

Jusqu'à 2007, l'indemnité était versée selon trois lignes budgétaires à savoir « subvention de fonctionnement », « subvention pour la centrale 144 » et « subvention d'enseignement et de recherche ». Par le biais du présent

contrat, le financement se fera désormais au travers des trois catégories de prestations suivantes :

- indemnité pour les prestations de soins,
- indemnité pour les prestations de formation et de recherche clinique,
- indemnité pour les prestations relatives aux missions d'intérêt général.

### ***Compléments d'indemnité***

#### *a) Mécanismes salariaux*

Pour les années 2008 et 2009, les mécanismes salariaux sont financés par le biais de la mise en œuvre des économies dégagées par le programme d'amélioration de l'efficacité des HUG (plan Victoria), dont les effets sont inclus dans le plan d'efficacité décidé par le Conseil d'Etat.

Pour les années 2010 et 2011, un complément de l'indemnité de fonctionnement est accordée au titre des mécanismes salariaux, calculé pour chacune des catégories de prestations selon les modes de calculs fixés par l'arrêté du Conseil d'Etat relatif au mode de calcul des compléments de subvention accordés aux entités au titre de l'indexation et des mécanismes salariaux, du 2 avril 2008.

#### *b) Indexation*

Un complément de l'indemnité de fonctionnement est accordée au titre de l'indexation, calculé pour chacune des catégories de prestations selon les modes de calculs fixés par l'arrêté du Conseil d'Etat relatif au mode de calcul des compléments de subvention accordés aux entités au titre de l'indexation et des mécanismes salariaux, du 2 avril 2008.

### ***Modification du mode de financement***

Le présent contrat est basé sur le modèle actuel de financement des établissements hospitaliers. En cas de modification du modèle de financement suite à des décisions fédérales, le présent contrat sera revu notamment pour le catalogue des prestations et le montant de l'indemnité financière.

### ***Indemnités non monétaires***

Dans la cadre de l'application des normes IPSAS dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008, une indemnité non monétaire est inscrite à hauteur de 20 382 000 F afin de tenir compte de la réalité économique de la mise à disposition des bâtiments et équipements.

Cette modification de traitement comptable implique les changements suivants :

- reconnaissance dans les comptes de l'Etat de Genève d'une créance envers l'entité en lieu et place de l'immobilisation. Dans les comptes des HUG, une dette sera inscrite en contrepartie de la valeur des immobilisations qui sera activée;
- suppression dans les comptes de l'Etat de Genève des amortissements, qui seront dorénavant repris par les HUG. Afin de couvrir ce coût, une indemnité non monétaire de 11 701 000 F est prévue;
- reconnaissance dans les comptes de l'Etat de Genève de revenus d'intérêts liés à l'inscription de la créance. Afin de pouvoir assumer cette charge, une indemnité non monétaire de 8 681 000 F est prévue.

Ces changements n'ont pas d'impact sur le résultat financier de l'Etat de Genève ni sur celui des HUG. Ils n'impliquent par de transfert de propriété juridique des biens, mais résultent de la reconnaissance de la réalité économique liée à l'utilisateur de ces biens spécifiques. Le transfert de propriété sera effectué par le biais d'un projet de loi spécifique de transfert d'actifs entre l'Etat de Genève et les HUG.

### ***Caisse centralisée***

Conformément à la décision du Conseil d'Etat d'améliorer la gestion de la trésorerie, il a été décidé que les HUG feront partie de la caisse centralisée (cash-pooling) au cours de l'exercice 2008 sous la forme de l'application d'une convention « bronze ».

### *Traitement des bénéfiques et des pertes*

Afin d'encourager les efforts de restructuration opérés par les HUG (Opération Victoria, Plan P1 et P2 appliqués aux HUG) et de soutenir les travaux visant à améliorer les prestations, l'article 10 du contrat de prestations prévoit que les HUG puissent conserver 75 % de leur résultat annuel.

Dans le cas de résultats positifs à l'échéance du contrat, selon le mécanisme prévu par l'article 10, les sommes ainsi conservées seront affectées à la réalisation d'objectifs dans les trois domaines suivants, par ailleurs prévus au plan stratégique:

- amélioration des prestations de soins aux patients (par exemple : réduction des files d'attente);
- acquisition d'équipements ou de matériel utiles à l'amélioration de l'efficacité de la productivité ainsi qu'à l'implémentation d'un programme de développement durable au sein des HUG (consommation d'énergie, programme de mobilité);
- amélioration des conditions de travail des personnels, dans le strict respect des dispositions légales relatives aux traitements (par exemple : budget supplémentaire de formation, effectifs de remplacement, politique de santé du personnel).

### **3.5 Suivi du contrat**

Pour assurer un contrôle efficace, les HUG s'engagent à mettre en place un système de vérification interne. De plus, ils fourniront en fin d'exercice comptable :

- leurs états financiers révisés;
- un rapport d'exécution du contrat;
- un rapport d'activité.

Au terme de chaque trimestre, ils produiront et transmettront au département de l'économie et de la santé les tableaux de bord des différents indicateurs retenus dans le contrat de prestations.

Enfin, et dans un souci de transparence et d'efficacité, un suivi et une évaluation annuelle seront effectués sous la houlette d'un groupe de contrôle dont les membres sont désignés par les parties. Ses représentants pourront ainsi veiller au bon déroulement du processus et adapter ou réorienter les actions en cas de nécessité.

## 4. LES INDICATEURS

### 4.1 Définition générale

Un indicateur est une mesure (quantitative ou qualitative) décrivant un phénomène particulier renseignant sur l'état global d'une problématique. Le rôle premier des indicateurs est de quantifier de façon systématique des phénomènes parfois complexes. Les indicateurs condensent et simplifient l'information. Ainsi, ils facilitent la prise de décision en servant d'information de référence aux décideurs politiques.

### 4.2 Les types d'indicateurs

Les indicateurs sont de trois types :

- *Les indicateurs statistiques (rétrospectifs)*

Il s'agit des indicateurs qui mesurent, en valeur absolue, des données issues de ce qui a été observé par le passé.

- *Les indicateurs statistiques et prospectifs (sur la base d'une tendance)*

Il s'agit des indicateurs qui mesurent, en valeur absolue, des données issues de ce qui a été observé par le passé sur lesquels on applique, en termes de prévision, sur les quatre exercices à venir (projection) la même tendance observée par le passé.

- *Les indicateurs statistiques et prospectifs (sur la base d'une tendance et d'une cible à atteindre)*

Il s'agit des indicateurs qui mesurent, en valeur absolue, des données issues de ce qui a été observé par le passé, sur lesquels on applique, en termes de prévision, sur les quatre exercices à venir (projection) la tendance observée corrigée d'un objectif que l'on se fixe (cible à atteindre).

Un certain nombre d'indicateurs prévus dans le contrat de prestations doivent être construits et documentés (indicateurs signalés dans l'annexe 5). Dès lors ceux-ci feront l'objet d'une introduction progressive en 2008, pour première évaluation en 2009.

### 4.3 Les domaines d'indicateurs

Afin de mesurer les prestations fournies par les HUG, des indicateurs retenus se répartissent dans les domaines suivants :

- prestations de soins;
- formation et recherche clinique;
- qualité;
- gestion et finances.

#### *A) Les indicateurs relatifs aux prestations de soins*

L'engagement consiste, pour chaque type de prestations cliniques à fournir des informations significatives et d'aide au pilotage (comparaisons inter-hospitalières et/ou avec des standards s'ils existent).

En ce qui concerne les comparaisons inter-hospitalières, les HUG s'engagent à faire tout leur possible pour conclure un ou plusieurs accords permettant de disposer de données comparables d'autres hôpitaux suisses, universitaires et non-universitaires.

#### *Indicateurs liés aux hospitalisations*

La facturation du séjour hospitalier selon un forfait par pathologie (DRG) est en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006. Les DRG (Diagnosis Related Groups) sont une classification permettant de regrouper les hospitalisations d'un hôpital de soins aigus en fonction :

- d'une part, des diagnostics et des traitements associés à chaque hospitalisation;
- d'autre part, du coût de chaque hospitalisation (consommation de ressources).

Cette nouvelle base de facturation se substitue à l'application d'un tarif moyen forfaitaire identique, quels que soient les soins et les traitements. Désormais, la facturation est basée sur l'activité en tenant compte des différents degrés de gravité des pathologies et des frais des traitements, soins et interventions qui en découlent.

Ce mode de facturation offre l'occasion de valoriser et de favoriser une plus juste reconnaissance de l'activité et des compétences qu'elle nécessite.

Cette nouveauté concerne les soins somatiques aigus et les cas soumis aux conventions avec les assureurs fédéraux (LAA, AI, AMF).

Dès lors, la durée de séjour par DRG (Diagnosis Related Groups) devrait être réduite à ce que requiert la situation clinique du patient.

### *Lits par catégorie de soins*

Dans le cadre de la planification hospitalière du système de santé genevois 2003–2010 (RD 483 du 16 avril 2003), il est prévu pour les lits aigus :

« [...] de réduire la capacité actuelle de 275 équivalents-lits de soins aigus sur sept ans soit 100 375 journées d'hospitalisations (12,6%). Cette hypothèse de réduction est tributaire des constructions hospitalières futures, d'une adaptation du bâtiment des lits aux nouvelles exigences, ainsi que d'une meilleure redistribution des lits sur les différents sites. [...] qui [...] devrait à terme générer une réduction de 115 équivalents-lits (41 975 journées d'hospitalisations, 5,3%). [...] La distinction entre lits pour soins aigus, lits de réadaptation, lits de long séjour et lits de psychiatrie s'opérera progressivement. ».

« [...] la capacité des HUG devra passer des 2175 équivalents-lits en 2003 à 1900 équivalents-lits en 2010 ».

### *Indicateurs liés à l'ambulatoire*

Avec le suivi de ces indicateurs, les HUG entendent transférer certaines pathologies qui étaient prises en charge en mode « hospitalisation » vers un mode « ambulatoire ».

## ***B. Indicateurs relatifs à la formation et à la recherche clinique***

### *Nombre d'articles publiés dans des revues à politique éditoriale*

Un taux élevé de publications est le reflet d'une connaissance et d'un savoir-faire grandissant. Il permet également un rayonnement international.

### *Nombre de brevets déposés*

Un nombre élevé de projets montre une grande capacité d'innovation et une recherche active qui permettent aux HUG de rester à la pointe de la technologie.

### *C. Les indicateurs relatifs à la qualité*

#### *– Taux de satisfaction patients*

Cet indicateur mesure le degré de satisfaction des patients admis par rapport à tous les aspects de leur séjour et des soins qu'ils ont reçus aux HUG. Les résultats sont fondés sur un sondage de la satisfaction des patients au moyen des questionnaires détaillés.

#### *– Liste d'attente et temps écoulé entre la demande et l'admission par groupe de patients aux urgences (Centre d'accueil et d'urgences, hôpital des enfants, Maternité) pour les interventions chirurgicales*

La question des temps d'attente est essentielle dans les débats actuels sur la réforme des soins de santé. Elle englobe des préoccupations majeures concernant les problèmes touchant la qualité, l'accès, l'égalité et l'efficacité des services de santé.

#### *– Proportion de réadmissions dans un délai de 3 mois pour une affection d'un même système (circulatoire, respiratoire, etc.)*

Le risque d'une réadmission peut dépendre du genre de médicaments prescrits au moment du départ de l'hôpital, de la façon dont le patient suit le traitement prescrit après sa sortie, de la qualité des soins de suivi ou de l'accès aux technologies diagnostiques ou thérapeutiques durant l'hospitalisation initiale. Bien que la réadmission à cause d'un état pathologique puisse dépendre de facteurs sur lesquels les HUG n'exercent aucun contrôle direct, l'analyse de cet indicateur peut conduire à une révision des modes de pratique (clinical pathways).

#### *– Proportion de ré-opérations dans un délai de 30 jours pour une affection d'un même système*

En plus des informations relatives à la qualité de prise en charge médico-soignante, le suivi de cet indicateur permet d'avoir une information sur les coûts induits.

– *Attentes de placement (longs et courts séjours)*

Les patients qui attendent à l'hôpital leur transfert dans un établissement de soins de longue durée entraînent des journées d'hospitalisation inappropriées onéreuses en regard de l'immobilisation de lits de soins aigus.

– *Délai entre la demande d'une prise en charge dans une structure du réseau de soins genevois et la sortie effective du patient des HUG*

Avec cet indicateur, les HUG veulent mesurer et intervenir par des mesures d'anticipation de la sortie d'un patient (lorsque son état clinique le permet) et éviter ainsi des journées d'hospitalisation inappropriées.

– *Nombre d'infections nosocomiales*

Selon Swiss-Noso, les infections hospitalières en général compliquent 5 à 10% des admissions dans les institutions de soins aigus. De ces infections, 8 à 12% sont dues à des bactéries nosocomiales. Il faut rappeler que le taux de mortalité globale associé à des infections liées à ces bactéries nosocomiales est important : il varie en principe entre 20 et 50% selon les populations touchées, avec des extrêmes de 12 à 81% relevés dans certaines populations. Dans le cas précis de la population de patients en réanimation chirurgicale, ce taux a été estimé à 35%. Outre l'impact sur le taux de mortalité de cette population, ces infections nosocomiales ont un impact économique important en raison des séjours hospitaliers additionnels qu'elles occasionnent. Les HUG entendent ainsi poursuivre leurs actions, initiées depuis plus de 10 ans, dans la lutte contre ce type d'infections, déjà réduites de 50%.

#### ***D. Les indicateurs relatifs à la gestion et aux finances***

– *Taux d'occupation des lits*

Compte tenu de la planification sanitaire visant à la réduction de lits de soins aigus, une rotation efficace du nombre de lits concernés doit être maintenue dans l'objectif d'un taux d'occupation des lits de 95%.

– *Délai de facturation ambulatoire et hospitalière (durée entre la sortie du patient et l'émission de la facture)*

Pour des raisons évidentes de trésorerie, ce délai doit être le plus court possible.

– *Taux de couverture de l'activité ambulatoire*

Le taux de couverture montre la part des besoins financiers couverte par les prestations ambulatoires dans une unité. La facturation des prestations ambulatoires des HUG est régie par la nomenclature tarifaire fédérale TARMED, selon une valeur de point de prestation cantonale. Selon l'obligation légale, les activités ambulatoires ne doivent pas être subventionnées, à l'exception des missions de formation et de recherche qui représentent 20% des charges inhérentes. Dès lors, l'objectif des HUG est d'atteindre un taux de couverture des charges par les recettes (selon la facturation TARMED) de 80%, alors qu'il n'est que de 67% en 2006.

– *Coût du point de prestations, « case mix » et « cost weight »*

La détermination des prix de revient des prestations produites (laboratoire, bloc opératoire, radiologie) est à examiner à la lumière des prix de revient des autres CHU en Suisse en la matière et des tarifs applicables pour la facturation de ces prestations, pour ainsi déterminer « la performance » des HUG en la matière.

Dans cette même logique de « benchmarking » qui va être intensifiée dans les années à venir à des fins d'émulation entre les hôpitaux, le « case mix » et le « cost weight » vont être particulièrement utilisés et analysés dans cette optique.

Le *case mix index* (CMI) est un indicateur qui permet de déterminer le taux de gravité moyen des cas selon les catégories de patients hospitalisés en groupes de pathologie homogènes (AP-DRG) au plan clinique.

Chaque groupe de pathologie a un *cost weight* (CW); ce ratio exprime le poids du coût moyen d'hospitalisation dans un groupe de pathologie (AP-DRG) donné par rapport aux coûts moyens d'hospitalisation de tous les groupes de pathologies sur la base d'une sélection d'hôpitaux comparables en Suisse.

## 5. CONCLUSION

Le contrat de prestations est un outil de contrôle politique de l'indemnité versée aux HUG pour assurer ses missions.

Le contrat de prestations permet une clarification et une planification des besoins des HUG tout en mettant en lumière l'utilisation faite des différents financements obtenus. Le contrat de prestations qui vous est soumis devient ainsi un gage à fois de transparence et d'engagement pour les deux parties contractantes.

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

### Annexes :

- 1) *Préavis technique financier*
- 2) *Planification des charges financières (amortissements et intérêts) en fonction des décaissements prévus*
- 3) *Planification des charges et revenus de fonctionnement découlant de la dépense nouvelle*
- 4) *Contrat de prestations entre l'Etat de Genève et les Hôpitaux universitaires de Genève*



REPUBLIQUE ET  
CANTON DE GENÈVE

## PREAVIS TECHNIQUE FINANCIER

Ce préavis technique ne préjuge en rien des décisions qui seront prises en matière de politique budgétaire.

### 1. Attestation de contrôle par le département présentant le projet de loi

- Projet de loi présenté par le département de l'économie et de la santé.
- **Objet** : Projet de loi accordant une indemnité annuelle de fonctionnement aux Hôpitaux universitaires de Genève pour les années 2008 à 2011.
- **Rubrique(s) concernée(s)** : 08.05.11.00 363 0 0117, 08.05.11.00 363 0 0209, 08.05.11.00 363 0 0210, 08.05.11.00 363 1 0111, 08.05.11.00 363 1 0112 et 05.01.01.00.425 0 0152.
- **Planification des charges et revenus de fonctionnement induits par le projet** :

- Les tableaux financiers annexés au projet de loi intègrent la totalité des impacts financiers découlant du projet.

(en millions de francs)	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Résultat récurrent
Charges en personnel [30]	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Dépenses générales [31]	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Charges financières [32+33]	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Charges particulières [30 à 36]	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Octroi de subvention ou prestations [36]	773.59	773.59	777.84	782.12	0.00	0.00	0.00	0.00
<b>Total des charges de fonctionnement</b>	<b>773.59</b>	<b>773.59</b>	<b>777.84</b>	<b>782.12</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>
Revenus liés à l'activité [40+41+43+45+46]	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Autres revenus [42]	8.68	8.68	8.68	8.68	0.00	0.00	0.00	0.00
<b>Total des revenus de fonctionnement</b>	<b>8.68</b>	<b>8.68</b>	<b>8.68</b>	<b>8.68</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>
<b>Résultat net de fonctionnement</b>	<b>764.91</b>	<b>764.91</b>	<b>769.16</b>	<b>773.44</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>

#### ♦ Inscription budgétaire et financement :

- Les indemnités monétaires et les indemnités non monétaires sont inscrites au budget dès 2008.
- Les données des tableaux financiers annexés au projet de loi concordent avec les données budgétaires.
- ♦ Annexes au projet de loi : tableau de la planification des charges financières, tableau de la planification des charges et revenus de fonctionnement découlant de la dépense nouvelle d'investissement, contrat de prestations.

Le département atteste que le présent projet de loi est conforme à la loi sur la gestion administrative et financière de l'Etat (LGAF), à la loi sur les indemnités et les aides financières (LIAF), au manuel de comptabilité publique édité par la conférence des directeurs cantonaux des finances (NMC) et aux procédures internes adoptées par le Conseil d'Etat.

Genève, le 27 mai 2008

Signature du responsable financier : M. D. Ritter

N.B. : Le présent préavis technique est basé sur le PL, son exposé des motifs, les tableaux financiers et ses annexes

### 2. Approbation / Avis du département des finances

Genève, le 27 mai 2008

Visa du département des finances : M. Marc Gloria

Loi sur la gestion administrative et financière de l'Etat de Genève (D 1 05) - Dépense nouvelle d'investissement

## PLANIFICATION DES CHARGES FINANCIÈRES (AMORTISSEMENTS ET INTÉRÊTS) EN FONCTION DES DÉCAISEMENTS PRÉVUS

Projet de loi accordant une indemnité annuelle de fonctionnement aux Hôpitaux universitaires de Genève pour les années 2008 à 2011

Projet présenté par le département de l'économie et de la santé

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL
Investissement brut	0	0	0	0	0	0	0	0
- Recette d'investissement	11701'000	11701'000	11701'000	11701'000	0	0	0	46'804'000
Investissement net	11701'000	11701'000	11701'000	11701'000	0	0	0	-46'804'000
Aucun								
Recettes	11701'000	11701'000	11701'000	11701'000	0	0	0	46'804'000
Aucun								
Recettes	0	0	0	0	0	0	0	0
Aucun								
Recettes	0	0	0	0	0	0	0	0
Aucun								
Recettes	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL des charges financières</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Intérêts	0	0	0	0	0	0	0	0
Amortissements	0	0	0	0	0	0	0	0
								charges financières recurrentes

Signature du responsable financier :

Date : 27.5.08

Loi sur la gestion administrative et financière de l'Etat de Genève (D 1 05) - Dépense nouvelle

## PLANIFICATION DES CHARGES ET REVENUS DE FONCTIONNEMENT DÉCOULANT DE LA DÉPENSE NOUVELLE

Projet de loi accordant une indemnité annuelle de fonctionnement aux Hôpitaux universitaires de Genève pour les années 2008 à 2011

Projet présenté par le département de l'économie et de la santé

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Résultat récurrent
<b>TOTAL des charges de fonctionnement induites</b>	773'590'415	773'590'415	777'633'000	782'116'000	0	0	0	0
Charges en personnel [30] (augmentation des charges de personnes, formation, etc.)	0	0	0	0	0	0	0	0
Dépenses générales [31]	0	0	0	0	0	0	0	0
Charges en matériel et véhicule (mobiler, fournitures, matériel classique rétro spécifique, véhicule, entretien, etc.)	0	0	0	0	0	0	0	0
Charges de bâtiment (fluides (eau, énergie, combustibles), corréologie, entretien, location, assurances, etc.)	0	0	0	0	0	0	0	0
Charges financières [32+33] Intérêts (report tableau)	0	0	0	0	0	0	0	0
Amortissements (report tableau)	0	0	0	0	0	0	0	0
Charges particulières [30 à 36] Perte comptable [350] Provision [338] (préciser la nature)	0	0	0	0	0	0	0	0
Octroi de subvention ou de prestations [36] (subvention accordée à des tiers, prestation en nature)	773'590'415	773'590'415	777'633'000	782'116'000	0	0	0	0
<b>TOTAL des revenus de fonctionnement induits</b>	8'681'000	8'681'000	8'681'000	8'681'000	0	0	0	0
Revenus liés à l'activité [40-41+43+45+46] (augmentation de revenus (impôts, émoluments, taxes), subventions reçues, dons ou legs)	0	0	0	0	0	0	0	0
Autres revenus [42] (revenus de placements, de prêts ou de participations, gain comptable, loyers)	8'681'000	8'681'000	8'681'000	8'681'000	0	0	0	0
<b>RÉSULTAT NET DE FONCTIONNEMENT (charges - revenus)</b>	764'909'415	764'909'415	769'157'000	773'435'000	0	0	0	0
Remarques : Le revenu de 8'681'000.- est inscrit au DC11 sur la rubrique 05.01.01.00.42500152								
Signature du responsable financier :								
Date : 27.5.08								



## Contrat de prestations 2008-2011

entre

- **La République et canton de Genève (l'Etat de Genève)**  
représentée par Monsieur Pierre-François Unger  
Conseiller d'Etat en charge du Département de l'économie et de  
la santé,

d'une part

et

- **Les Hôpitaux universitaires de Genève,**  
ci-après désignés les "HUG"  
représentés par Monsieur Michel Balestra  
Président du Conseil d'administration,  
et  
par Monsieur Bernard Gruson  
Président du Comité de direction

d'autre part

## Table des matières

<b>TITRE I</b>	<b>Préambule</b> .....	<b>5</b>
	<i>Introduction</i> .....	5
	<i>But des contrats</i> .....	5
	<i>Principe de proportionnalité</i> .....	5
	<i>Principe de bonne foi</i> .....	5
<b>TITRE II</b>	<b>Dispositions générales</b> .....	<b>6</b>
	<i>Bases légales</i> .....	6
	<i>Bases conventionnelles</i> .....	6
	<i>Plan stratégique des HUG 2006-2010</i> .....	6
	<i>Objet du contrat</i> .....	7
	<i>Bénéficiaire</i> .....	7
<b>Titre III</b>	<b>Engagement des parties</b> .....	<b>7</b>
	<i>Périmètre du contrat</i> .....	7
	<i>Généralités</i> .....	7
	<i>Description des prestations fournies par les HUG</i> .....	8
	<i>Service minimum</i> .....	8
	<i>Engagements de l'Etat</i> .....	9
	<i>Rythme de versement de l'indemnité</i> .....	11
	<i>Système de contrôle interne</i> .....	11
	<i>Reddition des comptes</i> .....	11
	<i>Traitement des bénéfices et des pertes</i> .....	12
	<i>Bénéficiaire direct</i> .....	12
<b>Titre IV</b>	<b>Suivi et évaluation du contrat</b> .....	<b>13</b>
	<i>Objectifs, indicateurs, tableaux de bord</i> .....	13
	<i>Modifications</i> .....	13
	<i>Évaluation annuelle</i> .....	13
<b>Titre V</b>	<b>Dispositions finales</b> .....	<b>14</b>

<i>Règlement des litiges</i> .....	14
<i>Motifs de résiliation</i> .....	14
<i>Modalités de résiliation</i> .....	14
<i>Entrée en vigueur, durée du contrat et renouvellement</i> .....	14
<b>PLAN STRATEGIQUE DES HUG 2006 – 2010</b> .....	<b>17</b>
<b>LISTE DES PRESTATIONS RECONNUES PAR L'OFS</b> .....	<b>63</b>
<i>L' HOPITAL CANTONAL Etablissement : Hôpital cantonal de Genève, Numéro : 60619118 (GE)</i> .....	63
<i>PSYCHIATRIE Etablissement : HUG, Numéro : 64973285 (GE)</i> .....	67
<i>GERIATRIE Etablissement : HUG, Numéro : 64114276 (GE)</i> .....	69
<i>LOEX Etablissement : HUG, Numéro : 60622943 (GE)</i> .....	72
<b>LISTE DES MISSIONS D'INTERET GENERAL (Non LAMal) CONFIEES AUX HUG</b> <b>73</b>	
<b>TABLEAU DES INDICATEURS ET OBJECTIFS</b> .....	<b>77</b>
<i>Domaine 1: Prestations de soins</i> .....	77
<i>Domaine 2: Formation et recherche clinique</i> .....	78
<i>Domaine 3 : Qualité</i> .....	79
<i>Domaine 4 : Gestion et finances</i> .....	80
<b>FICHE TYPE INDIVIDUELLE PAR INDICATEUR DE L'ANNEXE 4</b> .....	<b>81</b>
<b>2. Nombre de journées d'hospitalisation</b> .....	<b>82</b>
<b>3. Durée moyenne des séjours</b> .....	<b>83</b>
<b>11. Nombre moyen de lits planifiés -&gt; 275 lits à 2010</b> .....	<b>84</b>
<b>12. Taux d'occupation des lits</b> .....	<b>85</b>
<b>13. Nombre de visites ambulatoires</b> .....	<b>86</b>
<b>26. Taux d'occupation des lits OFS</b> .....	<b>87</b>
<b>30. Indice de case mix</b> .....	<b>88</b>
<b>31. Cost weight des cas somatiques aigus</b> .....	<b>89</b>
<b>Planification financière du fonctionnement des HUG 2008 - 2011</b> .....	<b>91</b>

## **Directive du Conseil d'Etat concernant la présentation et révision des états**

- 4 -

<b>financiers des entités subventionnées et des autres entités para-étatiques.....</b>	<b>93</b>
<b>Directive du Conseil d'Etat en matière de subventions non monétaires.....</b>	<b>99</b>
<b>EXTRAIT DE PROCES-VERBAL DE LA SEANCE DU CONSEIL D'ETAT DU 2 MAI 07 CONCERNANT LES FONDS ALLOUES PAR DES TIERS SANS CONDITION .....</b>	<b>103</b>
<b>REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT .....</b>	<b>104</b>
<b>Groupe de suivi chargé de l'application du contrat de prestations conclu entre le Département de l'économie et de la santé (DES) et les HUG .....</b>	<b>104</b>
<b>GRUPE DE SUIVI / LISTE DES MEMBRES.....</b>	<b>105</b>

**TITRE I****Préambule**

- Introduction*
1. Conformément à la loi sur les indemnités et les aides financières du 15 décembre 2005 (LIAF), le Conseil d'Etat de Genève, par voie du Département de l'économie et de la santé, entend mettre en place des processus de collaborations dynamiques, dont les contrats de prestations sont les garants. Le présent contrat de prestations est établi conformément aux articles 11 et 21 de la LIAF.
- But des contrats*
2. Selon l'article 21 de la LIAF, les contrats de prestations ont pour but de :
- déterminer le but et les objectifs visés par l'indemnité;
  - préciser le montant et l'affectation de l'indemnité consentie par l'Etat ainsi que le nombre et l'échéance des versements;
  - définir les prestations offertes par les HUG ainsi que les conditions de modifications éventuelles de celles-ci;
  - fixer les obligations contractuelles et les indicateurs de performance relatifs aux prestations.
- Principe de proportionnalité*
3. Les parties tiennent compte du principe de proportionnalité dans l'élaboration du contrat en appréciant notamment :
- le niveau de financement de l'Etat par rapport aux différentes sources de financement des HUG;
  - l'importance de l'indemnité octroyée par l'Etat;
  - les relations avec les autres instances publiques.
- Principe de bonne foi*
4. Les parties s'engagent à appliquer et à respecter le présent contrat et les accords qui en découlent avec rigueur et selon le principe de la bonne foi.

**TITRE II****Dispositions générales****Article 1***Bases légales*

Les bases légales et conventionnelles relatives au présent contrat de prestations sont :

- la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (ci-après LAMal) ;
- la constitution genevoise (titre XIII A) ;
- la loi générale relative au personnel de l'administration cantonale et des établissements publics médicaux (LPAC) (B 5 05) ;
- la loi concernant le traitement et les diverses prestations alloués aux membres du personnel de l'Etat et des établissements hospitaliers (B 5 15) et son règlement d'application du 17 octobre 1979 ;
- la loi sur les indemnités et aides financières (D 1 11) et son règlement d'application du 31 mai 2006 ;
- la loi sur la gestion administrative et financière de l'Etat (D 1 05) ;
- la loi sur la surveillance de la gestion administrative et financière et l'évaluation des politiques publiques (D 1 10) ;
- la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (J 3 05) ;
- la loi sur les établissements publics médicaux (LEPM) K 2 05.

*Bases conventionnelles*

Dans le cadre de ce contrat de prestations, les HUG concluent des conventions de collaboration en particulier :

- avec l'université de Genève et pour elle-même la faculté de médecine, dans le domaine de la formation et de la recherche;
- avec les partenaires identifiés, faisant partie du réseau de soins genevois, ainsi que des partenaires externes, tant suisses qu'étrangers.

La liste des conventions adoptées par le Conseil d'administration des HUG est transmise au Conseil d'Etat une fois par année.

*Plan stratégique des HUG 2006-2010*

Le contrat de prestations s'appuie également sur le plan stratégique 2006-2010 des HUG approuvé par le Conseil d'administration le 3 novembre 2005 (annexe 1).

Le Conseil d'Etat a pris acte de ce plan dans sa séance du 1er mars 2006.

Les HUG prennent les mesures ad hoc afin d'atteindre les objectifs fixés dans ce plan.

## Article 2

### *Objet du contrat*

Le présent contrat s'inscrit dans le cadre des prestations publiques de soins, de formation et de recherche clinique, ainsi que des missions d'intérêt général.

## Article 3

### *Bénéficiaire*

Les HUG sont en vertu de la loi K 2 05 (article 5) un établissement de droit public doté de la personnalité juridique. Ils constituent un établissement public médical à vocation hospitalière et hospitalo-universitaire doté d'une personnalité juridique propre distincte de l'Etat. Les HUG accueillent et soignent toute personne ayant besoin d'une prise en charge médicale et des soins que son état requiert.

## Titre III

## Engagement des parties

## Article 4

### *Périmètre du contrat*

A la suite de la réforme hospitalière de 1995, les HUG exploitent les entités suivantes :

- L'hôpital cantonal
- Belle-Idée (Hôpital des Trois-Chêne et services de Psychiatrie)
- L'hôpital de Loëx
- L'hôpital Beau-Séjour
- L'hôpital des enfants
- La Maternité
- Le Cesco
- Cressy-Santé
- La centrale de traitement du linge (CTL)

Le contrat prévoit que la direction des HUG négocie et répartit, entre toutes les entités, les ressources correspondantes aux prestations fixées par le présent contrat. Cette répartition est adoptée par le Conseil d'administration.

### *Généralités*

Dans le cadre du présent contrat, les engagements des HUG portent sur les prestations fournies, sur la performance en termes de qualité et de coût, sur l'atteinte des objectifs fixés, sur l'utilisation des ressources et sur l'avancement du plan stratégique des HUG 2006-2010.

**Article 5***Description des prestations fournies par les HUG*

1. Les HUG s'engagent à fournir les prestations :
  - de soins, publiques ou privées,
  - de formation pré-graduée et post-graduée et de recherche clinique,
  - de missions d'intérêt général.
2. Les prestations de soins publiques ou privées concernent l'ensemble des prestations inhérentes à la mission des HUG au sens des assurances sociales existantes (notamment LAMal, assurance invalidité (AI), assurance accident (LAA), etc.) (voir détail des prestations annexe 2).
3. Les prestations de formation pré-graduée, post-graduée, et de recherche clinique concernent l'ensemble des prestations inhérentes à la mission des HUG au sens de son statut de centre de formation universitaire pour les professions médicales et paramédicales et de centre de formation continue pour les professions paramédicales.
4. Les prestations de missions d'intérêt général que le Département de l'économie et de la santé confie aux HUG qui sortent du cadre des prestations inhérentes à la mission des HUG au sens des assurances sociales existantes.

Les missions d'intérêt général, demandées par le Département de l'économie et de la santé et confiées aux HUG, sont décrites dans l'annexe 3.

5. Afin de mesurer si les prestations définies ci-dessus sont conformes aux attentes du Département de l'économie et de la santé, des objectifs et des indicateurs de performance sont définis et figurent dans tableau des indicateurs et objectifs (annexe 4).
6. Les prestations inattendues et non prévisibles exigées par un problème de santé publique (exemple : pandémie) font l'objet d'un financement ponctuel.
7. Des prestations relevant d'un programme de santé publique défini par le département de l'économie et de la santé peuvent être confiées aux HUG dans le cadre de conventions particulières et selon un financement ponctuel.

*Service minimum*

8. En cas de grève ou de débrayage, les HUG doivent garantir un service minimum et des prestations de soins requises de sécurité et de qualité à la population.
9. L'Etat est en droit de prendre toute mesure en vue d'assurer le service minimum.

## Article 6

### Engagements de l'Etat

1. L'Etat de Genève, par l'intermédiaire du Département de l'économie et de la santé s'engage à verser aux HUG une indemnité, sous réserve de l'accord du Grand Conseil dans le cadre de l'approbation annuelle du budget. Cette indemnité recouvre tous les éléments de charge en lien avec l'exécution des prestations prévues par le présent contrat.
2. L'indemnité versée par l'Etat au sens de l'article 6, alinéa 1 ne couvre pas les prestations exclusivement financées par les assurances sociales, la loi sur les contrats d'assurance (LCA), et la loi sur l'assurance accident (LAA), à savoir :
  - a. les prestations de soins stationnaires privées
  - b. les prestations de soins ambulatoires, à l'exclusion de la part relative à la formation selon l'article 5 alinéa 3.
3. L'indemnité monétaire engagée sur 4 ans se décline comme telle :

	Indemnité pour les prestations de soins	Indemnité pour les prestations de formation et de recherche clinique	Indemnité pour les prestations relatives aux missions d'intérêt général
<b>2008</b>	<b>598'186'580 F</b>	<b>115'000'000 F</b>	<b>40'021'835 F</b>
<b>2009</b>	<b>598'186'580 F</b>	<b>115'000'000 F</b>	<b>40'021'835 F</b>
<b>2010</b>	<b>602'434'165 F</b>	<b>115'000'000 F</b>	<b>40'021'835 F</b>
<b>2011</b>	<b>606'712'165 F</b>	<b>115'000'000 F</b>	<b>40'021'835 F</b>

4. Pour les exercices 2008 et 2009, les mécanismes salariaux prévus par la loi concernant le traitement et les diverses prestations alloués aux membres du personnel de l'Etat et des établissements hospitaliers (B 5 15) et son règlement d'application (B 5 15.01) sont appliqués et financés par les HUG au travers des économies dégagées par le programme d'amélioration de l'efficacité des HUG.
5. Il est accordé dès 2010, au titre des mécanismes salariaux annuels, un complément d'indemnité calculé sur chacune des masses salariales dévolues aux trois catégories de prestations et au prorata de la participation de l'Etat à la couverture des charges relatives à chacune des catégories de prestations. Pour ces trois catégories de prestations, le ratio est déterminé sur la base des derniers états financiers approuvés ou, en cas de changement important, sur la base du dernier budget élaboré, sous réserve de l'approbation du Grand Conseil.

L'indexation décidée par le Conseil d'Etat donne également lieu à une augmentation de l'indemnité calculé sur chacune des masses salariales dévolues à ces trois catégories de prestations et au prorata de la participation de l'Etat à la couverture des charges relatives à chacune des catégories de prestations. Pour

- 10 -

ces trois catégories de prestations, le ratio est déterminé sur la base des derniers états financiers approuvés ou, en cas de changement important, sur la base du dernier budget élaboré

Les incidences de la mise en place du 13<sup>ème</sup> salaire font l'objet d'une augmentation de l'indemnité basée sur l'ensemble de la masse salariale de l'entité.

6. Le versement des montants ci-dessus n'intervient que lorsque la loi de financement est exécutoire.
7. L'indemnité non monétaire, telle que déterminée selon les normes IPSAS, engagée sur 2008 se décline comme telle :

Location financement - bâtiments :

Fr 11'701'000.-

Location financement - intérêts :

Fr 8'681'000.-

Ces montants sont réévalués annuellement.

8. Conformément à l'extrait de procès-verbal de la séance du Conseil d'Etat du 2 mai 2007 (annexe 9), les fonds alloués par des tiers sans condition restent propriétés des HUG et ne sont donc pas restitués à l'Etat de Genève.

Toutefois, un intérêt annuel de 3 % sera calculé sur ces fonds et versé en faveur de l'Etat de Genève.

9. Une part de l'indemnité sera consacrée à une évaluation externe au sens de l'examen périodique prévu à l'article 22, alinéa 2 LIAF. Les objectifs et les modalités de réalisation de l'évaluation seront discutés dans le cadre du groupe de suivi défini à l'article 14 du présent contrat.
10. L'Etat de Genève, par l'intermédiaire du Département de l'économie et de la santé s'engage à :

- adapter, sous réserve de l'autorisation du Grand Conseil, les ressources attribuées uniquement en fonction des variations significatives d'activités ou d'activités nouvelles demandées par l'Etat ou rendues obligatoires par les assurances sociales existantes, ainsi qu'en cas de modification de la législation sur le personnel de l'Etat de Genève ;
- soutenir les HUG en tant que :
  - centre de soins de haute qualité pour l'ensemble des prestations délivrées,
  - pôle de développement de nouvelles technologies biomédicales,
  - lieu de formation des professions de la santé de haut niveau (ces trois éléments étant complémentaires les uns des autres),en maintenant, notamment, un niveau adéquat de ressources humaines et financières nécessaires à l'accomplissement de ces tâches ;
- intégrer, dans le cadre de la planification hospitalière cantonale et inter-cantonale, la nécessité pour les HUG de maintenir une masse critique nécessaire à la qualité de l'enseignement, de la recherche et des prestations de soins spécialisés.

- 11 -

11. Les montants énoncés à l'alinéa 1 sont fixés sous réserve :

- de l'évaluation définitive des effets de la nouvelle répartition des tâches entre cantons et Confédération (RPT);
- des effets dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008 de l'application des normes IPSAS;
- de l'aboutissement des négociations tarifaires annuelles avec les assureurs maladies.

En cas de dépassement, la Commission des finances du Grand Conseil se prononce..

### Article 7

*Rythme de versement de l'indemnité*

1. L'indemnité est versée chaque année sur le compte courant des HUG selon les modalités prévues dans le cadre du projet de caisse centralisée de l'Etat à laquelle les HUG adhèrent.
2. En cas de refus du budget annuel par le Grand Conseil, les échéances de paiement sont respectées en conformité avec la loi autorisant le Conseil d'Etat à pourvoir aux charges du budget de fonctionnement ainsi qu'aux dépenses du budget d'investissement jusqu'à promulgation du budget administratif de l'Etat de Genève (loi dite des douzièmes provisoires).

### Article 8

*Système de contrôle interne*

Les HUG doivent mettre en œuvre et maintenir un système de contrôle interne conforme aux normes et principes édictés par le Conseil d'Etat et par la loi sur la surveillance de la gestion administrative et financière et l'évaluation des politiques publiques, du 19 janvier 1995.

### Article 9

*Reddition des comptes*

1. Les HUG, en fin d'exercice comptable mais au plus tard 3 mois après la date de clôture du dernier exercice, fournissent au département :
  - leurs états financiers révisés conformément aux directives d'application des normes IPSAS (DiCo-GE);
  - le PV du Conseil d'administration approuvant les comptes;
  - un rapport d'exécution du contrat reprenant les objectifs et les indicateurs de performance figurant dans le tableau de bord;
  - leur rapport d'activité.

- 12 -

2. Les HUG fournissent un budget de fonctionnement pluriannuel qui fait partie intégrante du présent contrat (annexe 6). Annuellement, les HUG remettent au Département de l'économie et de la santé une actualisation de ce budget de fonctionnement.

### Article 10

#### *Traitement des bénéfices et des pertes*

1. Au terme de l'exercice comptable, pour autant que les prestations financées aient été fournies conformément au contrat, le résultat annuel établi conformément à l'article 9 est réparti entre l'Etat de Genève et les HUG selon la clé figurant à l'alinéa 4 du présent article.
2. Une créance reflétant la part restituable à l'Etat est constituée dans les fonds étrangers des HUG. Elle s'intitule "Subventions non dépensées à restituer à l'échéance du contrat". La part conservée par les HUG est comptabilisée dans un compte de réserve spécifique intitulé "Part de subvention non dépensée" figurant dans leurs fonds propres.
3. Pendant la durée du contrat, les éventuelles pertes annuelles sont également réparties selon la clé figurant à l'alinéa 4 du présent article et sont déduites de la créance, jusqu'à concurrence du solde disponible, et de la réserve spécifique.
4. Les HUG conservent 75% de leur résultat annuel.
5. A l'échéance du contrat, les HUG conservent définitivement l'éventuel solde du compte de réserve spécifique, tandis que l'éventuel solde de la créance est restitué à l'Etat.
6. En vertu de la couverture de déficit prévu par la Constitution, à l'échéance du contrat l'Etat couvre les éventuelles pertes des HUG si ces pertes excèdent les réserves constituées selon l'alinéa 2 ci-dessus.

### Article 11

#### *Bénéficiaire direct*

Conformément à l'art. 14 al. 3 de la LIAF, les HUG s'engagent à être les bénéficiaires directs de l'indemnité. Ils ne procéderont à aucune redistribution sous forme de subvention à des organismes tiers.

**Titre IV****Suivi et évaluation du contrat****Article 12***Objectifs, indicateurs, tableaux de bord*

1. Les prestations définies à l'article 5 du présent contrat doivent être évaluables par le biais d'objectifs et d'indicateurs de performance.
2. Ces indicateurs de performance mesurent le nombre de prestations rendues, leur qualité (satisfaction des destinataires), leur efficacité (impact sur le public-cible) ou leur efficience (amélioration de la productivité).
3. Dans le respect du principe de proportionnalité, les indicateurs définis doivent être utiles, facilement mesurables et établis en lien avec la pratique de terrain des HUG.
4. Par ailleurs chacun des indicateurs retenus sera décliné sous forme d'une fiche type selon les modèles figurant à annexe 5.
5. Les HUG fournissent au Département de l'économie et de la santé toutes les informations utiles à la planification sanitaire cantonale et au bon fonctionnement du réseau de soins.

**Article 13***Modifications*

1. Toute modification non substantielle au présent contrat est à discuter entre les parties. Est réservé le respect de la loi de financement.
2. En cas d'événements exceptionnels et préteritant la poursuite des activités des HUG ou la réalisation du présent contrat, les parties s'accordent sur les actions à entreprendre.
3. Ces événements doivent être signalés dans les plus brefs délais au Département de l'économie et de la santé.

**Article 14***Évaluation annuelle*

Conformément à l'article 12 du règlement d'application de la LIAF, ainsi qu'au règlement de fonctionnement (annexe 10), un groupe de suivi, composé de 4 représentants désignés par les signataires, est constitué afin de :

- veiller au bon déroulement des actions prévues par le contrat;
- évaluer les engagements par le biais des tableaux de bord et du rapport d'exécution annuel établis par les

- 14 -

HUG;

- permettre l'adaptation, la réorientation ou la redéfinition des conditions du contrat;
- créer un lieu d'échange entre les partenaires.

Les noms des membres du groupe de suivi figurent à l'annexe 11 du présent contrat.

## **Titre V**

### **Dispositions finales**

#### **Article 15**

##### *Règlement des litiges*

1. Les parties s'efforcent de régler à l'amiable les différends qui peuvent surgir dans l'application et l'interprétation du présent contrat.
2. En cas d'échec, elles peuvent recourir d'un commun accord à la médiation.
3. A défaut d'un accord, le litige peut être porté devant le tribunal administratif du canton de Genève par la voie de l'action pécuniaire.

#### **Article 16**

##### *Motifs de résiliation*

1. Le contrat peut être résilié par l'une ou l'autre des parties en cas de force majeure.
2. Le Conseil d'Etat peut résilier le contrat et exiger la restitution de tout ou partie de l'indemnité lorsque :
  - a) l'indemnité n'est pas utilisée conformément à l'affectation prévue;
  - b) le bénéficiaire n'accomplit pas ou accomplit incorrectement sa tâche malgré une mise en demeure;
  - c) l'indemnité a été indûment promise ou versée, soit en violation du droit, soit sur la base d'un état de fait inexact ou incomplet.

##### *Modalités de résiliation*

3. La résiliation s'effectue le cas échéant par écrit, moyennant un préavis de 6 mois pour la fin d'une année.

#### **Article 17**

##### *Entrée en vigueur, durée du contrat et renouvellement*

1. Le contrat entre en vigueur au 01.01.2008, dès que la loi qui l'approuve devient exécutoire. Il est valable jusqu'au 31.12.2011.
2. Les parties conviennent d'étudier les conditions de renouvellement éventuel du contrat au moins douze mois avant son échéance.

**Annexes au présent contrat :**

1. **Plan stratégique des HUG 2006-2010**
2. **Liste des prestations OFS**
3. **Liste des missions d'intérêt général**
4. **Tableau des indicateurs et objectifs**
5. **Fiche type individuelle**
6. **Plan financier pluriannuel**
7. **Directive du Conseil d'Etat concernant la présentation et révision des états financiers des entités subventionnées et des autres entités para-étatiques**
8. **Directive du Conseil d'Etat en matière de subventions non monétaires**
9. **Extrait de procès-verbal de la séance du Conseil d'Etat du 2 mai 2007 concernant les fonds alloués par des tiers sans condition**
10. **Règlement de fonctionnement du groupe de suivi**
11. **Liste des membres du groupe de suivi**

- 16 -

Pour la République et canton de Genève :

représentée par

**Monsieur Pierre-François UNGER**

Conseiller d'Etat en charge du Département de l'économie et de la santé

Date :

Signature

Pour les Hôpitaux universitaires de Genève

représentés par

**M. Michel BALESTRA**

Président du Conseil d'administration

Date :

Signature

**M. Bernard GRUSON**

Président du Comité de direction

Date :

Signature

Fait à Genève en 2 exemplaires conforme

Promouvoir un hôpital de proximité et de référence



# Plan stratégique 2006-2010



## Table des matières

Préface	3
Introduction	5
La mission et les valeurs	6
Du plan 2002-2006 au plan 2006-2010	8
Le contexte	10
Forces et facteurs de progression	14
Orientations stratégiques	19
Axes généraux	23
Axes particuliers	28
Appui à la stratégie et gouvernance	37
Indicateurs	40
De la stratégie à la mise en œuvre	45



# Inventer l'hôpital universitaire de demain... au cœur des réseaux



**Pierre-François Unger**  
Président du Conseil d'Etat  
et Conseiller d'Etat en charge du  
Département de l'économie et de la santé



**Bernard Gruson**  
Directeur général  
Président du Comité  
de direction des HUG

Aujourd'hui, le plan stratégique 2006-2010 définit clairement les orientations des HUG. Il revient maintenant, à tous les professionnels de l'établissement, de se les approprier et de participer activement à leur mise en œuvre dans un esprit d'ouverture et de partenariat avec les multiples acteurs du milieu hospitalo-universitaire et scientifique, ainsi que du monde économique et social.

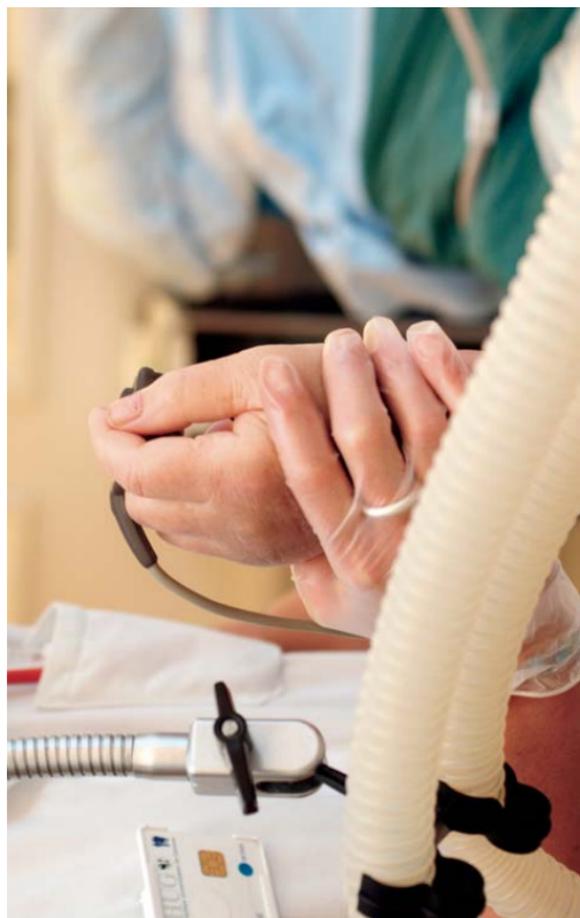
Ces choix stratégiques ont par ailleurs tenu compte des options prises par notre partenaire privilégié, le Centre Hospitalo-Universitaire Vaudois (CHUV), afin d'offrir de concert à tous les hôpitaux de la Romandie toutes les prestations de médecine universitaire hautement spécialisée.

Il s'agit là d'une lourde responsabilité, mais elle est à la hauteur de la confiance témoignée aux HUG par les patients, les autorités et tous les partenaires privés ou publics.

Inventer l'hôpital universitaire de demain, c'est d'abord réaffirmer la détermination à servir la communauté régionale et à répondre aux besoins de sa population. Une mission remplie, tout au long de l'année, par celles et ceux qui s'engagent au service des personnes qui souffrent. Qu'ils en soient très sincèrement remerciés.

A travers ce deuxième plan stratégique, les HUG ont dessiné l'hôpital universitaire de demain. Un travail d'anticipation, d'imagination et d'inventivité qui n'oublie pas les réalités du terrain, ni les perspectives en matière de coûts de la santé.

Cette réflexion essentielle pour contribuer au maintien d'un système de soins performant, solidaire et accessible à tous, a été menée avec rigueur et conviction par des professionnels de santé travaillant au cœur du dispositif. Cette réflexion est également primordiale pour valoriser les synergies entre lieux de soins et lieux de formation et de recherche. Elle débouche sur un projet ambitieux comprenant des axes de développements précis, des mesures à mettre en œuvre et les résultats attendus de cette nouvelle stratégie.



# Introduction

Le plan stratégique 2006-2010 précise les orientations et les actions que les HUG conduiront dans le cadre de leur mission de soins, d'enseignement et de recherche d'ici à 2010. Véritable outil de pilotage, le plan stratégique constitue un document de référence pour les cadres et l'ensemble des collaborateurs des HUG afin d'orienter les actions individuelles et collectives pour les années futures.

Fondé sur une appréciation des besoins de soins, sur une analyse de l'environnement, des forces sur lesquelles les HUG peuvent s'appuyer et les défis qu'ils seront amenés à relever, le plan stratégique 2006-2010 s'inscrit dans la continuité du plan stratégique 2002-2006. Il est le fruit d'un travail qui a réuni des médecins<sup>(1)</sup>, des infirmières<sup>(2)</sup>, des gestionnaires<sup>(3)</sup> et des représentants<sup>(4)</sup> de nombreuses fonctions hospitalières afin de rassembler les ambitions pour le développement futur des HUG. Les chefs des départements médicaux ont été associés aux orientations proposées.

La stratégie des HUG en qualité d'hôpital de service public s'inscrit dans le cadre des décisions politiques du Grand Conseil et du Conseil d'Etat du canton et républicque de Genève. Ce nouveau plan stratégique a été approuvé par le Conseil d'administration qui définit, conformément à la loi sur les établissements publics médicaux K2 05 du 19 septembre 1980, la politique et les axes stratégiques dont il confie l'exécution opérationnelle à la direction des Hôpitaux universitaires de Genève.

Le plan stratégique 2006-2010 affirme plus clairement la double mission des Hôpitaux universitaires de Genève : la mission de soins de proximité et celle de soins de référence. Les HUG sont à la fois un hôpital de proximité pour la population genevoise et un hôpital de référence pour certaines disciplines médicales dans le cadre d'un réseau de compétences régional et national. Pour chacune de ces missions, les HUG veulent offrir un même niveau d'excellence.

Le cadre financier qui accompagne le plan stratégique établit les relations entre les ressources et les options retenues. Il fera l'objet d'un mandat quadriennal de prestations de la part de l'Etat de Genève.

Pour assurer le suivi et la mise en oeuvre du plan stratégique, un rapport trimestriel et annuel sera élaboré par le comité de direction à l'intention du bureau du Conseil d'administration et du Conseil d'administration. Ce dernier rapportera aux autorités politiques (Conseil d'Etat et Grand Conseil).



(1) A lire au masculin comme au féminin

# La mission et les valeurs

Les Hôpitaux universitaires de Genève sont un établissement public médical au sens de la constitution genevoise (art. 171). Leur mission et leur fonctionnement sont précisés par la loi sur les établissements publics médicaux du 19 septembre 1980 (Loi K2 05). Approuvés par le Parlement en 1994, les HUG ont été formellement constitués dans le cadre de la réforme hospitalière voulue en 1995 par les autorités et mise en place depuis 10 ans.



Cette mission se décline comme suit :

## Soigner

Les HUG répondent aux besoins de soins de la population :

- dans le domaine des soins de proximité en tant qu'hôpital général public
- dans le domaine des soins spécialisés et de référence en tant qu'hôpital universitaire offrant des compétences professionnelles spécifiques et des techniques médicales de haute technologie.

## Enseigner

Les HUG, partenaires de la Faculté de médecine, des Hautes écoles spécialisées (HES) et des autres écoles professionnelles, offrent le terrain d'apprentissage et d'enseignement approprié aux formations des professionnels de la santé. La formation post-graduée fait partie en premier chef de la mission des HUG.

## Chercher

La recherche clinique est partie intégrante de la mission des HUG et se fait en étroite collaboration avec la Faculté de médecine.



Pour accomplir cette mission, les collaborateurs des HUG s'appuient sur les **valeurs** et convictions partagées suivantes :

#### **Les HUG, le patient d'abord**

Les HUG sont l'un des partenaires impliqués dans la vie des Genevois et des habitants de la région tout au long de leur existence. L'ensemble des professionnels des HUG est convaincu que la médecine du service public est d'abord une médecine de qualité accessible à tous. Une telle médecine, pour être toujours meilleure et respectueuse des besoins et des droits des patients, doit se faire en étroite collaboration avec le patient et son entourage qui, de simples bénéficiaires ou consommateurs de soins, deviennent partenaires responsables, et donc actifs, dans les processus de soins.

#### **Les HUG, l'esprit de service**

L'esprit de service des collaborateurs des HUG est, pour le patient et son entourage, un gage d'équité et de sécurité dans la délivrance des soins. Il contribue à la confiance placée dans le service public hospitalier. Dans le cadre de la délégation reçue et acceptée, l'esprit de service des responsables témoigne de leur détermination à mobiliser les compétences des collaborateurs et à les soutenir dans leurs missions. Chacun, quelle que soit sa fonction, prend part solidairement à la bonne marche des services et unités des HUG.

#### **Les HUG, l'exigence de qualité et de sécurité**

Les HUG ont vocation à poursuivre leur dynamique de qualité et de sécurité dans les cinq domaines suivants :

- L'accueil chaleureux du patient, de son entourage et des visiteurs : l'accueil est le premier des soins

- Les investigations et les traitements médicaux pertinents et documentés qui permettent de fournir aux patients des soins de qualité, qu'ils soient de proximité ou de référence : la performance clinique
- L'émulation universitaire et des Hautes écoles spécialisées, qui se traduit par un enseignement de haut niveau et une recherche clinique à forte valeur ajoutée pour les soins : la relève médicale et celle des autres filières professionnelles
- La gestion par projet, qui contribue à mobiliser les intelligences, les compétences et à favoriser le développement personnel de chacun dans la réalisation des missions et des tâches : le management participatif
- L'économichité des prestations qui vise à l'efficacité des services produits, à l'utilisation parcimonieuse des ressources confiées, à la contention des coûts du service public hospitalier : la performance de gestion.

## Du plan 2002-2006 au plan 2006-2010

Le premier plan stratégique des HUG 2002-2006 avait pour ambition majeure de :

- promouvoir la qualité et la continuité des soins
- renforcer des centres d'excellence universitaires
- mettre en œuvre un management décentralisé et participatif.

Des mesures ont été prises et portent progressivement leurs effets depuis 2002 pour chacune des six orientations stratégiques définies :

1. Les domaines prioritaires de développement
2. L'information et la participation du patient
3. L'organisation des soins
4. L'enseignement et la recherche clinique
5. Le personnel
6. Gestion et management.

S'agissant des domaines prioritaires de développement, le Réseau romand des transplantations a été créé en 2004 avec une répartition des greffes d'organes entre le CHUV et les HUG. Ces derniers conforteront notamment leur expertise dans le domaine des transplantations hépatiques adultes et pédiatriques au niveau national et international.

Dans le domaine des neurosciences, les HUG, de concert avec la Faculté de médecine, ont forgé leurs compétences dans le domaine neurovasculaire et dans les neurosciences cognitives. Ces efforts seront poursuivis dans les années à venir.

Les HUG continueront à soutenir les actions du service de génétique médicale reconnu sur le plan international.

Le pôle prioritaire relatif à la médecine communautaire et humanitaire s'est concrétisé en particulier par des actions de coopération avec des pays en développement et des actions médicales lors des catastrophes internationales confortant ainsi la place des HUG dans la Genève internationale, siège de l'OMS et de nombreuses ONG. Les HUG continueront à répondre aux besoins des personnes précarisées à Genève ou victimes de conflits ou de catastrophes en dehors des frontières suisses.

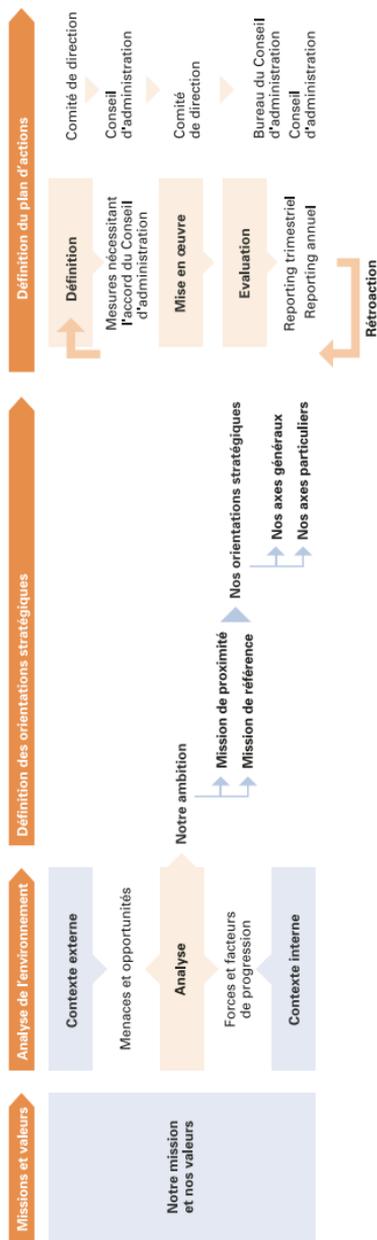
Dans le domaine de l'information et la participation du patient ainsi que l'organisation des soins, des projets ont été réalisés comme l'élaboration de la charte du patient ou la mise en place du concept de médecin et d'infirmière référents. D'autres projets sont en cours de réalisation tels la mise en œuvre des projets de service 2, le regroupement des laboratoires ou l'élaboration de protocoles de consentement.

Des démarches ont été initiées dans le but d'adapter les structures à l'évolution des besoins en soins en privilégiant le critère « besoins et trajectoires des patients ». Cela a été notamment le cas avec le regroupement, dans un même département, des structures de réhabilitation et de gériatrie. Ces démarches seront poursuivies dans le cadre du plan stratégique 2006-2010.

Dès lors, si le premier plan stratégique s'attachait à consolider le dispositif de soins interne aux HUG, le deuxième plan stratégique a pour objectif d'une part de mieux prendre en compte les paramètres socio-démographiques de la population genevoise et d'autre part d'ancrer les actions des HUG dans un réseau de compétences et de références régional et national s'agissant de la médecine hautement spécialisée.

Le plan stratégique 2006-2010 s'inscrit dans un continuum dans le cadre de la mission des HUG (*notre raison d'être*). Aussi, la mission et les valeurs qui la sous-tendent fixent le point de départ de la démarche de planification stratégique comme l'illustre le schéma ci-dessous.

En s'appuyant sur l'analyse de l'environnement, la mise en évidence des menaces et opportunités ainsi que des forces et des facteurs de progression, les HUG définissent ce qu'ils souhaitent atteindre pour les différents aspects de leur mission. Cette ambition (*notre vision*) est ensuite traduite en orientations stratégiques. Enfin, pour faciliter le déploiement de la stratégie, un plan d'actions sera défini.



# Le contexte

Le domaine de la santé fait face à des changements majeurs qui sont communs à l'ensemble des pays industrialisés. Ils concernent aussi bien la demande de soins, avec l'évolution des mentalités et des besoins des patients, que l'offre de soins suite aux avancées importantes dans le domaine des technologies médicales. Des modifications essentielles en termes de financement et de politique hospitalière caractérisent également l'environnement. A ce climat s'ajoutent les pénuries dans certaines professions soignantes et médicales.

## Evolution de la demande

### De nouvelles attentes de la population et des patients

Les patients ont des exigences accrues en matière d'accès et de sécurité des soins. Les patients attendent - en regard de leurs cotisations personnelles d'assurance maladie et des impôts - des prestations personnalisées quel qu'en soit le prix.

Les patients et leurs proches, mieux informés, désirent prendre part aux décisions qui les concernent. Ce désir de partenariat implique une évolution de la relation soigné-soignant et une adaptation de la formation du personnel de santé.

Les attentes en matière de qualité de vie, de choix écologiques et de développement durable sont de plus en plus partagées par les patients.

Enfin, le consumérisme entraînant l'exigence du « tout, tout de suite » n'épargne pas le secteur de la santé et voit sa déclinaison notamment dans l'engorgement des urgences hospitalières.

### Une évolution des problèmes de santé et des situations de dépendance

Les pathologies neuro et cardio-vasculaires, les pathologies psychiques et cancéreuses ainsi que les affections de l'appareil locomoteur représentent les maladies les plus fréquentes de la population genevoise, suisse et européenne.

Si l'espérance de vie de la population augmente, on assiste en parallèle à un accroissement des maladies chroniques et des situations de dépendance.

Le nombre de personnes âgées et de personnes très âgées (plus de 80 ans) augmente tant en valeur absolue (un tiers de plus en 25 ans) qu'en proportion de la population totale. En effet, les plus de 60 ans représenteront près du quart de la population totale d'ici à 2025. Ce changement démographique aura inévitablement des conséquences sur l'organisation des soins prodigués aux patients. Au vieillissement accéléré de la population s'ajoute la chronicisation des maladies qui aura un impact

important sur la consommation de soins. Les maladies chroniques, que l'on traite mieux et plus longtemps, sont souvent des maladies complexes qui requièrent un volume, une intensité et une variété de prestations plus grands.

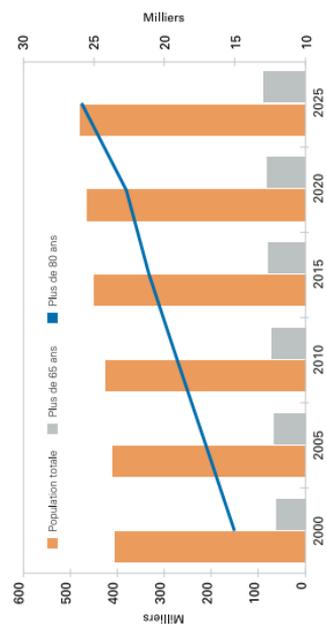
**Une augmentation du recours au service public**

Le recours au service public croît sans cesse par le biais des urgences comme le montre le graphique ci-dessous. Il s'agit d'une tendance qui

prévaut dans tous les pays industrialisés. L'augmentation de la population migrante et des personnes en situation précaire contribue aussi à l'augmentation du recours aux soins de proximité.

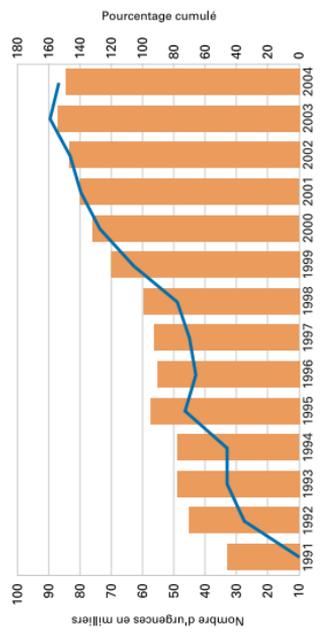
Dans le cadre de leur mission de service public et d'hôpital général de proximité, les HUG se doivent de développer des prestations d'intérêt général de type médico-social afin de répondre aux nouveaux besoins liés à la précarité.

**Evolution démographique de la population genevoise**



Projections démographiques pour le canton de Genève, 1999, CSSTAT

**Nombre de patients admis au centre d'accueil et d'urgences**



Source SMECO / HUG

## Evolution de l'offre de soins

La médecine se spécialise de plus en plus en domaines de compétences spécifiques. Parallèlement, on observe un besoin accru de coordination des soins au sein de l'hôpital et du réseau de santé afin de favoriser l'intégration des prestations de soins et d'en assurer la cohérence et la continuité.

Les innovations découlant des connaissances scientifiques (par exemple : la génétique et l'imagerie) modifient en profondeur les possibilités diagnostiques et thérapeutiques. L'influence des technologies s'est accrue de manière importante au cours de ces dix dernières années et continuera de s'accroître.

Appliqués au domaine de la santé, ces développements technologiques favorisent la mise à disposition de nouveaux médicaments, équipements et pratiques de soins.

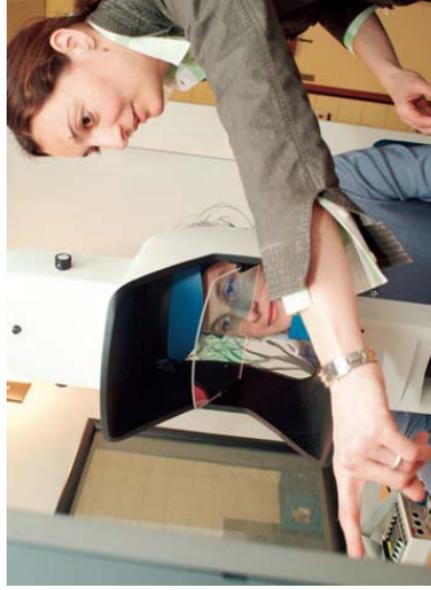
Des traitements plus efficaces comme, par exemple, la chirurgie minimalement invasive et la radiologie interventionnelle rendent possible de nouvelles prises en charge ambulatoires.

### Une « concentration » prévisible

Le monde politique et une partie de la société civile prennent conscience de la nécessité de repenser le développement de la médecine de pointe et d'harmoniser les dispositifs sanitaires. En effet, les coûts d'acquisition, de développement et d'entretien des nouvelles technologies sont très élevés. C'est une des raisons pour lesquelles il faut concentrer le développement des innovations et l'emplacement des infrastructures technologiques les plus coûteuses tant sur le plan des soins très spécialisés que celui de la recherche.

La Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) souhaite mettre en place un concordat intercantonal pour la coordination et la concentration de la médecine de pointe ; celui-ci est en cours de ratification par les cantons. Pour l'application de cette convention, une commission intercantonale pour la concentration de la médecine hautement spécialisée a été instituée.

La coordination et la concentration de la médecine de pointe impliquent une répartition des compétences entre les cinq hôpitaux universitaires suisses.



### Une pression économique croissante

Les exigences de gestion se sont accrues en même temps que l'augmentation des coûts de la santé, la pression sur les finances publiques et l'augmentation des primes d'assurance maladie.

Le financement des hôpitaux sera réformé par l'introduction d'un financement « à l'activité » plutôt « qu'à l'institution » (forfait par groupe de pathologies). Ce nouveau mode de financement incitera notamment les hôpitaux à diminuer la durée de séjour des patients, ce qui nécessitera une plus grande intensité des soins dans un délai plus court. Les journées d'hospitalisation inappropriées devront être diminuées.

Dans un contexte d'ajustement des ressources, il deviendra encore plus important de retenu un traitement en fonction de son efficacité, qui aura été préalablement démontrée ou documentée, afin de ne pas priver d'autres patients d'un traitement nécessitant des ressources équivalentes (maximisation de l'utilité) selon les principes de la médecine fondée sur les preuves (*Evidence Based Medicine*).

La planification hospitalière genevoise 2003-2010 (RD 483) vise à réduire la capacité hospitalière en termes de nombre de lits (moins 275 lits, 12%) à l'horizon 2010. Des efforts d'adaptation sont attendus des secteurs public et privé. Cela se traduira par une augmentation du nombre de lits de long séjour et par une réduction du nombre de lits de soins aigus.

### Les attentes du personnel

L'évolution socioculturelle récente incite les collaborateurs à la recherche d'un plus grand équilibre entre vie professionnelle et vie privée et une adaptation du travail permettant de consacrer plus de temps à l'éducation des enfants.

Repenser l'organisation du travail, notamment les horaires du personnel médico-soignant et l'adéquation des effectifs aux activités est nécessaire.

### Les attentes des pouvoirs publics

La contribution des pouvoirs publics au financement des activités des HUG pèse lourdement dans le budget de l'Etat de Genève.

L'introduction d'un mandat de prestations entre l'Etat et les HUG est prévue. Son but est de préciser les prestations que les HUG devront offrir à la collectivité publique en regard de la subvention versée par l'Etat.



# Forces et facteurs de progression

Sur la base de l'analyse contextuelle et des facteurs liés à l'environnement (menaces et opportunités), les principales forces des HUG et des facteurs de progression peuvent être identifiés.

## Forces

### Compétences et dispositif de soins

Les HUG ont des compétences médicales reconnues tant dans les domaines-clés de la médecine générale que ceux de la médecine spécialisée. Ces compétences permettent de prendre en charge des patients souffrant de pathologies simples, complexes ou rares.

Pour remplir leur mission de soins, les HUG s'appuient sur un plateau technique et d'imagerie de haut niveau (IRM 3 Tesla, cyclotron, imagerie numérique cardiaque, etc.).

Un système d'information clinique novateur a été progressivement mis en place et fait l'objet d'une reconnaissance internationale.

Le dispositif hospitalier, qui comprend - sur le plan stationnaire - des lits de soins aigus, de soins de moyen et de long séjour hospitalier, constitue une force de cohérence et de continuité des soins que les grands groupes hospitaliers s'efforcent de mettre en place (par exemple la Mayo Clinic).

Les HUG ont élaboré et mis en œuvre des actions pour améliorer la qualité et la sécurité de leurs prestations comme, par exemple, le

programme *VigiGerme*<sup>®</sup> visant à réduire le nombre d'infections nosocomiales. Grâce à la place de pionnier occupée par les HUG dans le domaine de l'hygiène des mains, l'OMS a confié à un expert des HUG la direction de son programme de sécurité des patients dans le cadre du Défi global en matière de sécurité des patients (*Global Patient Safety Challenge*).

Relevons encore et par exemple le Réseau douleur dont l'objectif principal est de fédérer les actions de la lutte contre la douleur dans tous les services cliniques des HUG.

### Recherche et formation

La recherche clinique s'inscrit dans la mission des HUG et en constitue une activité-clé exercée en premier lieu avec la Faculté de médecine mais aussi avec d'autres facultés de l'Université de Genève (Facultés de psychologie et des sciences de l'éducation, des sciences et des sciences économiques et sociales), l'EPFL, l'Institut Ludwig, le CERN, l'OMS, la Communauté européenne et le secteur industriel.

En Suisse, la Faculté de médecine de Genève est la première faculté de médecine suisse à avoir réformé le programme de ses études en 1995

pour introduire un apprentissage par problèmes. Dès lors, celle-ci offre un enseignement innovant, centré sur l'étudiant, qui promeut son autonomie dans l'acquisition de son savoir. La Faculté de médecine a reçu le meilleur score de la commission d'experts internationaux chargée de l'accréditation de l'enseignement universitaire.

### Notoriété et positionnement des HUG

#### L'hôpital public des Genevois

Les HUG constituent l'hôpital général public de Genève. Cette situation implique d'offrir à la population genevoise tous les services de soins primaires et secondaires d'un hôpital.

La population est attachée à son hôpital comme l'a montré une étude d'image réalisée en 2000.

#### Le rôle-clé de la Genève internationale

En qualité de berceau du droit humanitaire et du droit des réfugiés, Genève tient un rôle-clé sur la place internationale.



Siège de l'OMS et de nombreuses organisations internationales et humanitaires, Genève occupe une position stratégique dans le domaine de l'humanitaire et de la coopération internationale.

Les HUG ont une place privilégiée pour contribuer à des programmes internationaux dans le domaine des soins, de l'aide au développement et en situation de catastrophe.

#### La région franco-valdo-genevoise : bassin sanitaire transfrontalier

De nombreux résidents de France voisine souhaitent être soignés à Genève plutôt que de devoir se déplacer loin de leur domicile (par exemple à Lyon ou à Grenoble). La situation géographique des HUG, au cœur du bassin de vie franco-valdo-genevois délimité par les frontières naturelles que sont le Jura, le Vuache et le Salève, et ses possibilités d'accès (tant par la route que par hélicoptère) permettent de proposer des soins du niveau de référence et universitaire à la population de France voisine, qui s'élève à près de 400'000 habitants.

## Facteurs de progression

### Un centre de référence à ancrer dans un réseau

L'évolution des connaissances et des technologies médicales ainsi que la spécialisation qui en découle impliquent la mise en réseau des savoirs et des compétences. Il n'est, dès lors, plus possible, ni souhaitable d'envisager l'organisation des services de soins de référence (niveau tertiaire) et la mise à disposition des compétences dans une perspective strictement locale.

La complexité et les efforts associés à l'introduction de nouvelles technologies de soins et à la mise en place d'infrastructures de recherche rendent la collaboration et le partenariat indispensables entre les hôpitaux universitaires et entre les universités.

Dans un contexte marqué par une nécessaire complémentarité entre hôpitaux universitaires, les HUG doivent affirmer leur position de centre de référence et ancrer leurs actions dans un réseau de compétences national et international. C'est notamment grâce à la création de partenariats que cet objectif pourra être atteint.

Le canton de Genève ne constitue pas à lui seul un bassin de recrutement suffisant pour obtenir la masse critique de patients nécessaire au développement et au maintien des compétences requises pour certaines prises en charge de médecine hautement spécialisée.

Sur le plan lémanique, le renforcement de la recherche fondamentale par les coopérations entre l'Université de Genève, l'Université de Lausanne et l'EPFL (projet *Sciences, vie et société*) exige de la part des HUG une implication forte dans cette dynamique afin de mettre en valeur leur potentiel de recherche translationnelle.

Enfin, la répartition des domaines de référence avec notre partenariat privilégié, le CHUV, doit se poursuivre dans une logique non pas de concurrence mais de complémentarité et au bénéfice des patients de la Romandie.



### Une organisation des soins à décloisonner

Pour qui connaît l'hôpital de l'intérieur, un des leviers stratégiques le plus efficace est l'organisation des soins. Ceci n'est pas une simple question d'intendance. La conception de l'organisation des soins au sein de l'hôpital est évidemment un choix stratégique en regard des objectifs poursuivis.

Aujourd'hui, l'organisation des soins reste trop cloisonnée. L'augmentation des maladies chroniques et des situations de dépendance et parallèlement la spécialisation et l'efficacité de la médecine nécessitent une coordination accrue avec, pour objectif essentiel, la continuité des soins.

Sur la base de la trajectoire naturelle du patient, des caractéristiques partagées par des collectifs de patients ou selon la logique des systèmes physiologiques ou fonctionnels, de nouveaux regroupements d'activités médicales sont à prévoir. Dans ce domaine, il conviendra de préserver à la fois la vision holistique de la médecine de premier recours et à la fois les apports essentiels de la médecine spécialisée.

Les HUG doivent développer leurs relations avec leurs partenaires externes comme la médecine de ville et les centres d'action sociale et de santé (CASS) sous des formes à inventer.

### Vers une meilleure maîtrise des coûts

Le contexte économique oblige l'hôpital universitaire à faire des choix et à recentrer son activité sur le cœur de son métier. Le développement de toute nouvelle activité ou prestation devra se financer par le biais de réallocations à l'exception des nouveaux mandats confiés par les autorités dans le cadre du mandat de prestations.

Il est dès lors primordial de dégager des ressources soit par des économies d'échelle soit par des réorganisations internes. En particulier, le dispositif médico-technique (laboratoires, blocs opératoires) des HUG peut être optimisé tant sur le plan de l'accès que de celui des coûts de fonctionnement.





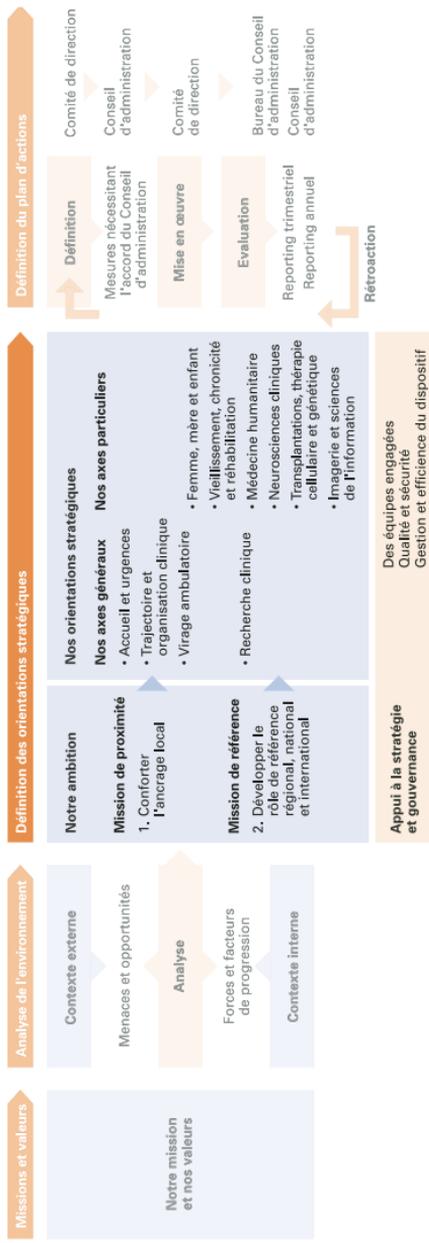
# Orientations stratégiques

Sur la base de l'analyse de l'environnement, de la mise en évidence des menaces et opportunités, des forces et des facteurs de progression décrits précédemment, les HUG ont déterminé leur planification stratégique qui fixe :

**Notre ambition**, soit notre vision pour les 5 ans à venir.

**Des axes généraux** concernant l'ensemble des services et en lien avec l'organisation des soins, les modalités de prise en charge des patients et la recherche clinique.

**Des axes particuliers** se concentrant sur des groupes de patients ou des thèmes médicaux spécifiques.



## Notre ambition

Les HUG veulent affirmer leur volonté de continuer à offrir des soins de qualité à la population genevoise tout en développant des activités de référence dans le cadre d'un réseau hospitalo-universitaire.

### Notre ambition s'exprime :

- sur le plan des soins :
  - plus de qualité et de sécurité dans les soins de proximité et de référence
  - plus de continuité (de l'aigu au long séjour)
  - plus de réseau (interne et externe)
- sur le plan de la recherche clinique :
  - plus d'interaction avec les soins (recherche évaluative)
- sur le plan de la gouvernance et de la gestion :
  - plus de subsidiarité et de responsabilités partagées
  - plus de développement durable.

Les soins de proximité et de référence font partie de la mission des HUG ; l'excellence doit caractériser les uns comme les autres.

### Conforter l'ancrage local

- L'hôpital de proximité des Genevois auquel les patients et leurs proches font pleinement confiance pour l'ensemble des soins qui y sont dispensés
- Des soins organisés par filières de prise en charge qui assurent la continuité et l'intégration des soins tant à l'interne qu'avec l'extérieur
- Des soins dispensés dans la mesure du possible selon un mode ambulatoire (hôpital de jour ou centre de thérapie brève).

### Développer le rayonnement régional, national et international

- Un centre de référence :
  - reconnu dans des domaines prioritaires
  - ancré dans un réseau de compétences au niveau régional, national et international et avec des partenariats solides et durables.
- Un Centre universitaire continuant à contribuer de manière active et significative à la recherche et à la formation, en collaboration avec la Faculté de médecine.



### Mission de soins de proximité : conforter l'ancrage local

Les HUG sont l'établissement de soins public des Genevois et veulent répondre intégralement et globalement aux besoins de soins de proximité (soins primaires et secondaires) qui représentent la part la plus importante de leur activité.

Compte tenu du volume d'activité des soins de proximité, il est fondamental de continuer à offrir des soins de qualité qui répondent aux besoins de la population et en particulier aux besoins des personnes plus fragiles sur le plan socio-économique.

Les axes généraux concernant l'ensemble des services et sont :

- Accueil et urgences
- Trajectoire des patients et organisation clinique
- Virage ambulatoire

Les HUG ont défini les axes particuliers suivants pour les soins primaires et secondaires :

- Femme, mère et enfant, pour les problèmes relatifs aux premières étapes de la vie et à la médecine de la femme et de l'enfant
- Vieillesse, chronicité et réhabilitation pour les problèmes liés à l'avancement en âge et aux dépendances fonctionnelles
- Médecine humanitaire.

### Mission de soins de référence : développer le rayonnement régional, national et international

Dans le but d'ancrer les HUG comme centre de référence et compte tenu de la nécessité de répartir les compétences entre les hôpitaux universitaires, les HUG veulent promouvoir la création d'un nombre limité d'axes de développement.



Ils focaliseront leurs efforts dans ces domaines de pointe tant sur le plan des activités cliniques que des activités de recherche. Dans ce cadre, ils développeront des partenariats d'envergure avec d'autres hôpitaux universitaires, des facultés, des écoles polytechniques ou des centres de recherche.

Sur le plan fédéral, les HUG intensifieront leur participation aux instances de coordination et décisionnelles existantes et assureront le leadership dans un certain nombre de domaines médicaux.

Dans le cadre de l'Association Vaud-Genève, les HUG continueront à favoriser leur partenariat avec les Hospices-CHUV pour réunir et améliorer les compétences des acteurs de la médecine hautement spécialisée.

Afin d'atteindre la masse critique nécessaire au maintien et au développement des compétences dans ces axes particuliers, les HUG étendront leur bassin de recrutement en concluant des accords de collaboration

avec des hôpitaux de Suisse romande et de France voisine. Un rapprochement entre les hôpitaux non universitaires et les HUG permettra de promouvoir des soins spécialisés dans ce type d'établissement. Par ailleurs, ces collaborations serviront aussi à augmenter le bassin de recrutement des HUG.

Pour choisir les axes de développement, les HUG se sont basés sur :

- la masse critique de patients nécessaire au maintien et au développement des compétences et de la qualité des soins dans certains domaines de la médecine hautement spécialisée
- les priorités fixées par la Faculté de médecine de Genève pour favoriser les interactions indispensables entre la recherche fondamentale et la recherche translationnelle et évaluative
- les compétences et les structures des HUG existantes et reconnues au plan régional, national et international
- les nécessaires complémentarités dans le cadre des collaborations Vaud-Genève
- les axes prioritaires du précédent plan stratégique 2002-2006.

Les HUG ont choisi un axe général pour promouvoir la recherche clinique dans l'ensemble des services médicaux.

Les HUG ont défini plusieurs axes particuliers pour les soins tertiaires :

- Femme, mère et enfant
- Vieillesse, chronicité et réhabilitation
- Médecine humanitaire
- Neurosciences cliniques
- Transplantations, thérapie cellulaire et génétique
- Imagerie et sciences de l'information.

## Types de soins

Différents types de soins peuvent être dispensés lors d'une hospitalisation\* ou lors d'une prise en charge ambulatoire :

	Proximité	Référence
<b>Soins primaires</b>	Soins de santé de base, y compris les procédés diagnostiques simples. Ces soins comprennent également les soins de prévention et l'information en matière de santé.	
<b>Soins secondaires</b>	Soins spécialisés qui exigent des procédés et des traitements plus sophistiqués et plus compliqués. Ces soins comprennent, par exemple, la chirurgie générale, la médecine interne générale, la pédiatrie, la gynécologie et l'obstétrique générales, la psychiatrie ainsi que la réadaptation.	
<b>Soins tertiaires</b>	Soins concernant des traitements et des procédés très spécialisés ou très coûteux comme, par exemple, la néonatalogie, la rééducation spécialisée, l'hémodialyse, la radiothérapie, la neurochirurgie. Les soins tertiaires couvrent une population plus grande que celle du canton.	

\*Les soins hospitaliers sont dispensés dans 3 catégories de lits :

- lits de soins aigus (66%) pour les courts séjours et pour tous types de soins médicaux, destinés à des patients dont l'état de santé et/ou le programme thérapeutique nécessite une forte intensité de soins
- lits de soins subaigus (34%) pour les moyens séjours et pour des soins médicaux de réhabilitation et de réadaptation destinés à des patients dont l'état de santé et/ou le programme thérapeutique nécessite une intensité moyenne de soins
- lits de soins continus (10%) pour les longs séjours destinés à des patients dont l'état de santé et/ou le programme thérapeutique nécessite des soins continus en milieu hospitalier en raison d'une maladie chronique et d'une perte durable d'autonomie.

## Axes généraux

Le contexte spécifique, les orientations, des mesures et des résultats attendus sont énoncés pour chacun des axes généraux. Les résultats attendus feront l'objet de tableaux de bord en termes d'indicateurs de performance.

### Accueil et urgences

#### Recours accru

- Le recours aux services d'urgences des HUG est important et augmente. En effet, il est devenu habituel que lorsqu'une personne ressent une altération importante ou bénigne de son état de santé, elle se rende dans un service d'urgences. Ce nouveau mode de comportement peut être expliqué par la dimension pratique (tout est sur place) et par la sécurité qu'offrent une structure hospitalière et son plateau technique ainsi qu'un accès possible 24 heures sur 24.
- Ce recours devenu habituel a pour conséquence que les délais d'attente pour les urgences de moindre gravité sont variables et parfois très longs.

Afin de mieux orienter les urgences, les HUG vont structurer leur dispositif de soins et participer activement à la création du réseau sanitaire genevois des urgences.

#### Les mesures suivantes seront favorisées :

- Adapter les structures d'accueil des HUG et participer activement au réseau sanitaire genevois des urgences (public-privé), avalisé par le département de l'économie et de la santé
- Organiser une gestion des urgences indépendante de la gestion des hospitalisations, qui s'appuie sur une orientation précoce des patients et une amélioration des flux.



#### Les résultats attendus

- Une diminution des délais d'attente aux urgences (CAU, pédiatrie, maternité).
- Des conventions avec les partenaires du réseau d'urgences.

## Trajectoire des patients et organisation clinique

### Interdisciplinarité et coordination

- Dans sa trajectoire de soins au sein des HUG, le patient peut être traité par de nombreux professionnels provenant de filières et spécialités différentes. Ceux-ci doivent tendre à un objectif commun et concerté pour prendre en charge le patient de manière efficace. Aussi, l'organisation des soins se doit d'être plus intégrée et mieux correspondre à la trajectoire naturelle des patients.
- L'interdisciplinarité et un projet thérapeutique partagé doivent remplacer la succession de décisions et d'actes isolés.
- L'augmentation des maladies chroniques et des situations de dépendance et simultanément la spécialisation de la médecine requièrent un besoin accru de coordination des soins et du suivi du patient.

### Organisation et structures

- L'hôpital doit s'organiser en fonction des besoins des patients et non *a priori* en fonction des disciplines.
- L'amélioration du fonctionnement des structures hospitalières suppose une remise en cause de l'organisation fonctionnelle, structurelle et géographique de l'établissement.
- Dès leur naissance, de nombreux Genevois sont amenés à être pris en charge tout au long de leur vie dans le réseau sanitaire ainsi que dans les différents services et sites des HUG. Ceci nécessite que leur « histoire médicale » constituée par ces différents épisodes, soit disponible à chaque étape de leur trajectoire afin d'assurer une prise en charge optimale.

Pour mieux répondre aux besoins des patients, il est nécessaire de revoir l'organisation des soins et de favoriser une approche interdisciplinaire, une prise en charge par filière et une meilleure coordination des activités à l'intérieur des HUG et avec les intervenants de l'extérieur. Ce facteur de progression qui, constitue un choix stratégique majeur pour le patient, touchera aussi bien les soins de proximité que les soins de référence.

Les HUG entendent intensifier les collaborations avec les structures de soins à domicile et les médecins traitants :

- en renforçant le travail en réseau avec les CASS
- en promouvant le dossier patient informatisé et le réseau e-toile.

### Les mesures suivantes seront favorisées :

- ▲ Mettre sur pied des filières et des programmes de prise en charge (itinéraires cliniques) ainsi que des équipes spécialisées interdisciplinaires et adapter l'organisation hospitalière en conséquence (pôles médico-chirurgicaux)
- ▲ S'appuyer sur le dispositif actuel des HUG (lits aigus, de réhabilitation, moyen et long séjour) pour structurer les soins de réhabilitation en précisant mieux les projets de service et les allocations de ressources par typologie de service hospitalier
- ▲ Renforcer le travail en réseau avec les CASS sur la base d'accords établis et améliorer la continuité des soins en favorisant l'intégration réciproque
- ▲ Disposer d'un dossier de soins longitudinal, intégré et informatisé qui contient la documentation de l'ensemble des épisodes de soins jalonnant la trajectoire du patient.

### Les résultats attendus

- Une diminution du délai d'attente pour les interventions électives.
- Un taux d'occupation des services fixé à 95%.
- Une augmentation du nombre de protocoles de soins transversaux et interdisciplinaires.

## Virage ambulatoire

- La prise en charge ambulatoire consiste à offrir des soins ponctuels en milieu hospitalier tout en maintenant, dans la mesure du possible, la personne malade, convalescente, handicapée ou en perte d'autonomie dans son milieu de vie habituel.
- Le virage ambulatoire des HUG consiste à assurer de manière ambulatoire, chaque fois que la situation du patient le permet, des prestations diagnostiques et thérapeutiques impliquant jusqu'à maintenant une hospitalisation.

Le cadre de financement des activités ambulatoires est fixé par la LAMal (auto-financement) et est complété comme suit :

- a) l'activité ambulatoire indispensable à la recherche et à l'enseignement doit être autofinancée à 80 %
- b) l'activité ambulatoire non indispensable à la recherche et à l'enseignement et qui peut être assurée par la médecine de ville doit être abandonnée
- c) les missions d'intérêt général (dites sociales) non couvertes par l'assurance maladie de base doivent être attribuées par l'autorité politique (mandat de prestations) et entièrement subventionnées.

Le développement d'alternatives à l'hospitalisation traditionnelle constitue un axe important du plan stratégique. D'une part, parce qu'il prend en compte une attente des patients des HUG et d'autre part parce que ces alternatives constituent une réponse adaptée à la réalisation de soins dans un contexte d'économicité voulu par la LAMal.

Ce développement reposera sur la mise en place de structures fonctionnellement et économiquement adaptées aux exigences d'une bonne organisation des soins, aussi bien pour les activités de l'hôpital de jour, de chirurgie ambulatoire que pour l'hospitalisation de semaine. Ces dernières seront communes et partagées par plusieurs disciplines.

Les besoins en matière d'hospitalisation et de soins à domicile s'appuieront, quant à eux, pour l'essentiel, sur une plus grande collaboration avec la Fondation des services d'aide et de soins à domicile (FSASD) et la direction des CASS.



#### Les mesures suivantes seront favorisées :

- Déterminer les affections et les interventions pour lesquelles une prise en charge ambulatoire peut être envisagée
- Mettre en place un concept et une organisation qui facilitent la prise en soins ambulatoire (*case manager*, support administratif pour l'organisation, disponibilité des structures médico-techniques, ...)
- Evaluer régulièrement le catalogue des prestations ambulatoires en renforçant les prestations d'expertise et en renforçant progressivement aux consultations générales assurées par la médecine de ville
- Etablir et proposer à l'autorité la liste des missions d'intérêt général totalement subventionnées
- Etablir un partenariat avec les CASS et l'Association des médecins du canton de Genève (AMG) dans le but d'améliorer le flux des patients.



#### Les résultats attendus

- La suppression des consultations inappropriées (non justifiées en regard de la mission universitaire et/ou des missions d'intérêt général).
- Une diminution de 5% du nombre de journées inappropriées.
- La mesure du taux de réadmissions précoces.
- Une diminution globale d'«équivalents lits» (275 lits pour 2010) conformément à la planification cantonale pour atteindre 1900 lits.
- La mise en place d'un monitoring des temps d'attente pour les consultations et par type de consultation.

### Recherche clinique translationnelle et évaluative

- Au cours de la dernière décennie, deux orientations principales ont guidé la recherche orientée patient dans les CHU. D'une part, l'ambition d'appliquer les découvertes de la médecine fondamentale en clinique (à l'image des neurosciences cliniques ou des thérapies cellulaires) a donné lieu au concept de recherche translationnelle. D'autre part, la pression économique croissante sur le monde hospitalier a favorisé le développement d'une recherche évaluative qui examine l'efficacité des processus de soins (médecine fondée sur les preuves).
- Ce type de recherche sera un des moteurs principaux des mutations de la médecine dans les années à venir.
- Sur un plan national et international, les incertitudes liées au financement des systèmes de santé et la préoccupation de combiner qualité et économie rendent plus que jamais d'actualité la recherche évaluative.

Le développement de la recherche translationnelle et évaluative constitue un axe important qui contribue à ancrer et à promouvoir les HUG comme centre de référence.

#### Les mesures suivantes seront favorisées :

- ▶ En collaboration avec la Faculté de médecine, promouvoir la recherche translationnelle et évaluative dans le cadre des axes particuliers 2006-2010
- ▶ Regrouper les prestations d'appui à la recherche clinique (informatique, biostatistique, structures d'investigations spécialisées) en les mettant à disposition de plusieurs départements médicaux
- ▶ Favoriser la création de plate-formes transdépartementales de recherche clinique autour des thématiques prioritaires en termes de masse critique, de positionnement des HUG sur le plan régional et de potentiel de développement à court et moyen terme.



#### Les résultats attendus

- Une augmentation du nombre d'articles publiés dans les revues à politique éditoriale.
- Une augmentation de la recherche clinique en soins infirmiers.

## Axes particuliers

Le contexte spécifique, les atouts des HUG, les développements prévus et les résultats attendus sont énoncés pour chacun des axes particuliers.

### Femme, mère et enfant

#### Problèmes liés à l'infertilité

- La prévalence de l'infertilité est pratiquement la même chez l'homme et chez la femme et l'on estime qu'un couple sur six est infertile.
- Pour la femme comme pour l'homme, les options de traitement varient en fonction du type d'infertilité diagnostiquée. Elles comprennent la thérapie médicamenteuse, la chirurgie et les techniques de procréation médicalement assistée.

#### Evolution des problèmes

- **liés à la périnatalité et aux nouveau-nés**
- Le nombre de grossesses à risque, notamment les grossesses multiples, augmente.
- Le nombre d'enfants nés prématurément ou avec un poids insuffisant concerne une naissance sur 10. Ces enfants courent un plus grand risque que les autres de décéder avant l'âge d'un an et sont plus nombreux à souffrir d'un développement physique, moteur ou intellectuel limité, de troubles d'apprentissage ainsi que de problèmes respiratoires.
- Leur développement nécessite un suivi spécialisé à long terme.
- Les malformations cardiaques sont les malformations congénitales les plus fréquentes avec une incidence de l'ordre de 1% et constituent la raison la plus fréquente d'une investigation et de traitement en cardiologie pédiatrique.

Pour répondre aux besoins des couples et des parturientes, les HUG disposent de structures spécifiques comme :

- une unité de médecine de la reproduction
- une unité d'obstétrique à haut risque
- une consultation pour les parturientes sans papiers.

Pour répondre aux besoins des patients en âge pédiatrique, les HUG ont des compétences reconnues dans des domaines spécifiques de la pédiatrie comme :

- la chirurgie de la transplantation pédiatrique (foie, intestin grêle), qui s'exerce aux HUG pour l'ensemble de la Suisse
- la cardiopédiatrie et la cardiochirurgie pédiatrique à Genève et dans le cadre de programmes humanitaires.



#### Problèmes spécifiques aux enfants

##### en âge préscolaire (1-5 ans)

- La fréquence des accidents, blessures et noyades est élevée. Les traumatismes sont à l'origine du tiers des décès.
- La prévalence de l'asthme est en augmentation constante et concerne environ 10% des enfants.
- Un quart des enfants souffrent de problèmes de comportement ou de développement.
- Les situations de maltraitance sont importantes et sont mieux détectées.

#### Problèmes spécifiques aux enfants d'âge scolaire

- Les blessures externes et les intoxications sont responsables de plus de 50 % des décès.
- La violence augmente ; elle génère des troubles affectant aussi bien la sphère psychique que somatique.

#### Problèmes spécifiques aux adolescents

- Les troubles de l'alimentation affectent plus de 5 % des adolescents et un enfant sur dix est obèse.
- Le tabagisme et l'usage des drogues sont en augmentation et près de la moitié des adolescents fument. En Suisse, 13% des jeunes adolescents présentent des épisodes dépressifs sévères qui sont fréquemment associés à l'abus de substances psycho-actives.
- Le taux de suicide est élevé et représente la première cause de décès chez les adolescents.

Les HUG peuvent s'appuyer sur :

- la plus grande maternité de Suisse (près de 4000 naissances en 2004)
- un bassin de recrutement augmenté dans le cadre des accords Vaud-Genève et des accords bilatéraux
- des compétences reconnues dans le domaine de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
- un dispositif et un concept intégré pour la prise en charge des problèmes psychiques, somatiques et de la maltraitance des enfants, des adolescents et de jeunes adultes
- un dispositif permettant une hospitalisation conjointe en psychiatrie du nouveau-né et de sa mère lorsqu'elle souffre de troubles psychiques post-partum
- un dispositif spécifique pour la prise en charge de la violence
- un programme de soins *Adolescents et jeunes adultes*
- un programme de soins *Obésité*
- un projet pour la sécurité en salle d'accouchement qui s'appuie sur la technique de *Crew Resources Management* (gestion des ressources de l'équipage), utilisée dans le transport aérien pour comprendre la communication et le comportement dans des conditions de stress.



## Femme, mère et enfant (suite)

### Problèmes liés à la médecine de la femme

- Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme. A Genève, l'incidence du cancer du sein est de 400 cas par année. Le cancer de l'utérus et des ovaires est plus rare (150 nouveaux cas par année à Genève) mais représente une pathologie cancéreuse dont les traitements et complications s'avèrent très lourds.
- Sur le plan suisse, on observe encore des disparités sociales dans le traitement du cancer du sein, étant donné que les femmes de formation supérieure bénéficient plus souvent d'un traitement optimal (traitement plus précoce et chirurgie conservatrice plus fréquente).
- 20 % des femmes souffrent d'incontinence urinaire, due à l'accouchement ou après la ménopause.
- Il est possible de réaliser 80% des opérations gynécologiques par chirurgie minimalement invasive en particulier pour les pathologies bénignes (fibromes, endométrioses, incontinence, etc.).
- De nombreuses femmes souffrent de symptômes climatiques (bouffées de chaleur avec sudation excessive, insomnie, dépression, etc.) lorsque la ménopause s'installe. La substitution hormonale est l'objet de controverse et des alternatives doivent être proposées.

Les HUG ont des compétences reconnues pour prendre en charge les problèmes liés à la médecine de la femme, en particulier :

- dans le domaine de la chirurgie gynécologique minimalement invasive
- en endocrinologie gynécologique
- en sénologie avec notamment l'accréditation de l'EORTC (*European organisation for research and treatment of cancer*) pour le ganglion sentinelle.

Les HUG ont développé des programmes de soins qui améliorent la coordination et la cohérence des prises en charge tels que les :

- programme de soins *Cancer du sein*
- programme de soins *Prévention et traitement de l'incontinence*.

### Les développements prévus

- Les HUG vont développer un programme romand de procréation médicalement assistée en collaboration avec le CHUV.
- Les HUG vont continuer à développer leurs compétences et des partenariats dans le domaine de la cardiologie pédiatrique et de la cardiopédiatrie et être, de ce fait, le centre de référence pour la Suisse romande.
- Les HUG vont continuer à développer leurs compétences et des partenariats dans le domaine de l'oncologie gynécologique et dans celui de la chirurgie gynécologique minimalement invasive. Ils deviendront le centre de référence pour la Suisse romande.

### Les résultats attendus

- L'autofinancement du programme de procréation médicalement assistée.
- La création d'un réseau romand de cardiologie et de cardiologie pédiatrique.
- Une augmentation du nombre de patientes prises en charge dans le secteur de l'oncologie et de la chirurgie minimalement invasive gynécologiques.

## Vieillesse, chronicité et réhabilitation

### Une augmentation des maladies chroniques et des situations de dépendance

- L'augmentation de l'espérance de vie et la diminution de la mortalité au grand âge ont pour corollaire un nombre encore jamais atteint de personnes âgées ou très âgées souffrant de maladies chroniques (troubles locomoteurs, insuffisance cardio-respiratoire, troubles sensoriels et cancers) et psychiatriques (dépressions, confusion mentale et démences). Très souvent, ces pathologies entraînent une perte d'autonomie.
- La présence de pathologies somatiques est associée à une augmentation de la prévalence des troubles dépressifs du troisième âge, de 17 à 20% pour les patients ambulatoires jusqu'à 30 à 40% pour les patients hospitalisés en milieu gériatrique.
- Une approche globale par des médecins généralistes, internistes, gériatres, réhabilitateurs et psychiatres et avec le concours des médecins traitants doit permettre une continuité des soins de l'agré à la réhabilitation (brs de moyens et longs séjours médicalisés puis dans des établissements médico-sociaux du canton ou à domicile lorsque cela s'avère possible). Le support psychologique et l'aide médico-soignante des familles s'avèrent alors indispensables.
- L'ostéoporose demeure la principale cause de fractures chez les personnes âgées.
- Le nombre de patients avec maladies chroniques (par ex. cancer, diabète, maladies respiratoires) qui sont encore jeunes et qui requièrent des soins continus est aussi en augmentation.

Les HUG ont une renommée internationale dans le domaine de l'enseignement pour les maladies chroniques ainsi que pour la prévention et le traitement de l'ostéoporose. Pour ces deux domaines, les HUG sont des centres collaborateurs de l'OMS. En outre, l'expérience et la compétence des équipes des HUG dans le champ de la psychiatrie, de la gériatrie et de la réhabilitation depuis le début des années septante constituent un savoir-faire clinique dont la réputation a largement dépassé nos frontières. Cet investissement dans le secteur hospitalier de moyen et long séjour est un atout considérable.

- Les HUG disposent :
- de ressources et de compétences importantes dans le domaine des soins de réhabilitation, de moyens et de longs séjours
  - d'une infrastructure préexistante (bâtiments et lits) qui permet de conjuguer prise en charge de proximité et spécialisée.
- Les HUG s'appuient sur :
- la constitution d'un département de réhabilitation et gériatrie qui intègre l'ensemble des structures de réhabilitation
  - des compétences spécifiques dans le domaine de la réhabilitation et de la gériatrie
  - un dispositif spécifique pour la prise en soins des pathologies psychiatriques de l'agré en milieu somatique sur tous les sites hospitaliers du canton
  - des interventions ciblées sur le soutien aux familles des patients déments et la réhabilitation psychiatrique dans le cadre du programme de soins *Démence et Alzheimer*
  - le programme de soins *Prévention et traitement de l'ostéoporose*.

### Les développements prévus

- Favoriser le développement de l'évaluation gériatrique pour les malades âgés hospitalisés.
- Développer les programmes d'éducation thérapeutique pour les patients souffrant de maladie chronique et pour leur entourage.
- Développer la recherche clinique en mettant en place un suivi au long cours des personnes âgées vivant à domicile.
- Augmenter la collaboration avec les programmes de recherche fondamentale de la Faculté de médecine dont celui intitulé *Biologie des maladies chroniques*.

### Le résultat attendu

- Une diminution de la durée moyenne de séjour en moyen et long séjour.

## Médecine humanitaire

### De nombreuses situations de détresse

- Les besoins de soins pour les populations des pays en voie de développement, en conflit ou lors de catastrophes sont importants.
- Il en va de même pour les besoins de formation et d'équipement pour les hôpitaux des pays en voie de développement.
- Il est nécessaire de contribuer au respect des conventions de Genève de 1949 pour les personnes privées de liberté dans les pays en guerre.

L'histoire de Genève et de ses institutions motive la contribution active des HUG dans le domaine de la médecine humanitaire.

Pour développer la médecine humanitaire, les HUG bénéficient de la proximité de nombreuses organisations internationales et humanitaires. Ils peuvent aussi s'appuyer sur une large expérience en matière d'aide humanitaire comme, par exemple, les projets de coopération au développement à travers de nombreux pays et leur habilité à visiter les lieux de détention en tant qu'experts pour le comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT).



### Les développements prévus

- Développer des collaborations avec l'OMS.
- Poursuivre des projets de coopération avec le Comité international de la Croix-Rouge (CICR), le Corps suisse d'aide en cas de catastrophe, Terre des hommes (TDH), Médecins sans frontières (MSF), etc.

### Les résultats attendus

- Une augmentation des missions humanitaires.
- Une augmentation de la contribution financière aux projets.
- Une augmentation des publications de recherche dans ce domaine.

## Neurosciences cliniques

### Neurosciences cognitives

- Dans le domaine des neurosciences, les recherches conduites à Genève portent essentiellement sur les neurosciences cognitives. Elles vont des études développées par la Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, qui s'inscrivent dans la ligne des travaux de Jean Piaget, à l'analyse de l'activité électrique des cellules nerveuses ou du cerveau conduite par la Faculté de médecine.

### Une prise en charge organisée par filière démontre une plus grande efficacité pour certaines pathologies

- Les accidents vasculaires cérébraux constituent la 3<sup>ème</sup> cause de mortalité et de morbidité (après les pathologies cardiaques et tumorales).
- A Genève, chaque année, ce sont quelque 700 personnes qui sont victimes d'un accident vasculaire cérébral.
- De nouveaux traitements et formes de prise en charge permettent d'améliorer le pronostic des patients. Ceci a été démontré pour les accidents vasculaires cérébraux et nécessite la mise en place d'une filière de soins et la réorganisation des structures de prise en charge.

### Nécessaire concentration des procédures interventionnelles

- Le nombre d'anévrismes cérébraux opérés chaque année en Suisse romande s'élève à près de 120 cas. Il est important de regrouper la prise en charge opératoire de ces patients dans un seul centre de référence.
- Les techniques de chirurgie interventionnelle permettent d'améliorer le pronostic des patients victimes d'une rupture d'anévrisme. La mise à disposition d'un plateau technique et le maintien des compétences nécessaires requièrent aussi un regroupement des patients.

Pour répondre aux besoins de soins des patients dans le domaine des neurosciences cliniques, les HUG ont des compétences reconnues en :

- neurochirurgie vasculaire
- neuropsychologie
- neuroéducation
- neuroradiologie diagnostique et interventionnelle.

Les HUG peuvent aussi s'appuyer sur :

- la disponibilité d'un plateau d'imagerie de haut niveau (cyclotron et IRM 3 Tesla) dans le cadre du projet *Sciences, vie et société* (collaboration avec les Universités de Genève, de Lausanne, le CHUV et l'EPFL)
- le programme de soins *Accident vasculaire cérébral*.

### Les développements prévus

- Dans une perspective de complémentarité avec les Hospices-CHUV, les HUG vont continuer à développer leurs compétences dans le domaine de la neurochirurgie vasculaire et de la neuro-radiologie interventionnelle et seront de ce fait le centre de référence pour la Suisse romande.
- Pour améliorer la prise en charge des patients victimes d'un accident vasculaire cérébral, les HUG continueront à promouvoir les actions du programme de soins *Accident vasculaire cérébral*.

### Les résultats attendus

- La création d'un réseau romand de neuro-chirurgie au sein duquel les HUG assurent la neurochirurgie vasculaire et la neuroradiologie interventionnelle.
- La création d'un centre neurovasculaire spécialisé.



## Transplantations, thérapie cellulaire et génétique

### Nécessaire coordination des transplantations

- La Confédération a pour projet de rendre une coordination intercantonale ou fédérale obligatoire dans divers domaines dont la médecine hautement spécialisée et en particulier dans le domaine des transplantations d'organes, de tissus et de cellules.
- Le Réseau romand de transplantation est créé en 2004.

### Perspectives de la thérapie cellulaire

- Les perspectives liées à la thérapie cellulaire sont importantes : traitement des insuffisances cardiaques, par réimplantation de cellules cardiaques contractiles, de certains cancers (sang, foie...), des maladies dégénératives du système nerveux central (Alzheimer, Parkinson...), etc.

### Génétique

- La majorité des affections est la conséquence d'une corrélation, à des degrés divers, entre les facteurs environnementaux et les facteurs héréditaires. Les gènes exercent une influence sur l'évolution de la maladie et l'efficacité du traitement. Le champ d'application de la génétique à la médecine est important avec notamment :
  - le diagnostic prénatal
  - le diagnostic prédictif de maladies héréditaires ou de cancers avant l'apparition des symptômes
  - la confirmation ou l'exclusion de diagnostics cliniques après l'apparition des symptômes
  - la pharmacogénétique avec l'utilisation de médicaments sur mesure ou de posologies individualisées en fonction des caractères héréditaires du patient.

Les HUG coopèrent activement avec les quatre autres hôpitaux universitaires et jouent un rôle important dans la mise en place du Réseau multisite de transplantation plus particulièrement au sein de la Romandie. Les HUG ont une réputation internationale pour les transplantations des foyers de Langerhans et sont le seul centre suisse à pratiquer la transplantation hépatique pédiatrique.

- Les HUG sont le seul centre de Suisse romande à pratiquer :
  - les transplantations hépatiques chez l'adulte
  - les transplantations d'intestin grêle chez l'adulte et l'enfant
  - les allogreffes des cellules souches hématopoïétiques
- les transplantations de pancréas et des foyers de Langerhans par allotransplantation
- les transplantations de cellules souches hématopoïétiques.

Les HUG s'appuient notamment sur le projet transversal *Thérapies cellulaires* pour lequel la mise à disposition d'une « pharmacie cellulaire » conforme au GMP (*good manufacturing practices*) est prévue.

Les HUG sont un centre de référence dans le domaine de la génétique prédictive. Ils sont notamment le seul centre suisse à pratiquer le dépistage génétique pour le cancer du sein (BRCA). Le service de génétique médicale a une renommée mondiale pour sa contribution à la recherche en génétique médicale (par exemple caractérisation du génome dont le chromosome 21).

### Les développements prévus

- Les HUG conforteront leur expertise dans le domaine des transplantations hépatiques adultes et pédiatriques au niveau national et international.
- Ils continueront à soutenir les actions du service de génétique reconnu sur le plan international en encourageant des programmes départementaux sur le plan de la génétique médicale.
- Dans le domaine des thérapies cellulaires, les HUG mettront en œuvre le projet transversal *Thérapies cellulaires*.

### Les résultats attendus

- Une augmentation des programmes interdépartementaux de génétique médicale.
- La création d'un laboratoire de thérapie cellulaire.

## Imagerie et sciences de l'information

### Maitrise de l'information clinique

- L'amélioration de la qualité des soins et de l'efficacité de leur production passe par une meilleure maîtrise de l'information clinique :
  - la capacité de fournir la bonne information au bon moment sert à soutenir positivement les décisions prises par les médecins et les soignants
  - la diminution des erreurs médicales et la meilleure utilisation des ressources contribuent à la qualité de la prise en charge des patients et au contrôle des coûts de la santé
  - les informations concernant les processus de soins permettent d'améliorer le pilotage de l'institution et du système sanitaire
  - des études scientifiques démontrent les bénéfices qu'apporte la tenue de dossiers patients informatisés.

### Enjeux actuels de la maîtrise de l'information

- Intégrer les différentes données médicales dans une logique centrée sur le patient, afin d'obtenir une vue cohérente de son parcours de soins, dans l'hôpital ainsi que dans la perspective d'un réseau de soins.
- Garantir la protection de la sphère privée du patient par des mesures appropriées de sécurité et de traçabilité.
- Fournir de l'aide à la décision basée sur des bases de connaissances validées et mises à jour.

Dans le cadre du projet *Sciences, vie et société* (Universités, EPFL, CHUV et HUG), les HUG tiennent un rôle-clé par la mise à disposition de compétences reconnues dans le domaine de la radiologie clinique, en particulier pour ce qui concerne la résonance magnétique et la neuroradiologie. Par ailleurs, les HUG ont une longue expérience pour réunir et intégrer les compétences des métiers de l'imagerie (médecins cliniciens, physiciens et informaticiens) nécessaires à la recherche et à son application clinique.

Les HUG peuvent s'appuyer sur :

- une tradition pionnière et reconnue au niveau mondial dans l'informatique centrée sur le patient depuis plus de trente ans
- des compétences établies dans les domaines de l'informatique clinique, de l'imagerie numérique et de la télémédecine
- une conception informatique fortement liée aux métiers médico-soignants
- l'unique chaire universitaire d'informatique médicale en Suisse, fortement intégrée dans les réseaux de recherche et d'enseignement nationaux et internationaux.

### Les développements prévus

- Les HUG vont continuer à développer leur système d'information clinique dans la logique définie par STRATISSE et réaliser un système d'information cohérent, permettant le suivi longitudinal du patient et favorisant l'amélioration de la qualité et l'efficacité des processus de soins.
- Les HUG proposent dans le cadre du projet e-tolle la mise sur pied d'un programme expérimental de transmission sécurisée d'informations cliniques aux médecins traitants et autres professionnels de santé et ceci avec l'accord du patient (principe du double volontariat).

### Les résultats attendus

- Une diminution des admissions inappropriées liées aux effets médicamenteux indésirables.
- Une diminution des examens redondants.



# Appui à la stratégie et gouvernance

## Des équipes engagées

### Maitrise de l'information clinique

- Les hôpitaux sont confrontés à un problème de pénurie dans certaines disciplines et à une concurrence croissante dans le recrutement de professionnels médico-soignants tant en Suisse qu'au niveau européen.
- Les conditions de travail sont rendues difficiles notamment par l'augmentation de la violence dans les situations de soins aux urgences et en psychiatrie en particulier. Un climat de travail caractérisé par la tension et l'insécurité peut nuire à la santé des collaborateurs. De ce fait, une priorité doit être accordée à la santé et à la sécurité au travail ainsi qu'à la prévention et à la lutte contre les situations de violence.
- La taille et la dispersion géographique des HUG ne favorisent pas la création du sentiment d'appartenance institutionnelle. Il importe d'en tenir compte dans la gestion du changement et dans son accompagnement par le partage d'une philosophie managériale commune.

### Les mesures suivantes seront favorisées :

- ▶ Définir un projet quadriennal de développement des ressources humaines visant à concilier les exigences du travail en milieu hospitalo-universitaire, les attentes des collaborateurs et les ressources à disposition
- ▶ La mise sur pied d'actions de formation et de perfectionnement pour l'ensemble des collaborateurs comme support à la mise en œuvre du plan stratégique 2006-2010

- ▶ Lors d'engagement, la préférence sera donnée, à compétences égales, à la candidate ou au candidat du sexe sous-représenté dans la fonction concernée
- ▶ En tant qu'hôpital accrédité promoteur de santé, les HUG soutiendront les actions permettant de promouvoir la santé des collaborateurs (par exemple stress, violence)
- ▶ Développer ou consolider les modalités de gouvernance (niveau opérationnel) et les outils permettant de mettre en œuvre les pratiques managériales propres aux HUG
- ▶ Poursuivre le processus de consultation des organisations du personnel
- ▶ Mettre en place les méthodes participatives qui favorisent l'interdisciplinarité, la gestion transversale des projets et la consultation des organisations du personnel.



### Les résultats attendus

- Une enquête de satisfaction du personnel.
- Une diminution du taux d'absentéisme.
- Une augmentation des projets transversaux et interdisciplinaires.

## Qualité et sécurité

- La qualité et la sécurité ne sont pas des préoccupations nouvelles dans les HUG ; elles sont au cœur de l'identité professionnelle des soignants (médecins, infirmiers, etc.).
- Depuis les années 1990, des actions, réalisations et projets ont régulièrement vu le jour qui visaient tous à maintenir et/ou améliorer la qualité des prestations.
- Fin 2003, une nouvelle impulsion était donnée à la gestion de la qualité et de la sécurité dans les HUG avec l'adoption d'une politique et d'un modèle de gestion par la qualité (EFQM).
- Le modèle EFQM :
  - met l'accent sur des principes de gestion (ou principes d'excellence) plutôt que sur des solutions « clés en main »
  - prône l'auto-évaluation de la qualité par les organisations elles-mêmes, liée à la recherche continue d'améliorations.
- Une commission qualité et sécurité chargée de soutenir le comité de direction dans la mise en œuvre de cette politique a été mise en place.
- En mai 2004, un pas supplémentaire était franchi avec l'adoption d'une directive institutionnelle s'appliquant à la gestion des incidents et des faits graves. Cette directive implique la mise en place, d'une part, de commissions départementales qualité et sécurité ; d'autre part, de groupes de recueil et d'analyse des incidents dans les services.

### Les mesures suivantes seront favorisées :

- ▲ Le déploiement progressif du modèle de la Fondation européenne pour le management de la qualité (EFQM) dans les HUG
- ▲ Le développement de standards pour la gestion des incidents, laquelle constitue une application concrète des principes de gestion de la qualité
- ▲ La poursuite de la prévention des infections nosocomiales (programme VigiGerme®).



### Les résultats attendus

- Une amélioration du relevé des faits graves et des incidents.
- Une diminution du nombre de plaintes.
- Une diminution du nombre de patients infectés par les MRSA (*Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus*).
- Une augmentation de la satisfaction des patients (mesurée notamment avec le questionnaire Picker) pour ce qui a trait à :
  - l'information concernant le(s) traitement(s) dispensé(s) au patient
  - la coordination du traitement et l'organisation de la sortie.

## Gestion et efficience du dispositif

- La première exigence en matière de développement durable est de combattre toutes les formes de gaspillage et de dépenses inutiles. Secondement, les investissements doivent apporter des valeurs ajoutées respectueuses de l'environnement et des aspirations humaines.
- La recherche d'efficience est une source de financement des transformations et des évolutions technologiques de la médecine. Elle soutient les réallocations de ressources.
- Le contexte économique oblige l'hôpital universitaire à faire des choix et à recentrer son activité sur le cœur de son métier.
- L'information médico-économique est l'un des outils majeurs du pilotage institutionnel.
- Le dispositif médico-technique des HUG doit être optimisé tant sur le plan de l'accès que des coûts.

### Les mesures suivantes seront favorisées :

- ▶ S'impliquer dans la définition des mesures du financement hospitalier (tarification à l'activité)
- ▶ Améliorer la qualité des informations médico-économiques et de la facturation dans le champ ambulatoire
- ▶ Généraliser l'évaluation médicale et économique des activités/ produits/ projets et le contrôle des résultats
- ▶ Associer les allocations budgétaires à l'activité réelle et supprimer les allocations dites « historiques »
- ▶ Développer des incitatifs de gestion décentralisée permettant l'innovation, la solidarité et l'anticipation par le biais d'une attribution sur les résultats au sein d'une période quadriennale
- ▶ Améliorer la performance de gestion de l'unité d'hospitalisation des patients privés.
- ▶ Augmenter les temps de mise à disposition des équipements et infrastructures (blocs opératoires notamment).

### Les résultats attendus

- Une marge de rentabilité du secteur privé de 5 à 10 %.
- La révision du concept de décentralisation de gestion et des processus-clés.
- Une charte de fonctionnement commune à tous les blocs opératoires.
- Un budget interne construit par département sur la base de l'activité (coût par cas et par épisode de soins, mission d'intérêt général).
- Un autofinancement de 80% de l'activité ambulatoire.
- Un système de benchmarking entre les hôpitaux universitaires de Suisse.



# Indicateurs

## Lits / journées d'hospitalisation / durée moyenne de séjour / consultations ambulatoires

Années	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<b>Lits en service</b>	2'488	2'362	2'357	2'279	2'208	2'187	2'197	2'187	2'203	2'197	2202
<b>Journées d'hospitalisation</b>	790'848	777'637	767'806	754'522	746'394	736'388	754'551	767'558	780'444	787'683	785'134
<b>Taux d'occupation des lits</b>	0.87	0.90	0.89	0.91	0.93	0.92	0.94	0.96	0.97	0.98	0.97
<b>Consultations ambulatoires</b>											
a) visites	465'442	454'904	460'315	528'563	556'270	549'147	574'760	616'795 <sup>(1)</sup>	640'304	628'146	621'329
b) semi-hospitalisation et urgences réparties			67'331	39'667	14'505	87'163	89'651	115'673 <sup>(1)</sup>	112'472	118'954	140'105
<b>Durée moyenne de séjour</b>											
a) hôpital cantonal	11.0	10.7	10.6	10.2	9.5	9.1	8.6	8.2	8.3	8.2	7.0
b) gériatrie	47.0	47.0	47.0	46.0	44.0	45.0	38.0	38.0	41.0	41.0	47.0*
c) Loëx	520.0	349.0	271.0	229.0	222.0	189.0	206.0	189.0	171.0	175.0	190.0*
d) psychiatrie adulte	21.0	17.0	17.0	17.0	22.0	22.0	21.0	17.0	21.0	20.0	25.0*
e) psychiatrie gériatrique	203.0	202.0	156.0	136.0	110.0	91.0	72.0	47.0	69.0	74.0	85.0*

\* Dès 2004, les durées moyennes de séjour des services concernés sont calculées sans tenir compte des transferts internes (transferts interservices) ce qui augmente la durée moyenne de séjour.

**Naissances**

Années	2000	2001	2002	2003	2004
Nombre de naissances	3'469	3'454	3'544	3'513	3'660

**Urgences**

Années	2000	2001	2002	2003	2004
Urgences adultes	52'491	55'769	58'436	60'731	58'754
Urgences pédiatriques	23'298	24'193	24'643	26'309	25'133

**Chirurgie**

Années	2000	2001	2002	2003	2004
Opérations chirurgicales	22'159	22'023	22'071	23'141	23'687

**Transplantations**

Années	2000	2001	2002	2003	2004
Patients transplantés	84	85	71	94	70
Organes transplantés	89	92	85	109	79

**Prestations médico-techniques**

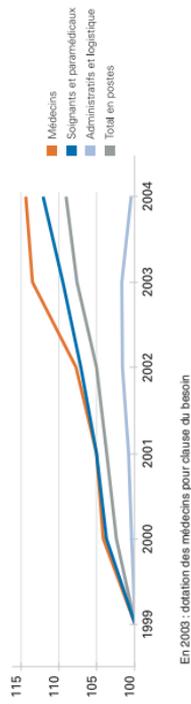
Années	2000	2001	2002	2003	2004
Analyses de laboratoire	2'619'238	2'891'069	2'769'497	2'931'429	2'899'658
Examens de radiodiagnostic	148'324	152'018	154'030	156'952	159'713

**Logistique**

Années	2000	2001	2002	2003	2004
Consommation en eau (m³)	750'600	704'960	721'181	735'244	685'640
Consommation en électricité (mios de KWH)	45	46	46	48	48
Nombre de repas servis par jour	7'520	7'687	7'814	7'817	7'702



## Evolution des postes consommés par catégorie de personnel



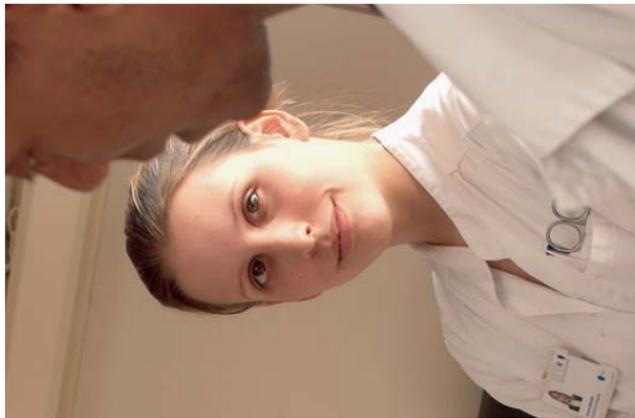
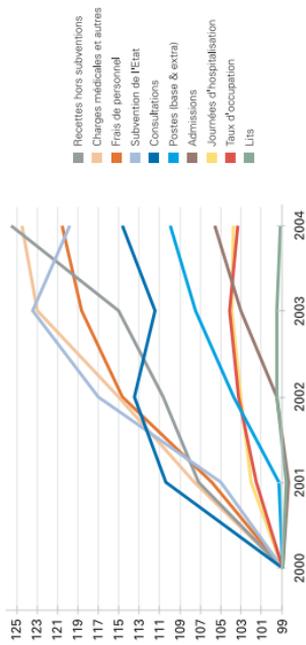
## Evolution annuelle de la consommation moyenne des postes des dotations de base et extraordinaire

Années	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2004 vs 1999
Médecins	1'086,93	1'124,62	1'142,00	1'168,52	1'233,73	1'240,79	+ 14,2%
Soignants et paramédicaux	4'366,45	4'506,96	4'589,05	4'658,48	4'772,88	4'881,12	+ 11,8%
Administratifs et logistique	2'083,85	2'090,06	2'100,20	2'112,16	2'114,94	2'093,99	+ 0,5%
Total en postes	7'537,23	7'721,64	7'831,25	7'939,16	8'121,55	8'215,90	+ 9,0%

### Indicateurs PRN (disponibilité et utilisation des ressources en soins infirmiers en fonction des soins individualisés requis)

Années	2000	2001	2002	2003	2004
Taux d'utilisation par 24h (en %)	92.2	92.1	90.8	93.2	91.5
Taux d'adéquation par 24h (en %)	83.0	85.9	86.2	83.4	87.0

### Croisement « Activités et Ressources »





# De la stratégie à la mise en œuvre

Le plan stratégique 2006-2010 est un projet important qui repose sur des choix concertés. Les HUG veulent résolument continuer à s'engager pour assurer leur mission de soins, d'enseignement et de recherche dans une dynamique de projets qui s'appuie sur les compétences de leurs collaboratrices et collaborateurs.

La mise en œuvre du plan stratégique sera concrétisée par un plan d'actions qui détaillera les différentes mesures énoncées dans le présent document en précisant les objectifs, indicateurs, critères d'évaluation et étapes de mise en œuvre. Elle sera financée dans le cadre du budget voté par le Grand Conseil de la République et canton de Genève et par le Conseil d'administration des HUG. De plus, un mandat de prestations sera confié par le Conseil d'Etat aux HUG.



Le plan stratégique 2006-2010 a été adopté par le  
Conseil d'administration des HUG le 3 novembre 2005.

Direction générale  
Hôpitaux universitaires de Genève  
CH-1211 Genève 14  
Tél. 022 372 60 70

**Photos**  
Julien Gregorio

**Maquette  
et composition**  
Daniel Jaquet

**Parution**  
Janvier 2006

Ce document a été imprimé sur un papier sans chlore et sans  
bois respectueux de l'environnement

## Annexe 2

## LISTE DES PRESTATIONS RECONNUES PAR L'OFS

## L' HOPITAL CANTONAL

Etablissement : Hôpital cantonal de Genève, Numéro : 60619118 (GE)

## Offre de prestations

1.1. Prestations médicales					
1.1.1		1.1.2	1.1.3	1.1.4	
Code de l'OFS	Discipline médicale / Centre de prestations	Prestation proposée par l'établissement	Prestation classée dans le centre de prestation	Reconnaissance pour la formation post graduée FMH	
		(Oui)	(M000 - T700)	(A, B, C, N)	
<b>M000</b>	<b>Disciplines médicales (en général)</b> 1.1.1.000	Oui			1.1.x.V001
<b>M050</b>	<b>Soins intensifs</b> 1.1.1.050				
	Soins intensifs (en général)	Oui	M050	A	1.1.x.V051
	Soins intensifs en médecine	Oui	M050		1.1.x.V052
	Soins intensifs en chirurgie	Oui	M050		1.1.x.V053
	Soins intensifs en pédiatrie	Oui	M050		1.1.x.V054
	Soins intensifs en néonatalogie	Oui	M050		1.1.x.V055
	Soins intensifs pour brûlés	Oui	M050		1.1.x.V056
<b>M100</b>	<b>Médecine interne</b> 1.1.1.100				
	Médecine interne (en général)	Oui	M100	A	1.1.x.V101
	Endocrinologie	Oui	M100		1.1.x.V102
	Gastroentérologie	Oui	M100	A	1.1.x.V103
	Cardiologie	Oui	M100	A	1.1.x.V104
	Pneumologie	Oui	M100	A	1.1.x.V105
	Néphrologie	Oui	M100	A	1.1.x.V106
	Rhumatologie	Oui	M100	A	1.1.x.V107
	Neurologie	Oui	M100	A	1.1.x.V108
	Onco-hématologie	Oui	M100	A	1.1.x.V109
	Soins palliatifs	Oui	M100		1.1.x.V110
	Médecine tropicale	Oui	M100	A	1.1.x.V111
	Angiologie	Oui	M100	A	1.1.x.V112
	Hématologie	Oui	M100	A	1.1.x.V113
	Polyclinique ambulatoire	Oui	M100		1.1.x.V114
<b>M200</b>	<b>Chirurgie</b> 1.1.1.20				
	Chirurgie (en général)	Oui	M200	A	1.1.x.V201
	Chirurgie viscérale	Oui	M200		1.1.x.V202
	Chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique	Oui	M200	A	1.1.x.V203
	Chirurgie orthopédique	Oui	M200	A	1.1.x.V204
	Chirurgie plastique et reconstructive	Oui	M200	A	1.1.x.V205
	Urologie	Oui	M200	A	1.1.x.V206
	Neurochirurgie	Oui	M200	A	1.1.x.V207
	Chirurgie de la main	Oui	M200	A	1.1.x.V208
	Chirurgie vasculaire	Oui	M200		1.1.x.V209
	Chirurgie maxillo-faciale	Oui	M200	A	1.1.x.V210
	Polyclinique ambulatoire	Oui	M200		1.1.x.V211
<b>M300</b>	<b>Gynécologie et obstétrique</b> 1.1.1.300				
	Gynécologie et obstétrique (en général)	Oui	M300	A	1.1.x.V301
	Polyclinique ambulatoire	Oui	M300		1.1.x.V302

<b>M400</b>	<b>Pédiatrie</b> 1.1.1.400				
	Pédiatrie (en général)	Oui	M400		1.1.x.V401
	Pédiatrie	Oui	M400	A	1.1.x.V402
	Néonatalogie	Oui	M400		1.1.x.V403
	Chirurgie pédiatrique	Oui	M400	A	1.1.x.V404
	Neuropédiatrie	Oui	M400	A	1.1.x.V405
	Psychiatrie, psychoth. enfants et adolescents	Oui	M400	A	1.1.x.V406
	Cardiologie en pédiatrie	Oui	M400	A	1.1.x.V407
	Néphrologie en pédiatrie	Oui	M400	A	1.1.x.V408
	Onco-hématologie en pédiatrie	Oui	M400	A	1.1.x.V409
	Pneumologie en pédiatrie	Oui	M400	B	1.1.x.V410
	Radiologie pédiatrique	Oui	M400		1.1.x.V411
	Policlinique ambulatoire	Oui	M400		1.1.x.V412
<b>M500</b>	<b>Psychiatrie et psychothérapie</b> 1.1.1.500				
	Psychiatrie et psychothérapie (en général)	Oui	M500		1.1.x.V501
	Psychiatrie générale et aiguë	Non			1.1.x.V502
	Psychiatrie de réadaptation	Non			1.1.x.V503
	Psychiatrie d'hébergement	Non			1.1.x.V504
	Gérontopsychiatrie	Non			1.1.x.V505
	Psychothérapie	Non			1.1.x.V506
	Thérapie de dépendance et de sevrage	Non			1.1.x.V507
	Psychiatrie judiciaire	Non			1.1.x.V508
	Clinique de jour	Non			1.1.x.V509
	Clinique de nuit	Non			1.1.x.V510
	Réadaptation en semi-hospitalisation	Non			1.1.x.V511
	Programme de jour allégé en semi-hospitalisation	Non			1.1.x.V512
	Policlinique ambulatoire	Non			1.1.x.V513
<b>M600</b>	<b>Ophthalmologie</b> 1.1.1.600				
	Ophthalmologie	Oui	M600	A	1.1.x.V601
	Policlinique ambulatoire	Oui	M600		1.1.x.V602
<b>M700</b>	<b>Oto-rhino-laryngologie</b> 1.1.1.700				
	ORL (en général)	Oui	M700	A	1.1.x.V701
	Chirurgie cervico-faciale	Oui	M700	A	1.1.x.V702
	Phoniatry	Oui	M700	A	1.1.x.V703
	Policlinique ambulatoire	Oui	M700		1.1.x.V704
<b>M800</b>	<b>Dermatologie et vénéréologie</b> 1.1.1.80				
	Dermatologie et vénéréologie	Oui	M800	A	1.1.x.V801
	Allergologie	Oui	M800	A	1.1.x.V802
	Immunologie clinique	Oui	M800	A	1.1.x.V803
	Policlinique ambulatoire	Oui	M800		1.1.x.V804
<b>M850</b>	<b>Radiologie médicale</b> 1.1.1.850				
	Radiologie médicale (en général)	Oui	M850		1.1.x.V851
	Radiodiagnostic	Oui	M850	A	1.1.x.V852
	Médecine nucléaire	Oui	M850	A	1.1.x.V853
	Radio-oncologie	Oui	M850	A	1.1.x.V854
	Neuroradiologie	Oui	M850	A	1.1.x.V855
	Policlinique ambulatoire	Oui	M850		1.1.x.V856
<b>M900</b>	<b>Gériatrie</b> 1.1.1.900				
	Gériatrie (en général)	Non			1.1.x.V901
	Gériatrie aiguë	Non			1.1.x.V902
	Soins pour malades chroniques	Non			1.1.x.V903
	Policlinique ambulatoire	Non			1.1.x.V904

<b>M950 Médecine physique et réadaptation 1.1.1.950</b>					
	Médecine physique et réadaptation (en général)	Oui	M950		1.1.x.V951
	Spécialité en rhumatologie	Oui	M950		1.1.x.V952
	Neuroréadaptation	Oui	M950		1.1.x.V953
	Policlinique ambulatoire	Oui	M950		1.1.x.V954
<b>M990 Autres domaines d'activités 1.1.1.990</b>					
	Anesthésiologie	Oui	M990	A	1.1.x.V991
	Cytopathologie clinique	Oui	M990	A	1.1.x.V992
	Médecine du travail	Non			1.1.x.V993
	Médecine légale	Non			1.1.x.V994
	Pathologie	Oui	M990	A	1.1.x.V995
	Pharmacologie clinique	Oui	M990	A	1.1.x.V996
	Prévention en santé publique	Oui	M990	A	1.1.x.V997
	Autre :	1.1.5.V998	Non		1.1.x.V998
	Autre :	1.1.5.V999	Non		1.1.x.V999

<b>1.2. Prestations médico-techniques et thérapeutiques</b>					
1.2.1		1.2.2	1.2.3	1.2.4	
Code de l'OFS	Description des prestations médicales	Prestation proposée par l'établissement	Prestation classée dans le centre de prestation	Prestation fournie par des tiers	
		(Oui)	(T100 - E100)	(Oui)	
<b>T100 Infrastructure à usage spécifique 1.2.1.100</b>					
	Salles d'urgences (admission)	Oui	T100	Non	1.2.x.V101
	Salles d'opérations	Oui	T100	Non	1.2.x.V102
	Nombre de salles d'opérations 1.2.5	35	1.2.5.V102		
	Lithotripteur (fixe)	Oui	T100	Oui	1.2.x.V103
	Salles de réveil	Oui	T100	Non	1.2.x.V104
	Salles d'accouchements	Oui	T100	Non	1.2.x.V105
	Salles d'autopsies	Oui	T100	Non	1.2.x.V106
	Stérilisation	Oui	T100	Non	1.2.x.V107
	Centre de transfusion sanguine	Oui	T100	Non	1.2.x.V108
	Echographie	Oui	T100	Non	1.2.x.V109
	Autre :	1.2.5.V110	Non	Non	1.2.x.V110
<b>T200 Radiologie et médecine nucléaire 1.2.1.200</b>					
	Tomographie computerisée	Oui	T200	Non	1.2.x.V201
	IRM	Oui	T200	Non	1.2.x.V202
	PET (Positron-Emission-Tomographe)	Oui	T200	Non	1.2.x.V203
	Laboratoire d'isotopes	Oui	T200	Non	1.2.x.V204
	Autre :	1.2.5.V205	Non	Non	1.2.x.V205
<b>T300 Radiothérapie 1.2.1.300</b>					
	Thérapie superficielle	Oui	T300	Non	1.2.x.V301
	Thérapie conventionnelle	Oui	T300	Non	1.2.x.V302
	Thérapie à haute énergie	Oui	T300	Non	1.2.x.V303
<b>T400 Services de diagnostic 1.2.1.400</b>					
	Laboratoire de chimie	Oui	T400	Non	1.2.x.V401
	Laboratoire d'hématologie	Oui	T400	Non	1.2.x.V402
	Laboratoire de microbiologie	Oui	T400	Non	1.2.x.V403
	Laboratoire d'immunologie	Oui	T400	Non	1.2.x.V404
	Laboratoire de sérologie	Oui	T400	Non	1.2.x.V405
	Laboratoire de pathologie	Oui	T400	Non	1.2.x.V406
	EEG, EMG	Oui	T400	Non	1.2.x.V407
	Autre :	1.2.5.V408	Non	Non	1.2.x.V408

<b>T500</b>	<b>Autres services thérapeutiques</b> 1.2.1.500				
	Hémodialyse	Oui	T500	Non	1.2.x.V501
	Dialyse à domicile	Oui	T500	Non	1.2.x.V502
	Physiothérapie	Oui	T500	Non	1.2.x.V503
	Ergothérapie	Oui	T500	Non	1.2.x.V504
	Hydrothérapie	Oui	T500	Non	1.2.x.V505
	Logopédie	Oui	T500	Non	1.2.x.V506
	Orthoptique	Oui	T500	Non	1.2.x.V507
	Diététique	Oui	T500	Non	1.2.x.V508
	Psychothérapie	Oui	T500	Non	1.2.x.V509
	Rééducation uro-vaginale	Oui	T500	Non	1.2.x.V510
	Autre :	1.2.5.V511	Non	Non	1.2.x.V511
<b>T600</b>	<b>Conseils et services sociaux</b> 1.2.1.600				
	Conseils	Oui	T600	Non	1.2.x.V601
	Services sociaux	Oui	T600	Non	1.2.x.V602
	Aumônerie	Oui	T600	Non	1.2.x.V604
	Autre :	1.2.5.V604	Non	Non	1.2.x.V604
<b>T700</b>	<b>Service des soins corporels</b> 1.2.1.700 (coiffure, soins esthétiques, etc.)		Non	Non	1.2.x.V701

1.3.	<b>Service d'infrastructure et exploitations annexes</b>				
1.3.1		1.3.2	1.3.3	1.3.4	
Code de l'OFS	Description des prestations d'infrastructure et des prestations annexes	Prestation proposée par l'établissement	Prestation classée dans le centre de prestation	Prestation fournie par des tiers	
		(Oui)	(T100 - E200)	(Oui)	
<b>I100</b>	<b>Administration</b> 1.3.1.100				
	Administration (en général)	Oui	I100	Non	1.3.x.V101
	Service informatique	Oui	I100	Non	1.3.x.V102
<b>I200</b>	<b>Pharmacie (en général)</b> 1.3.1.200				
		Oui	I200	Non	1.3.x.V201
<b>I300</b>	<b>Cuisine</b> 1.3.1.300				
	Cuisine (en général)	Oui	I300	Non	1.3.x.V301
	Restaurant	Oui	I300	Non	1.3.x.V302
<b>I400</b>	<b>Service de maison</b> 1.3.1.300				
	Service de maison (en général)	Oui	I400	Non	1.3.4.V401
	Buanderie	Oui	I400	Non	1.3.4.V402
	Service de nettoyage	Oui	I400	Non	1.3.4.V403
	Service de transport	Oui	I400	Non	1.3.4.V404
	Economat	Oui	I400	Non	1.3.4.V405
	Autre :	1.3.5.V406	Non	Non	1.3.4.V406
<b>I500</b>	<b>Service technique et de maintenance (en général)</b> 1.3.1.500				
		Oui	I500	Non	1.3.x.V501

**PSYCHIATRIE****Etablissement : HUG, Numéro : 64973285 (GE)****Offre de prestations**

1.1. Prestations médicales					
1.1.1	1.1.2	1.1.3	1.1.4		
Code de l'OFS	Discipline médicale / Centre de prestations	Prestation proposée par l'établissement	Prestation classée dans le centre de prestation	Reconnaissance pour la formation post graduée FMH	
<b>M500</b>	<b>Psychiatrie et psychothérapie</b> 1.1.1.500				
	Psychiatrie et psychothérapie (en général)	Oui	M500	A	1.1.x.V501
	Psychiatrie générale et aiguë	Oui	M500		1.1.x.V502
	Psychiatrie de réadaptation	Oui	M500		1.1.x.V503
	Psychiatrie d'hébergement	Oui	M500		1.1.x.V504
	Gérontopsychiatrie	Oui	M500		1.1.x.V505
	Psychothérapie	Oui	M500		1.1.x.V506
	Thérapie de dépendance et de sevrage	Oui	M500		1.1.x.V507
	Psychiatrie judiciaire	Non			1.1.x.V508
	Clinique de jour	Oui	M500		1.1.x.V509
	Clinique de nuit	Oui	M500		1.1.x.V510
	Réadaptation en semi-hospitalisation	Non			1.1.x.V511
	Programme de jour allégé en semi-hospitalisation	Non			1.1.x.V512
	Polyclinique ambulatoire	Oui	M500		1.1.x.V513

1.2. Prestations médico-techniques et thérapeutiques					
1.2.1	1.2.2	1.2.3	1.2.4		
Code de l'OFS	Discipline médicale / Centre de prestations	Prestation proposée par l'établissement	Prestation classée dans le centre de prestation	Prestations fournies par des tiers	
<b>T400</b>	<b>Services de diagnostic</b> 1.2.1.400				
	EEG, EMG	Oui	T400	Non	1.2.x.V407
<b>T500</b>	<b>Autres services thérapeutiques</b> 1.2.1.500				
	Hémodialyse	Non		Non	1.2.x.V501
	Dialyse à domicile	Non		Non	1.2.x.V502
	Physiothérapie	Oui	T500	Non	1.2.x.V503
	Ergothérapie	Oui	T500	Non	1.2.x.V504
	Hydrothérapie	Non		Non	1.2.x.V505
	Logopédie	Oui	T500	Non	1.2.x.V506
	Orthoptique	Non		Non	1.2.x.V507
	Diététique	Oui	T500	Non	1.2.x.V508
	Psychothérapie	Oui	T500	Non	1.2.x.V509
	Rééducation uro-vaginale	Non		Non	1.2.x.V510
	Autre : <b>Cabinet dentaire</b>	1.2.5.V511 Oui	T500	Non	1.2.x.V511

- 68 -

<b>T600</b>	<b>Conseils et services sociaux</b> 1.2.1.600				
	Conseils	Non		Non	1.2.x.V601
	Services sociaux	Oui	<b>T600</b>	Non	1.2.x.V602
	Aumônerie	Non		Non	1.2.x.V604
	Autre :		1.2.5.V604	Non	1.2.x.V604
<b>T700</b>	<b>Service des soins corporels</b> 1.2.1.700 (coiffure, soins esthétiques, etc.)				
		Non		Non	1.2.x.V701

1.3.	<b>Service d'infrastructure et exploitations annexes</b>				
1.3.1		1.3.2	1.3.3	1.3.4	
Code de l'OFS	Description des prestations d'infrastructure et des prestations annexes	Prestation proposée par l'établissement	Prestation classée dans le centre de prestation	Prestation fournie par des tiers	
		(Oui)	(T100 - E200)	(Oui)	
<b>I100</b>	<b>Administration</b> 1.3.1.100				
	Administration (en général)	Oui	<b>I100</b>	Non	1.3.x.V101
	Service informatique	Oui	<b>I100</b>	Non	1.3.x.V102
<b>I200</b>	<b>Pharmacie (en général)</b> 1.3.1.200				
		Non		Non	1.3.x.V201
<b>I300</b>	<b>Cuisine</b> 1.3.1.300				
	Cuisine (en général)	Oui	<b>I300</b>	Non	1.3.x.V301
	Restaurant	Oui	<b>I300</b>	Non	1.3.x.V302
<b>I400</b>	<b>Service de maison</b> 1.3.1.300				
	Service de maison (en général)	Oui	<b>I400</b>	Non	1.3.4.V401
	Buanderie	Oui	<b>I400</b>	Non	1.3.4.V402
	Service de nettoyage	Oui	<b>I400</b>	Non	1.3.4.V403
	Service de transport	Oui	<b>I400</b>	Non	1.3.4.V404
	Economat	Oui	<b>I400</b>	Non	1.3.4.V405
	Autre :		1.3.5.V406	Non	1.3.4.V406
<b>I500</b>	<b>Service technique et de maintenance (en général)</b> 1.3.1.500				
		Oui	<b>I500</b>	Non	1.3.x.V501

**GERIATRIE**  
**Etablissement : HUG, Numéro : 64114276 (GE)**

**Offre de prestations**

1.1.	<b>Prestations médicales</b>				
1.1.1		1.1.2	1.1.3	1.1.4	
Code de l'OFS	Discipline médicale / Centre de prestations	Prestation proposée par l'établissement	Prestation classée dans le centre de prestation	Reconnaissance pour la formation post graduée FMH	
		(Oui)	(M000 - T700)	(A, B, C, N)	
<b>M000</b>	<b>Disciplines médicales (en général)</b> 1.1.1.000	Oui			1.1.x.V001
<b>M100</b>	<b>Médecine interne</b> 1.1.1.100				
	Médecine interne (en général)	Oui	<b>M100</b>	<b>A</b>	1.1.x.V101
<b>M500</b>	<b>Psychiatrie et psychothérapie</b> 1.1.1.500				
	Psychiatrie et psychothérapie (en général)	Oui	<b>M500</b>		1.1.x.V501
<b>M850</b>	<b>Radiologie médicale</b> 1.1.1.850				
	Radiodiagnostic	Oui	<b>M850</b>		1.1.x.V852
<b>M900</b>	<b>Gériatrie</b> 1.1.1.900				
	Gériatrie (en général)	Oui	<b>M900</b>		1.1.x.V901
	Gériatrie aiguë	Oui	<b>M900</b>		1.1.x.V902
	Soins pour malades chroniques	Oui	<b>M900</b>		1.1.x.V903
	Policlinique ambulatoire	Oui	<b>M900</b>		1.1.x.V904
<b>M950</b>	<b>Médecine physique et réadaptation</b> 1.1.1.950				
	Médecine physique et réadaptation (en général)	Non			1.1.x.V951
	Spécialité en rhumatologie	Non			1.1.x.V952
	Neuroréadaptation	Non			1.1.x.V953
	Policlinique ambulatoire	Non			1.1.x.V954
<b>M990</b>	<b>Autres domaines d'activités</b> 1.1.1.990				
	Anesthésiologie	Non			1.1.x.V991
	Cytopathologie clinique	Non			1.1.x.V992
	Médecine du travail	Non			1.1.x.V993
	Médecine légale	Non			1.1.x.V994
	Pathologie	Oui	<b>M990</b>		1.1.x.V995
	Pharmacologie clinique	Oui	<b>M990</b>		1.1.x.V996
	Prévention en santé publique	Non			1.1.x.V997
	Autre :		1.1.5.V998	Non	1.1.x.V998
	Autre :		1.1.5.V999	Non	1.1.x.V999

1.2. Prestations médico-techniques et thérapeutiques					
1.2.1		1.2.2	1.2.3	1.2.4	
Code de l'OFS	Description des prestations médicales	Prestation proposée par l'établissement	Prestation classée dans le centre de prestation	Prestation fournie par des tiers	
		(Oui)	(T100 - E100)	(Oui)	
<b>T100</b>	<b>Infrastructure à usage spécifique 1.2.1.100</b>				
	Salles d'urgences (admission)	Non		Non	1.2.x.V101
	Salles d'opérations	Non		Non	1.2.x.V102
	Nombre de salles d'opérations 1.2.5		1.2.5.V102		
	Lithotripteur (fixe)	Non		Non	1.2.x.V103
	Salles de réveil	Non		Non	1.2.x.V104
	Salles d'accouchements	Non		Non	1.2.x.V105
	Salles d'autopsies	Oui	T100	Non	1.2.x.V106
	Stérilisation	Oui	T100	Non	1.2.x.V107
	Centre de transfusion sanguine	Non		Non	1.2.x.V108
	Echographie	Non		Non	1.2.x.V109
	Autre : <input type="text"/>	1.2.5.V110	Non	Non	1.2.x.V110
<b>T400</b>	<b>Services de diagnostic 1.2.1.400</b>				
	Laboratoire de chimie	Oui	T400	Non	1.2.x.V401
	Laboratoire d'hématologie	Oui	T400	Non	1.2.x.V402
	Laboratoire de microbiologie	Non		Non	1.2.x.V403
	Laboratoire d'immunologie	Non		Non	1.2.x.V404
	Laboratoire de sérologie	Non		Non	1.2.x.V405
	Laboratoire de pathologie	Non		Non	1.2.x.V406
	EEG, EMG	Non		Non	1.2.x.V407
	Autre : <input type="text"/>	Radiologie, autres ex 1.2.5.V408	Oui	T400	Non
<b>T500</b>	<b>Autres services thérapeutiques 1.2.1.500</b>				
	Hémodialyse	Oui	T500	Non	1.2.x.V501
	Dialyse à domicile	Non		Non	1.2.x.V502
	Physiothérapie	Oui	T500	Non	1.2.x.V503
	Ergothérapie	Oui	T500	Non	1.2.x.V504
	Hydrothérapie	Non		Non	1.2.x.V505
	Logopédie	Non		Non	1.2.x.V506
	Orthoptique	Non		Non	1.2.x.V507
	Diététique	Oui	T500	Non	1.2.x.V508
	Psychothérapie	Oui	T500	Non	1.2.x.V509
	Rééducation uro-vaginale	Non		Non	1.2.x.V510
	Autre : <input type="text"/>	Cabinet dentaire 1.2.5.V511	Oui	T500	Non
<b>T600</b>	<b>Conseils et services sociaux 1.2.1.600</b>				
	Conseils	Non		Non	1.2.x.V601
	Services sociaux	Oui	T600	Non	1.2.x.V602
	Aumônerie	Non		Non	1.2.x.V604
	Autre : <input type="text"/>	1.2.5.V604	Non	Non	1.2.x.V604
<b>T700</b>	<b>Service des soins corporels 1.2.1.700 (coiffure, soins esthétiques, etc.)</b>				
		Non		Non	1.2.x.V701

1.3.	<b>Service d'infrastructure et exploitations annexes</b>				
1100	<b>Administration</b> 1.3.1.100				
	Administration (en général)		Oui	1100	Non 1.3.x.V101
	Service informatique		Oui	1100	Non 1.3.x.V102
1200	<b>Pharmacie (en général)</b> 1.3.1.200		Oui	1200	Non 1.3.x.V201
1300	<b>Cuisine</b> 1.3.1.300				
	Cuisine (en général)		Oui	1300	Non 1.3.x.V301
	Restaurant		Oui	1300	Non 1.3.x.V302
1400	<b>Service de maison</b> 1.3.1.300				
	Service de maison (en général)		Oui	1400	Non 1.3.4.V401
	Buanderie		Oui	1400	Non 1.3.4.V402
	Service de nettoyage		Oui	1400	Non 1.3.4.V403
	Service de transport		Oui	1400	Non 1.3.4.V404
	Economat		Oui	1400	Non 1.3.4.V405
	Autre :	1.3.5.V406	Non		Non 1.3.4.V406
1500	<b>Service technique et de maintenance (en général)</b> 1.3.1.500		Oui	1500	Non 1.3.x.V501

**LOEX**  
**Etablissement : HUG, Numéro : 60622943 (GE)**

**Offre de prestations**

1.1. Prestations médicales					
1.1.1		1.1.2	1.1.3	1.1.4	
Code de l'OFS	Discipline médicale / Centre de prestations	Prestation proposée par l'établissement	Prestation classée dans le centre de prestation	Reconnaissance pour la formation post graduée FMH	
		(Oui)	(M000 - T700)	(A, B, C, N)	
<b>M900</b>	<b>Gériatrie</b> 1.1.1.900				
	Gériatrie (en général)	Non			1.1.x.V901
	Gériatrie aiguë	Non			1.1.x.V902
	Soins pour malades chroniques	Oui	M900		1.1.x.V903
	Policlinique ambulatoire	Non			1.1.x.V904
<b>M950</b>	<b>Médecine physique et réadaptation</b> 1.1.1.950				
	Médecine physique et réadaptation (en général)	Oui	M950		1.1.x.V951
	Spécialité en rhumatologie	Non			1.1.x.V952
	Neuroréadaptation	Non			1.1.x.V953
	Policlinique ambulatoire	Non			1.1.x.V954
1.2. Prestations médico-techniques et thérapeutiques					
1.2.1		1.2.2	1.2.3	1.2.4	
Code de l'OFS	Description des prestations médicales	Prestation proposée par l'établissement	Prestation classée dans le centre de prestation	Prestation fournie par des tiers	
		(Oui)	(T100 - E100)	(Oui)	
<b>T500</b>	<b>Autres services thérapeutiques</b> 1.2.1.500				
	Hémodialyse	Non		Non	1.2.x.V501
	Dialyse à domicile	Non		Non	1.2.x.V502
	Physiothérapie	Oui	T500	Non	1.2.x.V503
	Ergothérapie	Oui	T500	Non	1.2.x.V504
	Hydrothérapie	Non		Non	1.2.x.V505
	Logopédie	Oui	T500	Non	1.2.x.V506
	Orthoptique	Non		Non	1.2.x.V507
	Diététique	Non		Non	1.2.x.V508
	Psychothérapie	Non		Non	1.2.x.V509
	Rééducation uro-vaginale	Non		Non	1.2.x.V510
	Autre : <b>Cabinet dentaire</b>	1.2.5.V511 Oui	T500	Non	1.2.x.V511
<b>T600</b>	<b>Conseils et services sociaux</b> 1.2.1.600				
	Conseils	Non		Non	1.2.x.V601
	Services sociaux	Oui	T600	Non	1.2.x.V602
	Aumônerie	Non		Non	1.2.x.V604
	Autre : <b>Animation</b>	1.2.5.V604 Oui	T600	Non	1.2.x.V604
<b>T700</b>	<b>Service des soins corporels</b> 1.2.1.700 (coiffure, soins esthétiques, etc.)				
		Oui	T700	Non	1.2.x.V701

## Annexe 3

## LISTE DES MISSIONS D'INTERET GENERAL (NON LAMAL) CONFIEES AUX HUG

CATEGORIE	SERVICE /ACTIVITE	CHARGES	PRODUITS (hors indemnité)	INDEMNITE
Urgences / Sécurité	Centrale 144	1'757'000		1'757'000
	Base hélicoptère	1'960'300	1'267'300	693'000
	Gestion Base hélicoptère	103'200	0	103'200
	Délégué à la sécurité, implication des HUG dans des événements cantonaux	150'000		150'000
Prévention et actions de santé publique	Centre d'information familiale et de régulation des naissances CIFERN	1'112'700	23'500	1'089'200
	Epidémiologie populationnelle (partie bus santé)	1'676'800	0	1'676'800
	IVG adolescentes	30'000		30'000
	Consultation interdisciplinaires de médecine et de prévention de la violence (CIMPV)	1'086'400	137'300	949'100

CATEGORIE	SERVICE /ACTIVITE	CHARGES	PRODUITS (hors indemnité)	INDEMNITE
Patients précarisés	<b>Département de médecine communautaire et de premier recours</b>			
	- Centre santé migrants (CSM) - Visites sanitaires de frontière – soins aux requérants d'asile dans les différents foyers de la ville et consultations	2445'800	752'000	1'693'800
	<b>Service social Polimed</b>			
	- Aide sociale et financière aux patients sans papiers et précarisés	235'000		235'000
	- Frais d'interprètes	74'300		74'300
	<b>UMSCO</b>			
	- Consultations médicales, infirmières et sociales pour des patients SDF, précarisés, sans titre de séjour et non assurés	840'800	8'600	832'200
	<b>Centre d'accueil et d'urgences (CAU)</b>			
	- Prestations de soins aux patients sans assurance, Grands précarisés (GP), Sans-papiers (SP), Non Entrés en matière ( NEM))	150'000		150'000
	- Service social - Activité de l'infirmière de santé publique	150'000		150'000
	<b>Département des neurosciences cliniques</b>			
	- Prise en charge des patients précarisés	664'500		664'500
<b>Département de chirurgie</b>				
- Prise en charge des patients précarisés	717'200		717'200	
<b>Département de médecine interne</b>				
- Prise en charge des patients précarisés	459'700		459'700	
<b>Département de l'enfant et de l'adolescent</b>				
- Prestations à caractère social	442'000		442'000	
- Consultation Santé Migrants	145'000	25'000	120'000	

CATEGORIE	SERVICE /ACTIVITE	CHARGES	PRODUITS (hors indemnité)	INDEMNITE
Patients précarisés	Département de psychiatrie - Prise en charge des patients précarisés	2'174'000		2'174'000
	Département de gynécologie et d'obstétrique - - - Prise en charge des patients précarisés	671'000		671'000
	Département d'anesthésiologie, pharmacologie et soins intensifs - Prise en charge des patients précarisés	124'600		124'600
Médecine légale	Unité de médecine forensique	1'410'700	344'400	1'066'300
	Unité de biologie moléculaire forensique	1'152'700	1'872'800	-720'100
	Unité de toxicologie	1'221'900	611'300	610'600
	Expertises psychiatriques	113'500	210'500	-97'000
	Unité de médecine et psychologie du trafic	982'300	246'000	736'300
Médecine pénitentiaire	Unité médicale Champ Dollon	3'692'400	19'400	3'673'000
	Unité carcérale hospitalière (H.C.)	1'665'100	1'243'100	422'000
	Unité carcérale psychiatrique (B.I.)	1'964'000	617'400	1'346'600
	La Clairière	589'700	0	589'700
	Unité d'enseignement de médecine générale	200'000	0	200'000
	Centre de psychothérapie	1'311'900	573'900	738'000
	Maison d'arrêt la Brennaz	389'435		389'435
Psychiatrie	Activités d'intérêt général (orientation, supervision, soutien au réseau, ...) dans le dispositif ambulatoire	10'637'000	0	10'637'000
	Placement judiciaire (art. 59 & 64)	1'667'000	1'333'000	334'000
	Centres de jour, jardin d'enfants thérapeutique	2'559'000	1'475'000	1'084'000

- 76 -

CATEGORIE	SERVICE /ACTIVITE	CHARGES	PRODUITS (hors indemnité)	INDEMNITE
Services communs de direction	- Formation continue FSASD (accord de collaboration HUG-FSASD) FCCASS dès 2007 + - FEGEMS	456'000	129'300	326'700
	Indemnités d'apprentissage des assistants/es en soins et santé communautaire (ASSC) et étudiants en formation dans les soins	145'000	0	145'000
	Coordination des différentes aumôneries	368'000	0	368'000
	Secteur A.I. (SG) Patients, foyer des Bains et foyer des Pâquis	180'000	0	180'000
<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>52'761'435</b>	<b>12'739'600</b>	<b>40'021'835</b>

## Annexe 4

- 77 -

TABLEAU DES INDICATEURS ET OBJECTIFS

Domaine 1: Prestations de soins				
Domaine	Liste des indicateurs	Type	Cible 2011	Valeur de base 2006
1.1. Hospitalisation de soins aigus somatiques	1. Nombre d'entrées / séjours / par Diagnostic Related Groups (DRG)	Prospectif		45'963 entrées
	2. Nombre de journées	Prospectif		330'045
	3. Durée moyenne de séjour (DMS) par DRG * / Diminution journées d'hospitalisation inappropriées	<b>Prospectif avec cible à atteindre</b>	Valeur équivalente à la moyenne des 4 autres CHU de Suisse	* Indicateur à constituer en 2008
1.2. Hospitalisation de soins aigus psychiatriques	4. Nombre d'entrées	Prospectif		4'370
	5. Nombre de journées	Prospectif		125'690
1.3. Hospitalisation de réadaptation générale	6. Durée moyenne de séjour (DMS)	<b>Prospectif avec cible à atteindre</b>	Diminution de 5%	28.76
	7. Nombre d'entrées	Prospectif		7'497
	8. Nombre de journées	Prospectif		298'534
1.4. Interventions chirurgicales	9. Durée moyenne de séjour (DMS)	<b>Prospectif avec cible à atteindre</b>	Diminution de 5%	39.82
	10. Nombre d'interventions chirurgicales	Prospectif		18'066
1.5. Lits par catégorie de soins	11. Nombre de lits par catégorie de soins	<b>Prospectif avec cible à atteindre</b>	Diminution de 275 lits de soins aigus d'ici à 2010	2'167
	12. Taux d'occupation des lits	Prospectif		95%
2. Ambulatoire	13. Nombre de visites ambulatoires	Prospectif		760'782
	14. Activité en points par nomenclature tarifaire	Prospectif		* Indicateur à constituer en 2008
	15. Nombre d'interventions en chirurgie ambulatoire	<b>Prospectif avec cible à atteindre</b>	Augmentation de 10%	5'132

<b>Domaine 2: Formation et recherche clinique</b>			
<b>Liste des indicateurs</b>	<b>Type</b>	<b>Cible 2011</b>	<b>Valeur de base 2006</b>
16. Nombre de brevets déposés *	Rétrospectif		* Indicateur à constituer en 2008
17. Nombre de brevets avec commercialisation *	Rétrospectif		* Indicateur à constituer en 2008
18. Nombre d'articles publiés dans des revues à politique éditoriale	Prospectif		* Indicateur à constituer en 2008

Domaine 3 : Qualité			
Liste des indicateurs	Type	Cible 2011	Valeur de base 2006
19. Liste d'attente et temps écoulé entre la demande et l'admission par groupe de patients : - aux urgences (CAU, hôpital des enfants, Maternité) - pour les interventions chirurgicales électives et urgentes de niveau 2 (orthopédie)*	Rétrospectif		* Indicateur à constituer en 2008
20. Proportion de réadmissions dans un délai de 3 mois pour une affection d'un même système (circulatoire, respiratoire, etc.) *	Rétrospectif		* Indicateur à constituer en 2008
21. Proportion de ré-opérations dans un délai de 30 jours pour une affection d'un même système *	Rétrospectif		* Indicateur à constituer en 2008
22. Attentes de placement (longs et courts séjours)*	Rétrospectif		* Indicateur à constituer en 2008
23. Délai entre la demande d'une prise en charge dans une structure du réseau de soins genevois et la sortie effective du patient des HUG *	Rétrospectif		* Indicateur à constituer en 2008
24. Taux de satisfaction patients (Rapport des plaintes et enquête Picker)	<b>Prospectif avec cible à atteindre</b>	95%	95%
25. Nombre d'infections nosocomiales *	Prospectif		* Indicateur à constituer en 2008

Domaine 4 : Gestion et finances			
Liste des indicateurs	Type	Cible 2011	Valeur de base 2006
26. Taux d'occupation des lits	<b>Prospectif avec cible à atteindre</b>	95 %	95%
27. Délai de facturation ambulatoire et hospitalière (durée entre la sortie du patient et l'émission de la facture finale) *	<b>Prospectif avec cible à atteindre</b>	45 jours	* Indicateur à constituer en 2008
28. Taux de couverture de l'activité ambulatoire	<b>Prospectif avec cible à atteindre</b>	80 %	67%
29. Coût du point de prestation 29.1 Coût du point labos * 29.2 Coût du point radios * 29.3 Coût du point blocs *	<b>Prospectif avec cible à atteindre</b>	Valeur équivalente à la moyenne des 4 autres CHU de Suisse (effets « coûts de la vie » neutralisés)	* Valeur et indicateurs à constituer en 2008
30. Indice de Case mix *	Prospectif		* Indicateur à constituer en 2008
31. Cost weight des cas somatiques aigus*	Prospectif		* Indicateur à constituer en 2008
32. Proportion de journées non travaillées (taux d'absentéisme hors maternité)	<b>Prospectif avec cible à atteindre</b>	6 %	constituer en 2008 6.4%

**Annexe 5****FICHE TYPE INDIVIDUELLE PAR INDICATEUR DE L'ANNEXE 4****1. Nombre d'entrées directes****1. Définition**

*Il s'agit du nombre d'admissions de patients hospitalisés dans les HUG. Les entrées directes par naissance sont aussi comptées comme telles.*

**2. Exemples**

*Pour un séjour débutant le 10 janvier, se terminant le 15 janvier dans le service 1 puis continuant le 15 janvier dans le service 2 pour se terminer le 20 janvier sera compté pour 1 entrée directe dans le service 1 et 0 entrée directe dans le service 2.*

**3. Intentions et limites**

*Répondre aux définitions de la statistique des établissements de santé.*

**4. Contraintes externes (OCSTAT, OFS)**

*Dans le cadre des statistiques administratives des hôpitaux de l'OFS, les HUG sont scindés en 4 établissements distincts (HC, psychiatrie, gériatrie et Loëx), un patient parcourant ces 4 établissements sera alors compté comme 4 cas distincts et par conséquent avec une entrée directe dans chacun des établissements.*

**5. Sources des informations**

*Saisies réalisées dans les unités de soins via DPA (Dossier Patient administratif).*

**6. Mode de calcul**

*Sur la base des mouvements (jours, heures, unités de soins et services médicaux) de chaque patient hospitalisé.*

**7. Granularité, consolidation, déclinaison**

*Le nombre d'entrées directes est disponible par cas, unités de soins, services médicaux et centres d'imputation et par périodes mensuelles.*

**8. Disponibilité**

*Le 8 de chaque mois pour le mois précédent.*

## 2. Nombre de journées d'hospitalisation

### 1. Définition

*Il s'agit du nombre de journées d'hospitalisation depuis la date d'entrée dans l'entité jusqu'à la date de sortie de l'entité. Les jours d'entrées sont toujours comptés ; par contre la journée de sortie n'est comptée que si le patient quitte les HUG.*

### 2. Exemple

*Un séjour commençant le 28 janvier et se terminant le 10 février est compté pour 4 jours en janvier et 10 jours en février pour un échantillonnage mensuel.*

### 3. Intentions et limites

*L'objectif de cet indicateur est de mesurer simplement la charge de travail induite par les cas hospitaliers. Toutefois, il est évident que cette mesure est très grossière car la charge de travail correspondante à une journée d'hospitalisation en soins intensifs n'a rien à voir avec celle d'une journée d'hospitalisation en long séjour. Cet indicateur est utilisé dans le calcul des durées de séjour ou des index de durée de séjour, et dans le calcul des taux d'occupation.*

### 4. Contraintes externes (OCSTAT, OFS)

*Dans le cadre des statistiques administratives des hôpitaux de l'OFS, les HUG sont scindés en 4 établissements distincts (HC, psychiatrie, gériatrie et Loëx), un patient parcourant ces 4 établissements sera alors compté comme 4 cas distincts et par conséquent avec une journée de sortie dans chacun des établissements.*

### 5. Mode de calcul

*Les mouvements (jours, heures, unités de soins et services médicaux) de chaque patient hospitalisé sont transmis à l'application HuGo chaque jour. Pour chaque mouvement patient, HuGo calcule le nombre de journées par différence des dates d'entrée et de sortie des entités et ajoute les journées de sorties des HUG. La somme des journées est ensuite effectuée pour chaque entité (service médical, unité de soins et centre d'imputation).*

### 6. Granularité, consolidation, déclinaison

*Le nombre de journées d'hospitalisation est disponible par cas, unités de soins, services médicaux et centres d'imputation par périodes mensuelles.*

### 7. Disponibilité

*Le 8 de chaque mois pour le mois précédent.*

### 3. Durée moyenne des séjours

#### 1. Définition

Il s'agit du nombre moyen de journées d'hospitalisation OFS depuis la date d'entrée jusqu'à la date de sortie de l'entité des patients sortis de l'entité dans la période statistique. Les jours d'entrée sont toujours comptés ; par contre la journée de sortie n'est comptée que si le patient quitte les HUG.

#### 2. Exemples

Si on prend un échantillon de 2 séjours

Séjour 1 : un séjour commençant le 28 janvier et se terminant le 10 février est compté pour 14 jours au total.

Séjour 2 : un séjour commençant le 01 février et se terminant le 20 février est compté pour 20 jours.

La durée moyenne de séjours OFS de cet échantillon est :  $(14+20)/2 = 17$  jours.

#### 3. Intentions et limites

L'objectif de cet indicateur est de mesurer simplement la charge de travail moyenne induite par les cas hospitaliers. Toutefois, il est évident que cette mesure est très grossière car la charge de travail correspondante à une journée d'hospitalisation en soins intensifs n'a rien à voir avec celle d'une journée d'hospitalisation en long séjour.

#### 4. Contraintes externes (OCSTAT, OFS)

Dans le cadre des statistiques administratives des hôpitaux de l'OFS, les HUG sont scindés en 4 établissements distincts (HC, psychiatrie, gériatrie et Loëx) ; un patient parcourant ces 4 établissements sera alors compté comme 4 cas distincts et par conséquent, avec une journée de sortie dans chacun des établissements.

#### 5. Sources des informations

Saisies réalisées dans les unités de soins via DPA.

#### 6. Mode de calcul

Les mouvements (jours, heures, unités de soins et services médicaux) de chaque patient hospitalisé sont transmis à l'application HuGo chaque jour. La somme des journées est ensuite affectée pour chaque entité (service médical, unité de soins et centre d'imputation), uniquement pour les patients sortis de l'entité et pour l'intégralité de leur séjour.

#### 7. Granularité, consolidation, déclinaison

Cet indicateur est disponible par unités de soins, services médicaux et centres d'imputation par périodes mensuelles.

#### 8. Disponibilité

Le 8 de chaque mois pour le mois précédent.

**11. Nombre moyen de lits planifiés -> 275 lits à 2010****1. Définition**

Il s'agit du nombre moyen de lits planifiés sur la période considérée.

Ce nombre de lits ne tient pas compte des fermetures temporaires. Cet indicateur est utilisé pour calculer le nombre moyen de lits en service en lui soustrayant le nombre de lits temporairement fermés.

Les lits sont classés en 5 catégories : lits généraux, intermédiaires, intensifs, privés et lits d'hospitalisation de jour. Le nombre moyen de lits planifiés correspond à la somme des 4 premières catégories. Par souci de cohérence avec les statistiques sanitaires cantonales et fédérales, les lits d'hospitalisation de jour ne sont pas totalisés dans le nombre moyen de lits planifiés.

**2. Exemples**

Si on prend une période de 30 jours

Unité 1 : 12 lits planifiés du 1<sup>er</sup> janvier au 15 janvier

Unité 1 : 18 lits planifiés du 16 janvier au 30 janvier

Le nombre moyen de lits planifiés pour cette unité sera de  $((12*15)+(18*15))/(15+15)$   
= 15 pour cette unité du 1 au 30 janvier.

**3. Intentions et limites**

L'objectif de cet indicateur est de mesurer le nombre de lits planifiés dans chacune des unités ou pour un ensemble d'unités. Toutefois, cette mesure est très grossière car elle ne prend pas en compte les fermetures temporaires de chacune des unités. Cet indicateur est utilisé au niveau de la planification cantonale.

**4. Contraintes externes (OCSTAT, OFS)**

Sans objet.

**5. Mode de calcul**

Pour chacune des unités ou services médicaux, HuGo calcule le nombre moyen de lits planifiés en sommant le nombre de lits planifiés pour chaque jour dans chacune des entités et en divisant cette somme par le nombre de jours de la période.

**6. Granularité, consolidation, déclinaison**

Le nombre moyen de lits planifiés est disponible par unités de soins et services médicaux par périodes mensuelles.

**7. Disponibilité**

Le 8 de chaque mois pour le mois précédent.

## 12. Taux d'occupation des lits

### 1. Définition

*Le taux d'occupation des lits résulte de la division des journées d'hospitalisation OFS des patients hospitalisés dans une entité, par le nombre de lits-jour de cette même entité dans une période statistique. Ce nombre de lits-jour tient compte des variations du nombre de lits (y compris les fermetures temporaires d'été et de week-end) dans la période statistique.*

### 2. Exemples

*Si on prend une période de 30 jours :*

*Unité 1 : 12 lits en service du 1<sup>er</sup> janvier au 15 janvier*

*Unité 1 : 18 lits en service du 16 janvier au 30 janvier*

*Unité 1 : 360 journées d'hospitalisation (y compris sorties transfert) du 1<sup>er</sup> janvier au 30 janvier*

*Le nombre de lits-jour pour cette unité sera de  $(12*15)+(18*15) = 450$  pour cette unité.*

*Le taux d'occupation des lits sera :  $360/450 = 0.80$  soit 80%*

*Pour obtenir le taux d'occupation des lits pour l'ensemble des HUG, il suffit de faire de même avec l'ensemble des unités présentes aux HUG.*

### 3. Intentions et limites

*L'objectif de cet indicateur est de mesurer l'utilisation des lits hospitaliers.*

*Remarque : Le taux d'occupation de certains services des HUG dépasse largement 100%. Cette situation est due essentiellement à deux causes :*

- d'une part, certains services ou types de patients ont des journées sans lits (nouveau-nés sains, CAU, UMCP, quartiers carcéraux) ;*
- d'autre part, certains services prennent en charge des patients hospitalisés dans une unité qui n'est pas directement rattachée au service en question (exemples : 5-AL et 5-BL, Neucli BDL et 9-FL).*

### 4. Contraintes externes (OCSTAT, OFS)

*Sans objet.*

### 5. Mode de calcul

*Le taux d'occupation des lits provient de la division des journées d'hospitalisation des patients hospitalisés et semi-hospitalisés, par le nombre de lits-jour d'une entité dans une période statistique.*

### 6. Granularité, consolidation, déclinaison

*Le taux d'occupation des lits est disponible par unités de soins, services médicaux et centres d'imputation par périodes mensuelles.*

### 7. Disponibilité

*Le 8 de chaque mois pour le mois précédent.*

**13. Nombre de visites ambulatoires****1. Définition**

*Il s'agit du nombre de fois où un patient a été pris en charge par une policlinique. Une visite peut donner lieu à un ou plusieurs actes médicaux distincts. Cet indicateur ne concerne que les cas ambulatoires.*

**2. Exemple**

*Sans objet.*

**3. Intentions et limites**

*Cet indicateur permet de mesurer l'activité ambulatoire des HUG.*

**4. Contraintes externes (OCSTAT, OFS)**

*Sans objet.*

**5. Sources des informations**

*Saisies réalisées via DPA par les réceptions de policliniques.*

**6. Mode de calcul**

*Il s'agit du nombre d'enregistrements de passages DPA sur des unités de soins ambulatoires ; à l'exception de la psychiatrie pour laquelle il s'agit du nombre de patients par unité de soins et par jour, sans prestation forfaitaire journalière, et avec au moins une prestation facturable.*

**7. Granularité, consolidation, déclinaison**

*Cet indicateur est disponible par unités de soins, services médicaux et centres d'imputation par périodes mensuelles.*

**8. Disponibilité**

*Le 8 de chaque mois pour le mois précédent.*

## 26. Taux d'occupation des lits OFS

### 1. Définition

Le taux d'occupation des lits résulte de la division des journées d'hospitalisation OFS des patients hospitalisés dans une entité, par le nombre de lits-jour de cette même entité dans une période statistique. Ce nombre de lits-jour tient compte des variations du nombre de lits (y compris les fermetures temporaires d'été et de week-end) dans la période statistique.

### 2. Exemple

Si on prend une période de 30 jours :

Unité 1 : 12 lits en service du 1<sup>er</sup> janvier au 15 janvier

Unité 1 : 18 lits en service du 16 janvier au 30 janvier

Unité 1 : 360 journées d'hospitalisation (y compris sorties transfert) du 1<sup>er</sup> janvier au 30 janvier

Le nombre de lits-jour pour cette unité sera de  $(12 \times 15) + (18 \times 15) = 450$  pour cette unité.

Le taux d'occupation des lits sera :  $360/450 = 0.80$  soit 80%

Pour obtenir le taux d'occupation des lits pour l'ensemble des HUG, il suffit de faire de même avec l'ensemble des unités présentes aux HUG.

### 3. Intentions et limites

L'objectif de cet indicateur est de mesurer l'utilisation des lits hospitaliers.

Remarque : Le taux d'occupation de certains services des HUG dépasse largement 100%. Cette situation est due essentiellement à deux causes :

- d'une part, certains services ou types de patients ont des journées sans lits (nouveau-nés sains, CAU, UMCP, quartiers carcéraux) ;
- d'autre part, certains services prennent en charge des patients hospitalisés dans une unité qui n'est pas directement rattachée au service en question (exemples : 5-AL et 5-BL, Neucli BDL et 9-FL).

### 4. Contraintes externes (OCSTAT, OFS)

Sans objet.

### 5. Sources des informations

Le formulaire de demande de création ou de modification du nombre de lits, signé de

- l'infirmier coordinateur
- du médecin chef de service
- du directeur des soins infirmier
- du directeur général

et les mouvements patients de DPA.

### 6. Mode de calcul

Le taux d'occupation des lits provient de la division des journées d'hospitalisation des patients hospitalisés et semi-hospitalisés, par le nombre de lits-jour d'une entité dans une période statistique.

### 7. Granularité, consolidation, déclinaison

Le taux d'occupation des lits est disponible par unités de soins, services médicaux et centres d'imputation par périodes mensuelles.

### 8. Disponibilité

Le 8 de chaque mois pour le mois précédent.

### 30. Indice de case mix

#### 1. Définition

*Il s'agit d'un ratio obtenu en divisant le cost weight d'un collectif de cas hospitalisés somatiques aigus dont l'APDRG est connu par le nombre de cas correspondant.*

#### 2. Exemple

*Pour un collectif de 1000 cas hospitaliers somatiques aigus et totalisant 1100 points cost weight, l'indice de case mix est de 1,1, c'est-à-dire que ce collectif est 10% plus complexe que la moyenne des cas hospitalisés somatiques aigus suisses.*

#### 3. Intentions et limites

*L'intention est de mesurer la complexité moyenne des cas hospitalisés somatiques aigus. Cet indicateur, très synthétique, ne rend pas compte de la disparité des cas.*

#### 4. Contraintes externes (OCSTAT, OFS)

*Dans le cadre des statistiques administratives et médicales des hôpitaux de l'OFS, cet indicateur n'existe pas.*

#### 5. Sources des informations

*Les données proviennent :*

- de la saisie réalisée par les unités de soins via DPA et des données de codage des diagnostics et des interventions traduits en APDRG (par le SERCIM) pour les données des HUG.*
- de la version 5.1 des cost weight définie par le groupe « APDRG Suisse » pour les bornes de durées de séjours.*

#### 6. Mode de calcul

*L'indice de case mix s'obtient en divisant le cost weight par le nombre de cas hospitalisés somatiques aigus correspondants.*

#### 7. Granularité, consolidation, déclinaison

*Cet indicateur est disponible par périodes mensuelles.*

#### 8. Disponibilité

*Le 8 de chaque mois pour le mois précédent.*

## 31. Cost weight des cas somatiques aigus

### 1. Définition

#### 1.1. Le groupe de pathologie DRG

DRG est l'abréviation de "Diagnosis Related Groups". Ce système permet de classer chaque patient somatique aigu d'un hôpital dans l'un des 500 à 700 groupes rattachés à un diagnostic. Un groupe défini comprend des patients présentant les mêmes caractéristiques cliniques et des frais de traitement attendus très semblables.

Le nombre de groupes de pathologie varie selon le modèle des DRG en vigueur. Le système appliqué en Suisse, appelé APDRG, compte par exemple 641 groupes.

#### 1.2. Classification d'un cas

La classification d'un cas se fonde sur différentes informations : diagnostic principal et diagnostics secondaires (selon ICD 10), interventions chirurgicales et diagnostiques (selon CHOP), âge, sexe, mode de sortie et poids à la naissance (pour les nouveau-nés). La classification, effectuée automatiquement à l'aide d'un programme électronique appelé le groupeur, opère selon des règles prédéfinies. On part du principe que tous les patients d'un groupe DRG déterminé présentent les mêmes caractéristiques cliniques et des frais de traitement équivalents.

#### 1.3. Pondération des coûts

Chaque groupe de pathologie a son propre poids appelé cost weight (CW). Le cost weight indique le poids des frais de traitement moyens des patients d'un groupe DRG par rapport à celui de l'ensemble des patients en traitement stationnaire aigu en Suisse. Il est, par exemple, de 3,067 pour le groupe APDRG 191 (shunt intra-abdominal et interventions sur le pancréas et le foie, avec cc [comorbidités et/ou complications]) et de 1,432 pour le groupe APDRG 554 (interventions sur hernie, avec cc majeure). En d'autres termes, on suppose que le traitement d'un patient du groupe 191 coûte en moyenne 2,14 fois plus que celui d'un patient du groupe 554 et 3,067 fois plus que le traitement d'un patient moyen en traitement stationnaire aigu en Suisse. De la même façon, on part du principe que les frais de traitement d'une intervention vasculaire extra crânienne (APDRG 5, CW 1,339) sont environ 2,6 fois supérieurs à ceux d'une stupeur et d'un coma traumatiques de moins d'une heure chez un patient âgé de moins de 18 ans (APDRG 763, CW 0,515).

#### 1.4. Cas extrêmes : outliers

En principe, le même cost weight s'applique à tous les patients d'un même groupe DRG. En dehors de ces cas normaux, il y a cependant des cas extrêmes (environ 5 % des cas) pour lesquels la durée d'hospitalisation est inférieure ou supérieure aux limites établies pour chaque groupe DRG. Lorsque la durée d'hospitalisation se situe en deçà ou en delà des bornes de durée inférieure ou supérieures, le cost weight est modifié pour chaque journée d'hospitalisation en moins ou en plus. Pour le groupe APDRG 165 (appendicectomie avec diagnostic principal compliqué, sans cc), la borne de durée d'hospitalisation inférieure est de 3 jours, la première borne supérieure est de 14 jours et la deuxième borne supérieure est de 25 jours. La durée moyenne retenue pour cette pathologie est de 6,1 jours et le cost weight de 0,745. Un patient hospitalisé pendant 17 jours est un outlier long. Avec les 3 jours d'hospitalisation supplémentaires, le cost weight augmente de 0,812 (0,271 par jour), pour s'établir à 1,557 points.

### 2. Intentions et limites

L'intention est de mesurer l'intensité des soins d'un groupe de cas somatiques aigus, en tenant compte de leurs pathologies, de leurs interventions et de leur durée de séjour. Le calcul de cet indicateur de mesure n'est possible que sur les séjours pour lesquels l'APDRG est connu.

Toutefois, comme indiqué au paragraphe « définition », le calcul des cost weight est basé sur une norme qui ne tient compte des cas particuliers (outliers) qu'au travers de la durée de séjour de ces cas.

Par ailleurs, le CW s'applique à sur l'intégralité d'un séjour somatique aigu. La répartition de ce CW sur les unités de soins hébergentes sur la base de la durée du séjour dans chaque unité et l'intensité relative des soins de cette unité introduit une incertitude.

### 3. Contraintes externes (OCSTAT, OFS)

Dans le cadre des statistiques administratives et médicales des hôpitaux de l'OFS, cet indicateur n'existe pas.

### 4. Sources des informations

Les données proviennent :

- de la saisie réalisée par les unités de soins via DPA et des données de codage des diagnostics et des interventions traduits en APDRG (par le SERCIM) pour les données des HUG.
- de la version 5.1 des cost weight définie par le groupe « APDRG Suisse » pour les bornes de durées de séjours.

### 5. Mode de calcul

Pour chaque cas somatique aigu du collectif on calcul le cost weight avec la formule suivante :

- Si le cas a une durée de séjour comprise entre les bornes LTP et HTP1 de l'APDRG

$$CW = CW \text{ inlier}$$

- Si le cas a une durée de séjour inférieure à LTP et ->

$$CW = CW \text{ inlier} / ALOS * LOS * 2$$

Ou :

*CW inlier* = cost weight de l'APDRG dans lequel l'hospitalisation est classée;

*ALOS* = durée moyenne de séjour de l'APDRG dans lequel l'hospitalisation est classée;

*LOS* = durée de l'hospitalisation concernée.

- Si le cas a une durée de séjour comprise entre les bornes HTP1 et HTP2 :

$$CW = CW \text{ inlier} + [CW \text{ inlier} / ALOS * (LOS - HTP1) * (2.43 - ((LOS - HTP1) / HTP1))]$$

- Si le cas a une durée de séjour supérieure à HTP2 :

$$CW = CW + [CW \text{ inlier} / ALOS * (HTP2 - HTP1) * (2.43 - ((HTP2 - HTP1) / HTP1))] + [CW \text{ inlier} / ALOS * (LOS - HTP2) * 0.7]$$

Ou :

*HTP1* et *HTP2* sont respectivement la première et la seconde borne haute de l'APDRG.

### 6. Granularité, consolidation, déclinaison

Cet indicateur est disponible par périodes mensuelles, cas, APDRG, MDC.

### 7. Disponibilité

Le 8 de chaque mois pour le mois précédent.

## Annexe 6

## PLANIFICATION FINANCIERE DU FONCTIONNEMENT DES HUG 2008 - 2011

(en millions de francs)

Gr.	Dénomination	Hôpitaux universitaires de Genève				
		Réalisé 2007	Budget 2008	Prévision 2009	Prévision 2010	Prévision 2011
	<b>Produits</b>					
60 à 63	Recettes médicales et de soins	617.3	612.9	624.7	639.8	653.3
64 à 68	Autres recettes hors indemnité Etat	37.2	35.3	35.3	35.3	35.3
	Sous-Total	654.5	648.2	660.0	675.1	688.6
695	Indemnité de fonctionnement de l'Etat	750.6	773.6	773.6	777.9	782.1
696	Autres subventions et dotations internes	3.8	2.7	0.0	0.0	0.0
	<b>Total des produits</b>	<b>1'408.9</b>	<b>1'424.5</b>	<b>1'433.6</b>	<b>1'453.0</b>	<b>1'470.7</b>
	<b>Charges</b>					
3	Frais de personnel	1'106.0	1'123.4	1'126.6	1'138.8	1'149.7
40	Charges médicales d'exploitation	146.3	141.5	145.7	150.1	154.6
41	Alimentation	16.0	17.1	17.3	17.4	17.6
42	Autres charges ménagères	11.9	12.6	12.7	12.9	13.0
43	Entretien - Réparation - Logiciels	23.8	23.7	23.9	24.2	24.4
44	Charges des investissements	28.2	41.9	42.9	44.0	45.1
45	Eau - Energie - Combustibles	15.1	15.9	16.1	16.2	16.4
46	Charges exceptionnelles	0.1	9.0	9.1	9.2	9.3
47	Frais d'administration	18.0	17.6	17.8	18.0	18.1
48	Evacuation des déchets	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4
49	Autres charges	18.5	20.4	20.6	20.8	21.0
4	<b>Total autres charges d'exploitation</b>	<b>279.3</b>	<b>301.1</b>	<b>307.6</b>	<b>314.2</b>	<b>321.0</b>
	<b>Total des charges</b>	<b>1'385.3</b>	<b>1'424.5</b>	<b>1'433.6</b>	<b>1'453.0</b>	<b>1'470.7</b>
	<b>RESULTAT DE FONCTIONNEMENT</b>	<b>23.6</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>
	Part de l'indemnité Etat par rapport au total des produits	53.3%	54.3%	54.0%	53.5%	53.2%

Contrat de prestations entre le DES et les HUG

## Planification financière du fonctionnement des HUG 2009-2012

### Hypothèses retenues

#### Au niveau général :

- situation ne prenant pas en compte le transfert des actifs
- pas d'inclusion d'une prise en charge des investissements par les assureurs
- équilibre budgétaire obtenu par des économies/revenues allant au-delà des hypothèses retenues (2.7 mios en 2009, 9.8 mios en 2010 et 10 mios en 2011))

#### Au niveau de l'activité :

- mission globalement identique (pas de nouveaux mandats)
- stabilité du nombre d'hospitalisations
- taux d'occupation des lits de 95 %
- stabilité du nombre de consultations ambulatoires et semi-hospitalisations
- stabilité du volume d'activités pour les autres prestations

#### Au niveau des recettes :

- stabilité au niveau 2008 de la valeur du point Tarmed (ambulatoire)
- augmentation de 2% des tarifs et des recettes d'hospitalisation en classe commune et en privé
- pour le reste, évolution des recettes en fonction des volumes d'activité et évolutions de tarifs envisageables
- indemnités monétaire de l'Etat correspond aux montants indiqués dans le contrat de prestation
- indemnités non monétaire de l'Etat correspond aux montants indiqués dans le contrat de prestation

#### Au niveau des charges :

- stabilisation des charges de personnel; conditions salariales stables, prise en compte d'une annuité par année et d'aucune indexation
- non prise en compte de l'introduction du 13ème salaire ou de réévaluations de groupes professionnels
- prise en compte d'une réduction de la masse salariale de 1,25% en 2009 (dernière année d'application du plan P1/P2)
- maintien des taux de charges sociales de 2008, en particulier non prise en compte d'une éventuelle hausse de la cotisation CEH
- augmentation de 3% par an des charges médicales d'exploitation afin de combler progressivement les besoins budgétaires et de tenir compte des évolutions de prix et d'utilisation de ces ressources
- évolution des autres charges d'exploitation de 1% par an, sauf pour l'investissement (2.5% par an) pour tenir compte des variations de consommation et de prix
- pas de prise en compte de l'introduction de technologies et thérapies foncièrement nouvelles

**Annexe 7**

**DIRECTIVE DU CONSEIL D'ETAT CONCERNANT LA PRESENTATION ET  
REVISION DES ETATS FINANCIERS DES ENTITES SUBVENTIONNEES ET DES  
AUTRES ENTITES PARA-ETATIQUES**

**PRESENTATION ET REVISION DES ETATS FINANCIERS DES ENTITES  
SUBVENTIONNEES ET DES AUTRES ENTITES PARA-ETATIQUES**

NOM DE L'ENTITE : SG DF	Fonction : Finances - Entités para-étatiques
Entrée en vigueur : 1 <sup>er</sup> janvier 2008	Version et date : V1 - 29 août 2007
Date d'approbation du CE et numéro Aigle: 29 août 2007 - No 11206-2007	

**1. Objectif(s)**

1. Harmoniser la présentation des états financiers des entités subventionnées et des autres entités para-étatiques en appliquant un référentiel comptable reconnu;
2. Harmoniser les exigences de l'Etat en matière de révision des états financiers, des entités subventionnées et des autres entités para-étatiques.
3. Veiller à ce que les normes légales, en particulier les articles 1, 11, 26 et 35 de la loi sur la gestion administrative et financière du 7 octobre 1993 (D 1 05); les articles 12 et 17 de la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005 (D 1 11) et l'article 17 de son règlement d'application (D 1 11.01) soient respectées uniformément.

**2. Champ d'application**

Les établissements cantonaux, les fondations cantonales de droit public, les institutions de droit privé dans lesquelles l'Etat possède une participation majoritaire au capital ou une représentation majoritaire au sein des organes supérieurs, ainsi que tout autre entité quelle que soit sa nature juridique, qui reçoit de l'Etat de Genève une subvention annuelle monétaire ou non monétaire.

**3. Documents de référence**

- La loi sur la gestion administrative et financière de l'Etat de Genève (LGAF)
- La loi sur les indemnités et les aides financières (LIAF)
- Le règlement d'application de la loi sur les indemnités et les aides financières (RLIAF)
- Loi sur le financement de la solidarité internationale
- Règlement d'application de la loi sur le financement de la solidarité internationale
- La loi sur la surveillance de la gestion administrative et financière et l'évaluation des politiques publiques (LSGAF)
- La loi fédérale sur l'agrément et la surveillance des réviseurs (LSR)
- Code Civil Suisse et Code des Obligations
- Directives d'application des normes IPSAS (DlCo-Ge)
- Swiss GAAP RPC

## II. Directive détaillée

### Partie I

#### Champ d'application

Les établissements cantonaux, les fondations cantonales de droit public, les institutions de droit privé dans lesquelles l'Etat possède une participation majoritaire au capital ou une représentation majoritaire au sein des organes supérieurs ainsi que tout autre entité quelle que soit sa nature juridique, qui reçoit de l'Etat de Genève une subvention (monétaire et/ou non monétaire) annuelle supérieure à CHF 200'000.-- appliquent la partie I de cette directive.

Les autres entités se réfèrent à la partie II de la présente directive.

#### Principes généraux

1. Les états financiers présentés au département compétent doivent être définitifs, révisés et signés par la direction opérationnelle de l'entité, ainsi que par le plus haut responsable décisionnel de l'entité (président-te du conseil de fondation, du conseil d'administration, de l'association).
2. Le département peut demander tout renseignement ou document en relation avec n'importe quel élément des états financiers, du rapport d'activité et du budget.

#### Présentation des états financiers et du budget

1. Par arrêté, le Conseil d'Etat édicte la liste des entités qui doivent obligatoirement présenter leurs états financiers conformément aux directives d'application des normes IPSAS (DiCo-Ge).
2. Les autres entités soumises à la partie I de cette directive présentent leurs états financiers conformément au Swiss GAAP RPC. Ces entités peuvent aussi librement choisir de présenter leurs états financiers conformément aux directives d'application des normes IPSAS (DiCo-Ge). Toutefois, cette décision doit être définitive et acceptée par le département de tutelle.
3. Dans les états financiers figure la comparaison avec le précédent exercice et avec les montants budgétisés de l'exercice, même si cela n'est pas expressément prévu dans le référentiel comptable. Les états financiers et le budget sont établis selon les mêmes conventions comptables.
4. Les positions comptables se trouvant à la fois à l'Etat et dans l'entité (comptes courants, dotations, subventions, etc.) doivent être identiques. D'éventuelles divergences doivent être explicitées dans l'annexe.
5. Les entités qui présentent leurs états financiers conformément aux Swiss GAAP RPC appliquent l'intégralité du référentiel Swiss GAAP RPC. La possibilité de n'appliquer que les RPC fondamentales en fonction des critères énoncés au point 2 de la Swiss GAAP RPC 1 n'est pas admise.
6. Les états financiers sont toujours établis sur la base de la délimitation périodique (comptabilité d'engagement ou d'exercice). La possibilité de présenter des états financiers selon le principe de caisse énoncé au point 3 de la Swiss GAAP RPC 21 n'est pas admise.
7. Tous les biens et services mis à disposition par l'Etat (locaux, moyens informatiques, moyen financiers, personnel, etc.) doivent être comptabilisés dans les charges de l'entité au coût indiqué par l'Etat. En contrepartie, l'entité inscrit en revenu une subvention non monétaire du même montant. En conséquence, le point 39 de la Swiss GAAP RPC 21 ne s'applique pas. Dans tous les cas, une explication est fournie en annexe.

**Révision des états financiers**

1. Les états financiers annuels des entités doivent faire l'objet d'une révision par un organe de contrôle externe, agréé en qualité d'expert-réviseur au sens de la loi fédérale sur l'agrément et la surveillance des réviseurs. Il effectue son mandat conformément aux prescriptions légales et réglementaires et aux normes d'audit suisses (NAS) établies par la Chambre fiduciaire. Le mandat annuel de l'organe de révision ne peut être renouvelé que 4 fois au maximum.
2. L'objectif de la révision des états financiers est de :
  - délivrer une opinion pour savoir si les états financiers comportent des anomalies significatives et s'ils sont établis conformément aux normes de présentation des comptes applicables.
  - contrôler le respect des articles 1 et 2 de la LSGAF qui imposent aux entités dépendantes de l'Etat de mettre en place un "*système de contrôle interne adapté à leur mission et à leur structure*".

Cela correspond au contrôle ordinaire de la société anonyme au sens du nouvel article 728a du CO<sup>1</sup>.
3. L'organe de révision doit contrôler le respect de toutes les autres normes, bases légales, réglementaires et statutaires auxquelles est soumise l'institution dans le cadre de la présentation de ses états financiers. A la demande du département, le contrôle peut être étendu à d'autres points spécifiques de l'activité de l'entité par un mandat complémentaire adressé par l'institution à son organe de contrôle.
4. En sus de son rapport, le réviseur consigne, dans une lettre de recommandation ("management letter") adressée à l'entité, ses observations sur la qualité et les lacunes du système de contrôle interne mis en place dans le cadre de la gestion comptable et financière et de l'élaboration des états financiers, y compris en lien avec les outils informatiques. La lettre de recommandation peut aussi porter sur d'autres aspects de la gestion de l'entité. Elle est transmise au département.

## **Partie II**

### **Champ d'application**

Les entités qui reçoivent de l'Etat de Genève une subvention annuelle égale ou inférieure à CHF 200'000.-- appliquent la partie II de cette directive.

### **Principes généraux**

1. Les états financiers présentés au département compétent doivent être définitifs et signés par la direction opérationnelle de l'entité, ainsi que par le plus haut responsable décisionnel de l'entité (président-te du conseil de fondation, du conseil d'administration, de l'association).
2. Le département peut demander tout renseignement ou document en relation avec n'importe quel élément des états financiers, du rapport d'activité et du budget.

### **Présentation des états financiers et du budget**

1. Les entités soumises à la partie II de cette directive présentent leurs états financiers conformément aux exigences de leur statut juridique en respectant au minimum les points figurant ci-dessous. Il leur est recommandé de s'inspirer des Swiss GAAP RPC.

Elles peuvent aussi choisir de présenter leurs états financiers en respectant complètement les directives d'application des normes IPSAS (DiCo-Ge) ou les Swiss GAAP RPC. Selon les circonstances, les départements de tutelle peuvent l'exiger. Dans ce cas, ces entités se réfèrent au chapitre *Présentation des états financiers et du budget* de la partie I de la directive.

2. Les états financiers comprennent obligatoirement un bilan, un compte d'exploitation et une annexe explicative. Ces états sont adaptés aux caractéristiques de l'institution. L'entité peut aussi, librement ou à la demande du département, présenter un tableau de variation des capitaux propres et un tableau de flux de trésorerie (ou tableau de financement).
3. Les états financiers sont toujours établis sur la base de la délimitation périodique (comptabilité d'engagement ou d'exercice). En vertu du principe de proportionnalité, le département peut exceptionnellement autoriser l'établissement des comptes selon le principe de caisse.
4. Dans les états financiers figurent la comparaison avec le précédent exercice et avec les montants budgétisés de l'exercice. Les états financiers et le budget sont établis selon les mêmes conventions comptables.
5. Les positions comptables se trouvant à la fois à l'Etat et dans l'entité (comptes courants, dotations, subventions, etc.) doivent être identiques. D'éventuelles divergences doivent être explicitées dans l'annexe.
6. Tous les biens et services mise à disposition par l'Etat (locaux, moyens informatiques, moyen financiers, personnel, etc.) doivent être comptabilisés dans les charges de l'entité au coût indiqué par l'Etat. En contrepartie, l'entité inscrit en revenu une subvention non monétaire du même montant. Dans tous les cas, une explication est fournie en annexe.

7. Le bilan doit au minimum présenter séparément les postes suivants :
- A. Actif circulant
    - Liquidités et titres
    - Débiteurs
    - Stock
    - Comptes de régularisation (transitoires)
  - B. Actif immobilisé
    - Immobilisations corporelles et incorporelles
    - Immobilisations financières
    - Actif immobilisé affecté
  - C. Capitaux étrangers à court terme
    - Dettes
    - Créanciers
    - Provisions
    - Comptes de régularisation (transitoires)
    - Fonds affectés
  - D. Capitaux étrangers à long terme
    - Dettes
    - Provisions
    - Fonds affectés
  - E. Fonds propres
    - Capital
    - Réserves provenant de bénéfices ou pertes cumulés
    - Résultat net de l'exercice
8. Le compte d'exploitation doit au minimum présenter séparément les postes suivants :
- A. Revenu
    - Subventions reçues par "subventionneur" (y compris subventions non monétaires)
    - Autres produits
  - B. Charges
    - Charges de personnel
    - Charges d'exploitation
    - Amortissements
9. L'annexe explicative indique notamment :
- les règles d'activation et d'amortissement (tenant compte de la durée de vie économique) que l'entité applique à ses biens;
  - la constitution, la dissolution et la variation des provisions (celles-ci ne pouvant servir qu'à couvrir des dépenses relatives à des événements passés)
  - la constitution, la dissolution et la variation des réserves (celles-ci sont constituées après la détermination du résultat et ne peuvent concerner que des événements futurs)
  - les indemnités complémentaires (prestations en nature, remboursement frais forfaitaires, etc.) versées au personnel
  - la destination et la variation des fonds affectés, celles-là doivent être conformes à la volonté exprimée du donateur (et ne relèvent donc pas d'une décision de l'institution);
  - la liste exhaustive des sources de subventionnement, (Confédération, cantons, communes, autres financements publics; privés) avec un détail si des montants sont issus de plusieurs départements ou de plusieurs communes.

10. Les prêts au personnel sont interdits. Dans le cas d'avances sur salaire, celles-ci doivent apparaître clairement en tant que telles et être régies par une convention interne.
11. Les règles en lien avec l'utilisation d'un éventuel bénéfice (thésaurisation) sont précisées dans une directive spécifique de l'Etat de Genève. Il en va de même pour d'autres sujets spécifiques par l'intermédiaire de directives et de guides explicatifs de l'Etat de Genève ou du département.
12. Un inventaire des stocks sera tenu à jour et contrôlé annuellement.
13. Les états financiers et/ou le budget sont rendus en même temps que les autres documents (rapport d'activité, tableau de bord, statuts de l'entité, etc.) exigés par la LIAF, le contrat de prestations ou la décision d'octroi.

### **Révision des états financiers**

1. Les états financiers annuels des entités doivent faire l'objet d'une révision par un organe de contrôle externe. Il effectue son mandat conformément aux prescriptions légales et réglementaires et aux normes d'audit suisses (NAS) établie par la Chambre fiduciaire. Le mandat annuel de l'organe de révision ne peut être renouvelé que 4 fois au maximum.
2. L'objectif de la révision est de vérifier s'il existe des faits dont il résulte que les états financiers ne sont pas conformes aux dispositions légales et aux statuts. La révision correspond donc au contrôle restreint au sens du nouvel article 729a du CO<sup>2</sup>. Le contrôle de l'existence d'un système de contrôle interne au sens de la LSGAF n'est pas obligatoire, mais peut être exigé par le département, en demandant la mise en œuvre d'un contrôle ordinaire, ainsi que la vérification de points particuliers par un mandat complémentaire adressé par l'institution à son organe de contrôle.
3. En application du principe de proportionnalité et en accord avec le département, les entités qui reçoivent une subvention inférieure à CHF 50'000.-- peuvent recourir à des vérificateurs de comptes non professionnels.

---

<sup>2</sup> Cet article fait partie du nouveau droit de la révision qui devrait entrer en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008.

**Annexe 8****DIRECTIVE DU CONSEIL D'ETAT EN MATIERE DE SUBVENTIONS NON MONETAIRES**

Page 1/4


 REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE  
 Conseil d'Etat
**DIRECTIVE TRANSVERSALE**

DIRECTIVE EN MATIERE DU SUBVENTION NON MONETAIRE	
NOM DE L'ENTITE : AFE	Fonction transversale : Finances/indemnité et aide financière
Entrée en vigueur : 1 <sup>er</sup> janvier 2008	Version et date : 21 février 2007
Date d'approbation du CE et numéro Agle:	
Responsable de la directive : Marianne Frischknecht	

1. Objectif(s)
1. Etablissement de règles communes 2. Respect de la législation en vigueur
2. Champ d'application
Ensemble des directions et services des départements et de la chancellerie
3. Personnes de référence
Directeur général de l'AFE
4. Documents de référence
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La loi sur la gestion administrative et financière de l'Etat de Genève (LGAF)</li> <li>• La loi sur les indemnités et les aides financières (LIAF)</li> </ul>

**II. Directive détaillée****Objectifs**

Les dispositions de la présente directive ont pour objectifs de :

- Etablir des règles communes en matière de comptabilisation et de budgétisation des subventions non monétaires, dans le but de coordonner les pratiques de l'Etat et de résoudre la problématique des subventions tacites (subventions non prises en compte dans le budget);
- Veiller à ce que les normes légales, en particulier les articles 11 et 30 de la loi sur la gestion administrative et financière de l'Etat de Genève du 7 octobre 1993 (D 1 05); l'article 3 de la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005 (D 1 11), concernant le respect de l'image fidèle du budget et des comptes, le coût complet et les formes des subventions, soient respectées uniformément;
- Appliquer les recommandations de l'inspection cantonale des finances relatives à la prise en compte des subventions tacites (divers rapports);
- Appliquer les dispositions de la DiCoGe : "Subventions : indemnités et aides financières";
- Se conformer à l'extrait de Procès-verbal de la séance du Conseil d'Etat du 9 novembre 2005 relatif à la rémunération des droits de superficie
- Tenir compte du principe de l'importance relative<sup>1</sup> et du rapport coût/avantage<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> « Une information présente une importance relative si son omission ou son inexactitude peut avoir, pour les utilisateurs, une incidence sur les décisions ou les évaluations basées sur les états financiers. L'importance

### Champs d'application

La présente directive est applicable à toutes les entités qui sont au bénéfice d'une indemnité ou d'une aide financière, quels que soient leur taille et leur statut juridique.

Le département de tutelle s'assure que les règles relatives à la prise en compte des subventions non monétaires sont appliquées dans les entités subventionnées par l'Etat mais également dans celles subventionnées par l'Etat et par une ou plusieurs communes.

### Définition

Les biens et services fournis par l'Etat à des tiers doivent, en principe, faire l'objet d'une facturation conformément à l'article 9 de la LGAF "Païement par l'utilisateur".

Toutefois, si l'entité bénéficiaire n'a pas les ressources suffisantes pour payer cette facture et que ses prestations sont reconnues d'intérêt public, les biens et services fournis par l'Etat prennent la forme de subvention non monétaire.

### Principe général

Selon l'article 3 de la LIAF, les subventions non monétaires font partie des différentes formes de subventions.

Ils existent plusieurs catégories de subventions non monétaires, notamment :

Locaux et terrains : mise à disposition de locaux ou de terrains (droits de superficie) gratuitement, ou à des conditions préférentielles.

Prestations en technologies de l'information : téléphonie, bureautique, serveur, développement, câblage, réseau, etc.

Moyens financiers : prêts, octroi de garanties ou mise à disposition de capitaux de dotations à intérêts nuls ou préférentiels

Personnel : mise à disposition de personnel, gratuitement ou à des conditions préférentielles.

Services : prestations de services (comptabilité, tâches administratives, gestion, etc.) non facturées.

### Identification et valorisation

Le DCTI est responsable de l'inventaire et de la valorisation de toutes les subventions non monétaires qui concernent les locaux et les terrains ainsi que les prestations en technologie de l'information. Les autres départements lui fournissent tous les renseignements nécessaires.

Pour la valorisation des droits de superficie, le DCTI se conforme à l'extrait de PV du Conseil d'Etat du 9 novembre 2005. Pour les autres subventions non monétaires, il s'inspire des méthodes usuelles du domaine, tout en veillant à leur conformité avec les DiCo-Ge.

Le DCTI transmet au département des finances cet inventaire valorisé et réactualisé dès que nécessaire, mais au moins deux fois par année.

Le DF est responsable de l'inventaire et de la valorisation de toutes les subventions non monétaires qui concernent les moyens financiers. Les autres départements lui fournissent tous les renseignements nécessaires.

Les moyens financiers mis à disposition sont valorisés au coût moyen de la dette de l'Etat.

Tous les départements sont responsables d'identifier les subventions non monétaires relatives au personnel mis à disposition et aux autres prestations de services fournies à des tiers. Le département des finances fournit les données financières permettant leur valorisation (coût horaire par personne).

### Comptabilisation

Afin d'établir les coûts complets des prestations, dans les états financiers des bénéficiaires, et de garantir la transparence sur les subventions effectivement octroyées, les prestations non

---

*relative dépend de la nature ou de la portée de l'élément ou de l'erreur, compte tenu des circonstances particulières de son omission ou de son inexactitude. »*

<sup>2</sup> « Les avantages obtenus de l'information doivent être supérieurs au coût qu'il a fallu consentir pour la produire »

monétaires doivent être valorisées à leur juste valeur, dans les comptes de l'entité bénéficiaire et du "subventionneur". La valorisation doit en être identique.

Dans les comptes du "subventionneur", la prestation non monétaire est une charge, comptabilisée comme une subvention mais dans une nature spécifique. La contrepartie est un revenu non monétaire, comptabilisé en fonction de sa nature (loyer encaissé, revenu d'intérêts, revenus de mise à disposition de personnel, etc.). Toutefois, le revenu doit être comptabilisé sur le C.R. du service chargé de la mise à disposition de la prestation non monétaire (voir exemple ci-dessous).

**Le solde du compte de fonctionnement n'est donc pas impacté. Seul le volume des charges et des revenus varie.**

Dans les comptes du destinataire, la prestation non monétaire est un revenu, comptabilisé comme un revenu de subvention, mais sur une rubrique distincte des subventions monétaires reçues. La contrepartie est une charge non monétaire, comptabilisée en fonction de sa nature (loyers, intérêts, personnel, etc.). Là également, le solde du compte de fonctionnement n'est pas touché.

Les hypothèses (prix au m2, taux d'intérêts, etc.) servant à l'établissement des justes valeurs des prestations non monétaires doivent être harmonisées au sein d'une entité pour des actifs comparables.

La comptabilisation de prestations non monétaires doit être effectuée seulement si elle est significative et que son estimation est fiable, pour les états financiers du "subventionneur" ou pour ceux du destinataire.

#### **Exemple de comptabilisation d'une mise à disposition gratuite de locaux**

L'Office de la joie et de la bonne humeur subventionne l'association XYZ d'un montant de CHF 50'000 par année. Il met, par ailleurs, gratuitement à disposition de l'association des bureaux, d'une grandeur de 50 m2. Il s'agit d'une location simple, car les locaux sont standards et pourraient être mis à disposition d'une autre association sans transformations majeures.

Le prix au m2 pour ce type de locaux a été évalué à 500.- La subvention non monétaire est ainsi de 25'000.- Les écritures comptables suivantes doivent être enregistrées :

#### **Dans les comptes de l'Office de la joie et de la bonne humeur**

Db 36X « Subventions monétaires à XYZ »	50'000
Db 36X « Subventions non monétaires à XYZ – mise à disposition de locaux »	25'000

#### **Dans les comptes de la Direction des Bâtiments"**

Cr 42X « Loyers »	25'000
-------------------	--------

#### **Dans les comptes de l'association XYZ**

Db 31X « Loyers »	25'000
Cr 46X « Subventions non monétaires – mise à disposition de locaux »	25'000

Cr 46x « Subventions monétaires reçues de l'Etat	50'000
--	--------

#### **Aspects budgétaires et inventaire des subventions**

Conformément à la LIAF, les subventions non monétaires font l'objet du même traitement budgétaire que les subventions monétaires. A cet effet, le crédit de fonctionnement figurant à l'article 1 de la base légale de la subvention (la loi de financement) comprend bien l'addition des deux types de subventions. Ces dernières sont distinguées à l'article 3 qui détermine les rubriques budgétaires.

L'inventaire des indemnités et des aides financières présenté conformément à l'article 2, al. 4 de la LIAF comprend les subventions monétaires et non monétaires en les distinguant.

Par ailleurs, les seuils mentionnés dans la loi et dans son règlement comprennent l'addition des deux types de subventions.

---

Les hypothèses utilisées pour valoriser les subventions non monétaires (prix au m2, taux d'intérêts, coût horaire, etc) sont définies pour toute la durée de validité de la base légale et du contrat de prestation.

**Entrée en vigueur de la directive**

Cette directive entre en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2008. D'ici là, les subventions non monétaires ne figurent pas dans l'inventaire des indemnités et des aides financières.

**Annexe 9**

**EXTRAIT DE PROCES-VERBAL DE LA SEANCE DU CONSEIL D'ETAT DU  
2 MAI 07 CONCERNANT LES FONDS ALLOUES PAR DES TIERS SANS  
CONDITION**

5 7 7 8 - 2 0 0 7

RÉPUBLIQUE  
ET CANTON DE GENÈVE



EXTRAIT DU PROCÈS-VERBAL  
DE LA SÉANCE DU CONSEIL D'ÉTAT

2 mai 2007

Concerne : Etablissement du contrat de prestations avec les HUG - traitement des fonds alloués par des tiers sans condition

Vu l'article 1 et 1A de la loi sur la gestion administrative et financière de l'Etat de Genève qui stipule que l'Etat de Genève et ses principales entités autonomes sont soumis aux normes IPSAS ;

Vu les décisions du Conseil d'Etat relatives à la liste des entités soumises aux normes IPSAS ;

Vu l'extrait de PV du CE fixant l'entrée en vigueur de la directive d'application sur les normes IPSAS (DiCo-GE) no 25 « Fonds et financements spéciaux » au 1<sup>er</sup> janvier 2008 ;

Vu la directive transversale relative à la restitution d'indemnité et d'aide financière en cas de thésaurisation,

LE CONSEIL D'ÉTAT

Décide :

1. De mentionner dans le cadre du contrat de prestations avec les HUG que les fonds alloués par des tiers sans condition ne sont pas restitués à l'Etat et entrent dans la catégorie exceptionnelle d'exemption prévue par la directive « restitution d'indemnité et d'aide financière (thésaurisation) » ;
2. De prévoir une rémunération de ces fonds en faveur de l'Etat à un taux de 3%.

Communiqué à :

DF 1 ex.  
Tous 1 ex.  
CHA 1 ex.



Certifié conforme,  
Le chancelier d'Etat :

**Annexe 10****REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT****GROUPE DE SUIVI CHARGE DE L'APPLICATION DU CONTRAT DE PRESTATIONS CONCLU ENTRE LE DEPARTEMENT DE L'ECONOMIE ET DE LA SANTE (DES) ET LES HUG**

Sous la dénomination «groupe de suivi "DES/HUG"» (ci-après le groupe) est institué un groupe chargé du pilotage composé de représentants du DES et des HUG.

**1. Compétences**

Le groupe a pour mission :

- de veiller au bon déroulement des actions prévues par le contrat et l'application du contrat de prestations conclu entre le DES et les HUG;
- d'évaluer les engagements pris, conformément à l'article 5, par le rapport d'exécution du bénéficiaire et de l'évaluation externe;
- de permettre l'adaptation, la réorientation ou la redéfinition des conditions du contrat en considérant l'évaluation du rapport d'exécution;
- de créer un lieu d'échange entre les parties.

Le cas échéant, le groupe a pour devoir de proposer aux signataires toute modification devant être apportée au contrat (article 13) hormis les annexes 4 & 5.

Le DES ainsi que les services rattachés, garde l'intégralité des compétences qui leur sont attribuées par le droit fédéral et cantonal.

**2. Composition**

Le groupe se compose au minimum de la manière suivante :

- 2 représentants désignés par le DES;
- 2 représentants des HUG.

Le groupe est nommé pour la durée du contrat de prestations. Des modifications concernant sa composition peuvent être proposées en tout temps, et formalisées par l'accord des deux parties.

**3. Fonctionnement**

3.1. Les séances du groupe ont lieu au moins 1 fois par an pour procéder à l'évaluation des engagements par le biais du rapport d'exécution annuel du contrat du bénéficiaire ou à la demande de l'une des parties.

3.2. Le rapport annuel d'exécution du contrat doit être transmis à l'ensemble des représentants du groupe au minimum 15 jours avant la séance annuelle des parties.

**4. Durée et dispositions finales**

La durée du présent règlement, de même que ses clauses de dénonciation, de reconduction et de révision correspondent à celles prévues dans le contrat de prestations.

**Annexe 11****GRUPE DE SUIVI / LISTE DES MEMBRES**

<b>Fonction</b>	<b>Nom</b>	<b>Prénom</b>	<b>Téléphone</b>	<b>Courriel</b>
Directrice générale DGCASSRS	Fichter	Nicole	022 237 04 36	Nicole.fichter@etat.ge.ch
Secrétaire adjoint DES	Pagella	Bernard	022 5461880	Bernard.pagella@etat.ge.ch
Secrétaire général	Grandjean	Yves	022 37 28 050	Yves.P.Grandjean@hcuge.ch
Directrice des projets et organisation	Rorive-Feytmans	Brigitte	022 37 26 078	Brigitte.RoriveFeytmans@hcuge.ch