

Projet présenté par le Conseil d'Etat

Date de dépôt : 10 avril 2019

Projet de loi

approuvant le rapport de gestion des Hôpitaux universitaires de Genève pour l'année 2018

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève,
vu l'article 60 de la loi sur la gestion administrative et financière de l'Etat, du 4 octobre 2013;
vu l'article 34, alinéa 1, de la loi sur l'organisation des institutions de droit public, du 22 septembre 2017;
vu l'article 20 du règlement sur l'établissement des états financiers, du 10 décembre 2014;
vu le rapport de gestion de l'établissement public médical Hôpitaux universitaires de Genève pour l'année 2018;
vu la décision du conseil d'administration de l'établissement public médical Hôpitaux universitaires de Genève du 18 mars 2019,
décrète ce qui suit :

Article unique Rapport de gestion

Le rapport de gestion de l'établissement public médical Hôpitaux universitaires de Genève pour l'année 2018 est approuvé.

Certifié conforme

La chancelière d'Etat : Michèle RIGHETTI

EXPOSÉ DES MOTIFS

Mesdames et
Messieurs les Députés,

Le projet de loi qui vous est présenté vise à approuver le rapport de gestion de l'établissement public médical Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) pour l'année 2018.

Les Hôpitaux universitaires de Genève terminent l'exercice 2018 tout juste à l'équilibre grâce à un recours à la réserve quadriennale constituée par les résultats excédentaires des deux exercices précédents. Sur la durée du contrat de prestations s'étendant de 2016 à 2019, le résultat est bénéficiaire de 18 769 449 F.

L'année 2018 s'est inscrite dans un environnement médico-économique très tendu. D'un côté, les pressions sur le financement hospitalier se poursuivent avec les réformes tarifaires fédérales plus restrictives (nouvelle structure tarifaire TARMED imposée par l'Office Fédéral de la Santé Publique) et des charges contraignantes persistantes. D'un autre côté, l'activité continue à croître et les standards de prise en charge s'améliorent fortement avec la mise en exploitation de nouveaux bâtiments et les grands projets stratégiques (temps patient retrouvé, mise en place d'itinéraires cliniques...), qui permettent de tendre vers l'équilibre.

Malgré cet environnement médico-économique difficile, les HUG terminent l'exercice, après retraitement des dépenses imputables sur les réserves affectées, avec un léger déficit d'exploitation de - 2 680 844 F, alors que le budget prévoyait un déficit de - 13 742 567 F. Rappelons que ce déficit budgétaire était lié à l'impossibilité de faire face en même temps aux mécanismes salariaux, dont une bonne part reste à la charge des HUG, et à la réforme TARMED. Ce résultat a été rendu possible grâce aux efforts entrepris par les HUG, pour maîtriser leurs coûts et maximiser leurs produits.

En guise de préambule, il est utile de rappeler que les patients soignés aux HUG peuvent être répertoriés en fonction de l'activité les concernant : l'activité stationnaire (mesurée en nombre de séjours hospitaliers, journées d'hospitalisation, de durée moyenne de séjour et de taux d'occupation) ainsi que l'activité ambulatoire (mesurée en nombre de prises en charge, visites ou hospitalisations de jour).

Evolution de l'activité stationnaire

Depuis 2010, la progression générale de l'activité stationnaire aux HUG s'explique principalement par l'augmentation et le vieillissement de la population du canton de Genève. La forte hausse des cas hospitaliers visible entre 2016 et 2017 est expliquée par un effet de changement de périmètre (intégration des cliniques Joli-Mont et Montana). Hors cet effet de périmètre, la hausse des cas hospitaliers était de +1,2%. Entre 2017 et 2018, la hausse des cas hospitaliers de +1,1% suit la même tendance.

La hausse du nombre de lits en service entre 2014 et 2017, passant de 1 989 lits à 2 174, est expliquée principalement par l'intégration des cliniques de Joli-Mont et Montana. En revanche, entre 2017 et 2018, même si l'activité augmente, le nombre moyen de lits en service diminue (2 133 en 2018) soit -1,9%. Ceci s'explique par des interventions chirurgicales moins invasives et par une intensification des hospitalisations du fait d'une amélioration des flux hospitaliers. Ainsi le taux d'occupation moyen des lits augmente par rapport à l'année précédente (88,8% par rapport à 87,1% en 2017) et se maintient dans la fourchette haute des normes hospitalières (entre 85% et 90%). La durée moyenne de séjour dans les soins aigus notamment (qui représentent près de 80% des soins stationnaires) se rétracte très légèrement (6,8 jours par rapport à 6,9 jours l'année précédente).

Enfin, il est à noter que, même si le volume d'activité dans les soins stationnaires augmente, un changement de type de patientèle est constaté : une hausse notable des cas avec un DRG médical est constatée au détriment des autres cas (DRG chirurgicaux et autres DRG). Bien que ces DRG médicaux soient tout aussi complexes que les autres DRG, ils sont moins techniques et moins rémunérés. Enfin, ils requièrent plus de soins en raison de patients de plus en plus âgés et avec plus de comorbidités.

Soins aigus

L'activité des soins aigus continue d'afficher une hausse en 2018, avec une tendance similaire à celle de l'année précédente. Ainsi, 50 757 cas aigus stationnaires ont été traités, soit une progression de +1,3% (+654 cas) par rapport à 2017. Ce taux de progression est légèrement supérieur aux objectifs du contrat de prestations (pour les cas d'assurance obligatoire des soins (AOS) genevois) fixé à 1,25% en moyenne par an.

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

- La hausse de l'activité des urgences gériatriques à l'Hôpital des Trois-Chêne (+6,2% de cas hospitaliers) permettant d'accompagner l'évolution démographique.

- Le vieillissement de la population et la hausse démographique, qui contribuent à la hausse du nombre de cas hospitaliers au sein de la médecine interne générale notamment (+4,2%).
- L'épidémie de grippe, qui a nécessité l'ouverture d'une nouvelle unité tampon en 2018.
- La progression (+4,6% de cas hospitaliers) de l'activité constatée aux urgences adultes aiguës, a nécessité des adaptations ces dernières années, telles que l'élargissement des horaires des plateaux d'imagerie et l'ajout de boxes supplémentaires de consultation. A noter que cette hausse d'activité s'accompagne d'une volonté des HUG de réduire les délais d'attente et de traitement. Ainsi, le temps d'attente aux urgences diminue significativement : 4h48 en 2018 par rapport à 5h23 en 2017.
- La poursuite du transfert d'activité des soins palliatifs en soins aigus à Bellerive afin d'assurer une meilleure adéquation des ressources aux besoins des patients et de s'adapter aux nouvelles structures tarifaires.
- Une hausse du nombre d'interventions de transplantation en 2018 par rapport à 2017 (+14,0%).
- Une hausse du nombre de cas hospitaliers constatée pour la chirurgie viscérale (+2,8%). Les cas les plus fréquemment traités concernent les hémorragies digestives, les pancréatites aiguës et les diverticulites aiguës.

Certains secteurs spécifiques ont toutefois affiché un ralentissement de l'activité cette année, notamment aux soins intensifs. En effet, dans ce secteur, les ressources ont dû être ajustées en raison de deux facteurs : le premier est lié à la technique chirurgicale qui évolue avec des interventions moins invasives (par exemple en neurochirurgie, en chirurgie cardiaque...). Le second facteur concerne le changement du dispositif d'accueil afin d'assurer une meilleure orientation du patient. En raison des interventions moins invasives, les HUG ont développé les structures de soins intermédiaires.

Le cost-weight moyen (CW) de 1,23 points est supérieur à celui de l'année 2017 (1,21 points). Le vieillissement de la population, l'augmentation importante des maladies chroniques et l'augmentation des cas multiples de comorbidités, nécessitent des soins plus complexes, impactant à la hausse le cost-weight. Ce phénomène est également accentué par la prise en charge en ambulatoire des cas les plus légers. Cette hausse du cost-weight révèle également la poursuite de l'amélioration de la qualité et de l'exhaustivité de la documentation et du codage.

La durée moyenne de séjour (DMS) baisse légèrement (6,8 jours en moyenne en 2018 contre 6,9 jours en 2017), malgré la hausse du nombre de patients avec un indice de complexité élevé et avec des comorbidités

importantes. Cette optimisation de la DMS est le résultat des efforts constants des HUG pour anticiper la sortie du patient et permettre une intervention chirurgicale le jour de l'entrée du patient (taux de « same day surgery » de 71,6% en 2018 par rapport à 66,9% en 2017). Ces efforts ont été accentués par la mise en place, les années précédentes, d'Itinerary Patients Managers dans les services de neurochirurgie, de neurologie, de médecine interne, de gériatrie et de chirurgie viscérale. Toutes ces mesures permettent ainsi de limiter le nombre de journées d'hospitalisation inappropriées.

Le système PRN (Projet de recherche en nursing) est un système d'évaluation de la charge en soins. Les statistiques montrent une augmentation de la charge de soins entre 2017 (3 004 points en moyenne par EDS) et 2018 (3 033 points), soit une hausse de +1,0%. Cette hausse reflète la complexité croissante des soins octroyés.

Les cas hospitaliers en soins aigus sont majoritairement des patients genevois (87%). Les autres patients sont des extra-cantonaux et étrangers (frontaliers inclus), à parts égales. Les courbes d'évolution depuis 2014 montrent une hausse continue du nombre de patients genevois.

Le nombre de patients frontaliers affiche une baisse jusqu'à 2016, en lien avec le changement de la législation française concernant l'assurance maladie. Cette tendance semble se renverser depuis 2016, en raison notamment d'un nombre important de frontaliers qui s'assurent à la LAMal.

Les patients extra-cantonaux affichent une baisse entre 2017 et 2018. Les patients domiciliés dans le canton de Vaud sont les plus nombreux (50% des extra-cantonaux). Les patients extra-cantonaux sont hospitalisés dans un canton différent de celui de leur domicile majoritairement en raison de pathologies complexes nécessitant des prestations et une expertise pointues. La baisse de patientèle parmi les extra-cantonaux concerne donc surtout la médecine spécialisée.

Soins subaigus et de réadaptation

L'année 2017 fut marquée par l'intégration des cliniques de Joli-Mont et Montana et donc une hausse d'activité mécanique (+2 500 hospitalisations et +30 000 journées d'hospitalisation). En 2018, l'activité est quasi-stable tant en nombre de cas hospitaliers que de journées d'hospitalisation sur la zone de soins subaigus et de réadaptation. Cette stabilité résulte de deux tendances divergentes :

- Dans les soins de réadaptation, la mise en place d'un projet « Itinéraire patients » destiné à améliorer la qualité des soins de réadaptation stationnaire par une harmonisation et une standardisation des pratiques. Ce

projet a contribué à l'augmentation du volume des cas hospitaliers de 20,3% grâce à une optimisation de près de 25% des durées moyennes de séjour sur un an dans les unités pilotes et à l'augmentation conséquente de la rotation des patients dans les lits. Grâce aux efforts d'optimisation entrepris par les HUG, l'activité progresse de façon importante en nombre de cas, mais pas en nombre de journées d'hospitalisation.

- Dans les soins subaigus, l'activité baisse mécaniquement du fait de l'extension de la zone de soins aigus aux Trois-Chêne et de l'ambulatorisation de certaines prises en charge de neuro-rééducation.

Soins psychiatriques

Un changement de pratique judiciaire dans le canton de Genève a contribué à une hausse du nombre de patients sous mesures judiciaires dans les soins psychiatriques avec une diminution importante des sorties. Le nombre des patients sous mesure judiciaire (code pénal, code civil) s'est alors fortement accru (de 254 cas à fin 2015 à 314 à fin 2018). Cette catégorie de patients affiche une durée moyenne de séjour particulièrement longue comparée à la moyenne des autres patients en soins psychiatriques (127 jours contre 25 jours) et contribue donc à un engorgement de certaines unités de soins.

A cette problématique d'engorgement, s'ajoute également une difficulté financière. En effet, comme la sortie du patient est conditionnée à la décision judiciaire, certains des patients, ne nécessitant plus de soins hospitaliers, basculent au tarif d'attente de placement, moins élevé. Cette dernière catégorie affiche une durée moyenne de séjour encore plus longue (169 jours) pour 43 patients à fin 2018.

Dans les années passées, ce phénomène a contribué à une sur-occupation chronique des unités psychiatriques (notamment aux admissions de psychiatrie adulte). Pour y remédier, les HUG ont pris des mesures dès 2016. Ainsi, l'offre de soins du service de psychiatrie adulte a été revue avec une meilleure articulation entre l'activité hospitalière (ouverture d'une unité de moyen séjour supplémentaire à Belle-Idée) et ambulatoire (CAPPI des Eaux-Vives, Jonction et Servette). Ce changement a été accompagné par un personnel dédié au « case management de transition » pour coordonner les prises en charge avec la ville et les structures hors HUG.

Si on exclut les patients sous mesures judiciaires (Curabilis et l'unité hospitalière de psychiatrie pénitentiaire), l'année 2018 est marquée par une hausse d'activité tant en nombre de cas hospitaliers (+4,5%, soit +151 cas hospitaliers) qu'en nombre de journées d'hospitalisation (+1,2%, soit +956 journées) par rapport à l'année 2017. Cette hausse en journées

d'hospitalisation est liée au vieillissement de la population et concerne principalement les soins psychiatriques de gériatrie. Cette tendance entraîne une hausse du taux d'occupation (98,8% à 100,3%). Le nombre de lits est resté stable (266 lits).

Médecine universitaire

Les activités universitaires liées à la médecine complexe et hautement spécialisée sont également en croissance. Le nombre de cas universitaires, définis par le fait que plus de 75% de ces DRG sont pris en charge dans l'un des hôpitaux universitaires suisses, est en tendance haussière depuis 2014.

Un exemple de médecine complexe et hautement spécialisée est l'angioplastie percutanée par ballonnet des artères pulmonaire (AAP). Cette nouvelle procédure thérapeutique déployée aux HUG pour les patients souffrant d'hypertension pulmonaire post-embolique, permet une reperméabilisation des vaisseaux atteints.

Depuis septembre 2016, les HUG ont réalisé 62 procédures avec une efficacité et un taux de complication dignes des meilleurs centres mondiaux (0% de mortalité, 0% de complication sévère). Les HUG sont le premier hôpital de Suisse à avoir mis en place ce genre de programme. Ils ont été proposés par la Société Suisse pour l'Hypertension Pulmonaire comme centre de référence pour cette activité.

Activité chirurgicale

L'activité chirurgicale affiche une tendance à la hausse depuis 2014 (+6,8% pour un volume total d'interventions de 27 790), grâce à l'ambulatoire (+26.6% de hausse dans un volume total d'interventions de 8 751). En 2018, la hausse du nombre des interventions se poursuit principalement en ophtalmologie et en orthopédie.

Le service d'ophtalmologie bénéficie en année pleine de la nouvelle équipe médicale et du renouvellement des équipements. Ce bilan est toutefois à nuancer du fait qu'une grande partie de ces interventions sont de très courte durée et ne présentent que peu de complexité (par exemple, les injections intravitréennes).

Les hausses du nombre d'interventions constatées en orthopédie et en urologie découlent d'une augmentation de la demande en soins. Pour faire face à cette demande et éviter les files d'attentes, les HUG ont recruté en orthopédie un chef de clinique et un interne dans le courant de l'année 2017 mais l'effet en année pleine de ces engagements n'a été constaté qu'en 2018. En urologie, 2 chirurgiens supplémentaires ont également été recrutés. Les interventions les

plus pratiquées sont les résections endoscopiques de la prostate, les urétérorénoscopies (semi-rigides et souples), les prostatectomies radicales et les cystectomies.

A noter que depuis 2017, les HUG ont entrepris des efforts d'amélioration du flux patientèle et d'augmentation du niveau de sécurité des interventions (six nouvelles salles opératoires dans le bâtiment Gustave Julliard).

Evolution de l'activité ambulatoire

Les soins ambulatoires sont concentrés sur la psychiatrie, la médecine de premier recours et les spécialités de médecine.

Progression de l'activité ambulatoire

Entre 2011 et 2018 on constate une progression de l'activité ambulatoire de près de 40%. Les HUG n'ont pas attendu la mise en application des contraintes législatives pour amorcer le virage ambulatoire.

En 2016, le seuil du million de prises en charge a été franchi avec 1 037 500 visites, soit une progression de +4,6% par rapport à 2015. En 2017, l'activité ambulatoire s'est maintenue au niveau de 2016. Elle progresse à nouveau en 2018 de +3% par rapport à 2017, pour atteindre un total de près de 1 065 000 prises en charge ambulatoires.

Les principales fluctuations de l'activité ambulatoire entre 2017 et 2018 (+26 935 prises en charges par rapport à 2017) sont détaillées ci-dessous :

- Spécialités de médecine : (+7 247 prises en charge par rapport à 2017, soit +5,8%). L'augmentation provient principalement des consultations en dermatologie, des consultations pour insuffisance cardiaque et de cardiologie préventive et des séances d'hémodialyse.
- Chirurgie : (+6 536 prises en charge par rapport à 2017 soit +5,7%). Cette hausse se concentre essentiellement sur la chirurgie orthopédique et plus particulièrement sur les consultations ambulatoires pour la chirurgie de la main. A noter que le nombre d'interventions ambulatoires progresse de manière plus rapide que les interventions stationnaires (+16,4% contre +0,1% entre 2016 et 2018).
- Pédiatrie : (+3 890 prises en charge par rapport à 2017 soit +3,3%). L'augmentation de l'activité provient essentiellement des urgences, de la pédopsychiatrie et du programme Santé Jeune de la pédiatrie générale.
- Gynécologique / obstétrique : (+3 816 de prises en charge de plus qu'en 2017, soit +4,4%). Cette progression s'explique par une augmentation de l'activité des urgences de gynécologie et d'obstétrique. L'activité

ambulatoire du service d'obstétrique hors urgences est fortement liée au nombre de naissances et elle est donc stable par rapport à 2017.

- Urgences ambulatoires adultes : (+3 760 prises en charge par rapport à 2017, soit +6,6%). L'augmentation est en adéquation avec le nombre total d'entrées aux urgences qui progresse de plus de 6% en 2018. Les mesures déployées ces dernières années, telles que l'élargissement des horaires des plateaux d'imagerie, l'ajout de boxes supplémentaires de consultation, l'amélioration des transferts des patients dans les étages, l'enregistrement et le tri infirmier plus rapide et l'ouverture nocturne de l'unité d'urgence ambulatoire permettent le maintien d'un excellent niveau de prises en charge.
- Psychiatrie : (+1 827 prises en charge par rapport à 2017, soit +1,0%). La hausse provient des secteurs suivants :
 - la psychiatrie gériatrique (CAPP A Epinettes);
 - la consultation pour troubles alimentaires;
 - les consultations de psychiatrie adulte aux CAPPI Jonction et Eaux-Vives.

La progression des secteurs susmentionnés compense le recul du nombre de consultations ambulatoires d'addictologie notamment au CAAP Arve et au programme expérimental de prescription de stupéfiants.

- Oncologie : (+1 242 prises en charge par rapport à 2017, soit +2,5%). Les services d'hématologie et de radio-oncologie affichent les principales hausses. En radio-oncologie, l'extension des horaires incluant l'ouverture le samedi a permis d'éviter des attentes inappropriées et d'absorber la patientèle normalement prévue pour le troisième accélérateur, à l'arrêt actuellement. De plus, le partenariat en oncologie avec la clinique de La Tour a rempli son objectif de contenir la hausse attendue de l'activité aux HUG, en permettant la prise en charge d'une partie des consultations de la rive droite.
- Neurosciences cliniques : (-4 333 prises en charge par rapport à 2017, soit -3,6%). La baisse du nombre de consultations ambulatoires de 4 705 essentiellement en neuro-rééducation (physiothérapie et consultations psy) et ophtalmologie n'est que très partiellement compensée par la hausse des hospitalisations de jour (HDJ) en ophtalmologie et ORL (584 HDJ).

En 2018, 96% des interventions en ophtalmologie ont été faites en « one day surgery ». Le nombre d'interventions ambulatoires en ophtalmologie progresse ainsi de 17%.

Depuis 2016, l'activité ambulatoire en neurologie est en hausse du fait de l'introduction de nouveaux traitements ambulatoires pour la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques et la sclérose latérale amyotrophique;

- Autres : (+2 921 prises en charge par rapport à 2017, soit 1,7%)

En médecine de premier recours, la hausse de l'activité se concentre sur les consultations des voyageurs et de médecine tropicale ainsi que la consultation « Contrepoids ». A noter une diminution des consultations infirmières du programme Santé Migrant adulte par rapport à 2017.

Pour les laboratoires, l'imagerie et les séances de radiothérapie, la progression de 3% des examens effectués sur les patients ambulatoires est en ligne avec l'intensification du virage ambulatoire.

Evolution des prises en charge aux urgences

Le nombre de cas pris en charge aux urgences s'élève à 125 417 en 2018. L'activité des urgences progresse de +6,3% par rapport à 2017.

Les urgences pédiatriques représentent 25% du total de prises en charge, tous types d'urgences confondus.

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

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

Les urgences adultes

Le nombre d'entrées augmente de 6% en 2018, par rapport à 2017.

Le maintien d'un excellent niveau de prises en charge résulte des mesures déployées ces dernières années telles que :

- L'élargissement des horaires des plateaux d'imagerie.
- L'ajout de boxes de consultation.
- L'amélioration des transferts des patients dans les étages.

- L'enregistrement et le tri infirmier plus rapide.
- L'ouverture nocturne de l'unité d'urgence ambulatoire.

Ainsi, le taux de patients séjournant plus de 24h aux urgences se rétracte encore en 2018 (3,9%).

A noter que, dans le même temps, le nombre global d'entrées aux urgences a augmenté. Il faut donc saluer l'excellent travail des équipes du service des urgences qui, par leur organisation, arrivent à traiter un nombre de cas plus élevé, tout en diminuant les délais.

La capacité d'accueil du service des urgences (60 000 entrées) est dépassée depuis plusieurs années et 2018 ne déroge pas à ce constat. En conséquence, les HUG ont lancé un important programme de rénovation et d'agrandissement dont les premiers travaux sont prévus pour 2019. Malgré une limitation de la capacité d'accueil pendant les travaux, la mise en place d'une organisation spécifique et la bonne collaboration interprofessionnelle permettront de maintenir une fluidité dans la prise en charge.

Les urgences gynécologiques et obstétriques

Le volume des urgences gynécologiques et obstétriques a augmenté de +8,1% entre 2017 et 2018, notamment du fait d'un changement de pratiques de la part des patientes : elles ont tendance à venir plus facilement aux urgences durant leur grossesse.

Les urgences gériatriques

Les urgences gériatriques sont localisées sur le site des Trois-Chêne et sont ouvertes 7 jours sur 7, de 8h à 19h. Elles s'adressent aux patients âgés de 75 ans et plus, dont le pronostic vital n'est pas engagé et qui ne nécessitent ni chirurgie, ni soins intensifs. Leur ouverture, fin 2016, a permis de limiter l'engorgement du service des urgences adultes et d'améliorer de façon qualitative la prise en charge en urgence des personnes âgées grâce aux équipements à disposition (scanner, IRM) sur le site des Trois-Chêne.

Entre 2017 et 2018 le nombre de cas accueillis aux urgences gériatriques progresse de 9,4%, atteignant un volume de 2 853.

Les urgences pédiatriques

Le service des urgences pédiatriques continue d'assurer une bonne gestion de la file d'attente via un tri efficace. L'application Infokids pour smartphone et des rappels par SMS, participent à l'amélioration de la perception de la qualité chez les parents. Un changement de pratique semble s'opérer avec un recours aux urgences le week-end, pendant les vacances et le soir, par des parents qui attendent de consulter après leur journée de travail et n'obtiennent pas de rendez-vous en ville. La qualité de la prise en charge et les changements de pratique augmentent le recours aux urgences de près de +8% entre 2017 et 2018.

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

Annexe : Rapport de gestion annuel complet

ANNEXE

COMPTES HUG 2018

Rapport de gestion 2018 des HUG

Comptes de fonctionnement

Direction générale
Direction des finances

Dossier géré par Mme B. Rorive Feytmans
Tél. direct : 022 / 372.60.78

Genève, le 26 février 2019

COMPTES HUG 2018

Rapport de gestion 2018 des HUG

1. Faits marquants de l'année 2018	5
2. Contexte 2018	9
2.1. Evolution des coûts de la santé en Suisse	9
2.1.1. Vue synthétique	9
2.1.2. Répartition par fournisseur de services	10
2.1.3. Evolution par type de prestation	10
2.1.4. Evolution par type de financement	11
2.2. Statistiques et benchmark	12
2.2.1. Données de la statistique des hôpitaux de l'OFS	12
2.2.2. Spitalbenchmark	13
2.2.3. Les indicateurs suivis par l'ANQ	15
2.3. Contexte général des HUG	16
2.3.1. Contexte sanitaire	16
2.3.2. Contexte tarifaire	18
2.3.3. Contexte budgétaire	20
2.3.3.1. Contrat de prestations	20
2.3.3.2. Lettre de cadrage	21
3. Présentation de l'activité des HUG	22
3.1. Evolution de l'activité stationnaire	23
3.1.1. Soins aigus	24
3.1.2. Soins subaigus et de réadaptation	27
3.1.3. Soins psychiatriques	28
3.1.4. Médecine universitaire	29
3.2. Evolution de l'activité ambulatoire	30
3.2.1. Cartographie des soins ambulatoires	30
3.2.2. Progression de l'activité ambulatoire	30
3.3. Activité chirurgicale	33
3.4. Evolution des prises en charge aux urgences	34
3.4.1. Urgences adultes	35
3.4.2. Urgences gynécologiques et obstétriques	36
3.4.3. Urgences gériatriques	36
3.4.4. Urgences pédiatriques	37
4. Présentation des comptes HUG	38
4.1. Présentation des comptes entre 2014 et 2018	38
4.2. Evolution des produits entre 2014 et 2018	39
4.3. Evolution des charges entre 2014 et 2018	40

4.4. Analyse des produits	41
4.4.1. Recettes liées à la facturation des prestations médicales	41
4.4.1.1. Recettes hospitalières	42
4.4.1.2. Recettes ambulatoires	45
4.4.2. Autres recettes (groupes 65 à 68)	46
4.4.3. Subventions et autres contributions de l'Etat (groupe 69)	47
4.5. Analyse des charges	47
4.5.1. Frais de personnel	48
4.5.1.1. Charges salariales	50
4.5.1.2. Charges sociales (groupe 37)	51
4.5.1.3. Honoraires de médecins (groupe 38)	52
4.5.1.4. Autres charges de personnel (groupe 39)	52
4.5.2. Autres charges de fonctionnement (classe 4)	53
4.5.2.1. Charges médicales d'exploitation (groupe 40)	54
4.5.2.2. Autres charges de fonctionnement (groupes 41 à 49)	60
5. Conclusion	65

UN RESULTAT BENEFICIAIRE SUR LA PERIODE DU CONTRAT DE PRESTATIONS

Les Hôpitaux Universitaires terminent l'exercice 2018 tout juste à l'équilibre grâce à un recours à la réserve quadriennale constituée par les résultats excédentaires des deux exercices précédents. Sur la durée du contrat de prestations s'étendant de 2016 à 2019, le résultat est bénéficiaire de 18.8 MCHF.

L'année 2018 s'est inscrite dans un environnement médico-économique très tendu. D'un côté, les pressions sur le financement hospitalier se poursuivent avec les réformes tarifaires fédérales plus restrictives (nouvelle structure tarifaire TARMED imposée par l'Office Fédéral de la Santé Publique) et des charges contraignantes persistantes. D'un autre côté, l'activité continue à croître et les standards de prise en charge s'améliorent fortement avec la mise en exploitation de nouveaux bâtiments et les grands projets stratégiques (temps patient retrouvé, mise en place d'itinéraires cliniques...), qui permettent de tendre vers l'équilibre.

Malgré cet environnement médico-économique difficile, les HUG terminent l'exercice avec un léger déficit d'exploitation (-2.7 MCHF) alors que le budget prévoyait un déficit de -13.7 MCHF. Rappelons que ce déficit budgétaire était lié à l'impossibilité de faire face en même temps aux mécanismes salariaux, dont une bonne part reste à la charge des HUG, et à la réforme TARMED. Ce résultat a été rendu possible grâce aux efforts entrepris par les HUG, pour maîtriser leurs coûts et maximiser leurs produits.

1. Faits marquants de l'année 2018

Les faits marquants survenus durant l'exercice comptable 2018 des HUG et ayant eu une incidence financière sont les suivants :

- **Entrée en vigueur de la nouvelle structure tarifaire TARPSY**

L'année 2018 est marquée par l'entrée en vigueur dès le 1er janvier de la nouvelle structure tarifaire pour les soins de psychiatrie stationnaires (TARPSY). Il s'agit de la mise en place par le législateur d'une tarification uniforme au niveau national, basée sur l'intensité et la nature des prestations. Cette nouvelle structure tarifaire différencie insuffisamment les rémunérations en fonction de la durée de séjour. Cela se traduit par des forfaits peu valorisés pour les prises en charge courtes, intensives et souvent complexes. Cela pénalise donc les hôpitaux universitaires comme les HUG. Pour l'année 2018, le tarif du point TARPSY a été fixé à titre provisoire par le Canton à 860 CHF, soit un tarif de neutralité des coûts, avec un impact donc quasi neutre sur les recettes. Il est à noter que les variations futures du tarif du point TARPSY, ainsi que les changements de catalogue pourraient avoir un effet défavorable ou favorable sur les recettes.

- **Entrée en vigueur du nouveau catalogue TARMED**

La structure tarifaire TARMED (« tarif médical ») s'applique aux prestations médicales ambulatoires et elle est uniforme sur le plan suisse. Tous les partenaires tarifaires s'accordent sur l'impérative nécessité de réviser cette structure tarifaire. Cependant, en l'absence d'un accord commun, le Conseil fédéral a fait usage de sa compétence subsidiaire pour adapter certaines prestations et a imposé l'entrée en vigueur au 1er janvier 2018 de la structure TARMED 01.09.00_BR LAMal. Selon le Conseil fédéral, les adaptations apportées devraient permettre d'économiser, au niveau suisse, près de 470 MCHF par an sans diminuer les prestations pour les patients¹. Dès le 1^{er} janvier 2018, les HUG ont adopté ce nouveau catalogue TARMED et l'ont mis en place progressivement. Ce dernier a nécessité des adaptations informatiques importantes². Ainsi les HUG n'ont pu facturer complètement les prestations ambulatoires qu'à partir du 1^{er} mai, ce qui a engendré un retard d'encaissement et a tendu la trésorerie.

- **Poursuite du virage ambulatoire**

La politique fédérale vise à maîtriser la progression des coûts de la santé malgré une demande en soins de santé toujours croissante. Le virage ambulatoire ou « ambulatoirisation » est perçu comme un moyen d'atteindre cet objectif tout en améliorant la qualité des soins³.

Le gouvernement fédéral a ainsi adopté un programme de mesures ciblant le contrôle des coûts et les réglementations tarifaires (par exemple, le transfert du stationnaire vers l'ambulatoire sur certaines interventions chirurgicales). L'entrée en vigueur de ces mesures est prévue pour l'exercice 2019. Mais les HUG ont d'ores et déjà transféré certaines interventions en ambulatoire.

¹ Fiche d'information OFSP : Adaptation du tarif médical TARMED 16 août 2017

² notamment la correction de plus de 1'000 actes, la revue des formulaires de prestations et la mise en place de la nouvelle structure tarifaire Tarmed 01.09 dans le système.

³ Rapport OBSAN, « Virage ambulatoire. Transfert ou expansion de l'offre de soins ? »

Ainsi, sur le collectif des 9 interventions de la liste fédérale, plus de 75% étaient déjà été faites en ambulatoire entre 2013 et 2015, tandis que la moyenne suisse se situe aux alentours de 55%⁴.

D'une manière générale, les prises en charge ambulatoires ont progressé de près de 40% entre 2011 et 2018.

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

Les modifications régulières depuis plusieurs années des conditions d'obtention de la Rente-Pont AVS ont un impact significatif pour les HUG. En effet, le nombre de demandes de départs anticipés a fortement augmenté ces trois dernières années : en 2016, 324 départs ont été enregistrés, 184 départs supplémentaires l'ont été en 2017 (avec majoritairement une date de départ effective au 30.11.2018) et 155 collaborateurs ont déjà officialisé leur départ en 2018 (pour une prise d'effet majoritairement au 30.11.2019), alors que le délai de réponse n'expirait que le 28.02.2019. Les HUG ont estimé à 110 le nombre de collaborateurs supplémentaires qui opteraient pour un départ d'ici le terme du 28.02.2019. C'est donc un total de 265 collaborateurs qui partirait en 2019 dans le cadre de cette mesure et de 773 depuis 2016.

Par comparaison, entre 60 et 70 départs étaient constatés lorsque les conditions étaient stables (avant 2016).

Pour l'année 2018, l'impact des 184 départs en fin d'année est significatif tant sur le plan humain que financier et cet impact sera accru sur le plan humain en 2019 avec le départ de 265 nouvelles personnes. Dans certains secteurs spécialisés, une part conséquente des collaborateurs part en Rente-Pont AVS. Les effectifs ont dû alors être renforcés les mois précédents les départs, afin de pallier aux risques de ruptures dans le transfert des connaissances. A fin 2018, la provision au titre de la Rente-Pont AVS a été augmentée de +5.9 MCHF et dépasse le budget de +14.3 MCHF.

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

Depuis août 2015, l'Europe est confrontée à l'arrivée d'un nombre important de migrants sur son territoire. Cette situation a généré une augmentation des consultations ambulatoires des HUG prenant en charge des demandeurs d'asile. Même si les chiffres suisses globaux suggèrent une baisse des flux migratoires⁵, le nombre de consultations spécifiques aussi bien médicales qu'infirmières pour les migrants est toujours en hausse en 2018 (+11.8% par rapport à 2017). Ceci est expliqué par l'augmentation continue du nombre d'enfants, notamment de moins de sept ans, depuis 2015 (+76% entre 2015 et 2018). Cette progression du nombre d'enfants patients provient des naissances au sein de familles requérantes d'asile déjà établies en Suisse et du nombre croissant d'enfants avec des problèmes de santé complexes parmi de nouveaux flux de migrants. Ces patients fragiles ne sont pas toujours pris en charge par les médecins de ville. Afin d'assurer efficacement les prises en charge, les équipes médico-soignantes ont dû être renforcées, avec un recours important à des interprètes et des achats supplémentaires de médicaments et de matériel médical.

Outre la nécessité de soigner ces personnes, l'ensemble des prestations (contrôle épidémiologique, dépistage et soins) revêt un caractère important en termes de santé publique

⁴ Présentation OBSAN : le potentiel du transfert du stationnaire vers l'ambulatoire

⁵ Selon les statistiques du Secrétariat d'Etat aux Migrations (SEM)

<https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/publiservice/statistik/asylstatistik/uebersichten.html>

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

- **Lancement des mesures structurelles**

Dans l'ensemble, l'effort financier (17.5 MCHF prévu au budget 2018) a été réalisé. En effet, des mesures telles que la renégociation des baux du parc locatif, la poursuite des efforts d'efficacité du processus de recouvrement des débiteurs et l'amélioration de la facturation de l'activité de laboratoire et oncologie et la mise en place de fast tracks en chirurgie, se sont pleinement réalisées en 2018. Elles ont permis de compenser la mise en place tardive, par rapport au budget prévu, de certaines mesures (notamment la mise en place d'importations parallèles, la favorisation des médicaments génériques...).

A court et moyen terme, l'évolution de l'environnement économique, institutionnel et tarifaire conduit les HUG à revoir leurs modèles de prise en charge, afin de mieux les adapter à leur contexte et aux besoins. A long terme, c'est la pérennité du système de santé, son accessibilité et sa qualité qui sont en jeu.

Conscients qu'avec la progression actuelle des coûts de la santé, la charge pour les jeunes générations risque de devenir insoutenable ; les HUG ont entrepris une démarche globale de « Smarter Hospital », visant à garantir la qualité des soins tout en veillant à allouer les ressources le mieux possible. Ainsi, les HUG ont été acceptés en 2018 par le Comité de l'Association « Smarter Medicine – Choosing wisely Switzerland » comme le premier hôpital partenaire. Ce partenariat va permettre la mise en œuvre des actions à travers un dialogue constructif entre les médecins et les patients, en encourageant la réduction des prescriptions ou des procédures médicales inutiles. A terme, ce travail permettra d'améliorer la structure de coûts par une meilleure allocation des ressources dont dispose l'hôpital.

Cette démarche s'inscrit aussi dans la stratégie proposée par l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) qui a publié⁶ en 2017 un rapport sur le gaspillage dans les systèmes de santé.

- **Tertiariation de l'activité (médecine hautement spécialisée)**

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

⁶ <https://www.oecd.org/fr/ris/systemes-sante/Lutter-contre-le-gaspillage-dans-les-syst%C3%A8mes-de-sant%C3%A9-Synth%C3%A8se.pdf>

Ainsi, 17 programmes distincts pour la prise en charge des patients cancéreux ont été mis en place aux HUG (cancers du sein, cancers de la peau, cancers du poumon, cancers digestifs, cancers urologiques, etc.). Parmi ces programmes, relevons qu'en 2018 :

- Le Centre du sein vient de renouveler sa certification externe : label qualité décerné par la Société Suisse de Sénologie et la Ligue Suisse de lutte contre le cancer ;
- Le Centre du cancer de la prostate pour lequel un audit externe pour le renouvellement de sa certification par la DKG (Deutsche Krebsgesellschaft) est réalisé en décembre 2018 ;
- Le Centre des cancers pulmonaires vient d'être créé.

Cette évolution contribue au rayonnement des HUG et à son attractivité et témoigne de la croissance de l'activité à forte valeur ajoutée. Les recettes brutes relatives à la médecine hautement spécialisée s'élèvent à environ 31 MCHF⁷.

• Le plan stratégique « Vision 20/20 »

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

En 2018, les projets du plan stratégique Vision 20/20 sont en plein déploiement institutionnel. Les principales avancées ont concerné :

- La plateforme patient-partenaire chargée de favoriser la collaboration entre patients, aidants et professionnels. Cette plateforme a atteint en 2018 son rythme de croisière (460 patients recrutés, 83 rencontres de partenaires avec implication dans des projets divers, ainsi que dans l'enseignement et des activités de recherche).
- Le centre de l'innovation est opérationnel : une trentaine de projets y sont suivis (HUG@home, soutien des proches aidants...). Il s'agit d'un lieu de travail collaboratif très demandé. Trois hackathons dont le dernier a réuni 100 patients, collaborateurs et étudiants.
- La mise en place d'un service d'accueil des patients en situation de handicap et d'une formation spécifique à l'attention des professionnels de la santé.
- Le recueil de consentement pour la recherche auprès de plus de 20'000 patients.
- La mise en place des « itinéraires patients » afin d'améliorer la continuité des soins, renforcer la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins.
- Le projet « Plus de temps pour les patients », lancé en 2016 et qui valorise davantage la relation humaine. Déployé à l'échelle de l'institution début 2018, son objectif est de donner aux soignants davantage de temps auprès des patients pour améliorer la qualité du lien thérapeutique.
- Pour le déploiement du projet 20/20, il est à noter que les dépenses sont en ligne avec le budget alloué (2.6 MCHF).

⁷ Estimations des recettes à fin 2018, sur la base de l'avancement du codage à fin Janvier 2019.

2. Contexte 2018

2.1. Evolution des coûts de la santé en Suisse

2.1.1. Vue synthétique

Selon le dernier rapport de l'Office Fédéral de la Statistique (OFS), publié en octobre 2018, les coûts de la santé en Suisse atteignent en 2016 leur plus haut niveau historique : 80.5 Mrd CHF, soit 12.4% du PIB⁸. La Suisse figure ainsi à la 2^{ème} place des pays de l'OCDE derrière les Etats-Unis, en termes de dépense de santé par habitant (7'919 USD⁹ par habitant) et également de ratio par rapport au PIB.

La hausse moyenne annuelle des coûts de la santé en Suisse depuis 2008 est de +3.7% et s'inscrit dans la tendance observée ces cinq dernières années. Celle des hôpitaux suisses représente +4.7%, tandis que celle des HUG est plus modérée (+3.2%), grâce à des efforts managériaux importants.

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

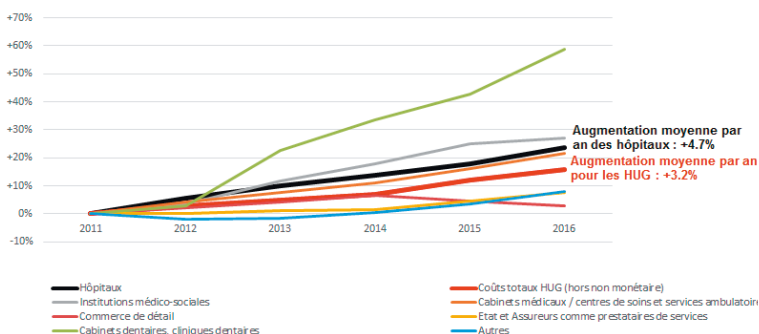


Figure 1. Evolution des coûts de la santé en Suisse par type de fournisseurs de biens et services (base 100).

⁸ et ⁴ : Source : Rapport de l'OCDE - https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2017_health_glance-2017-fr# page140 sur les dépenses de santé.

2.1.2. Répartition par fournisseur de services

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

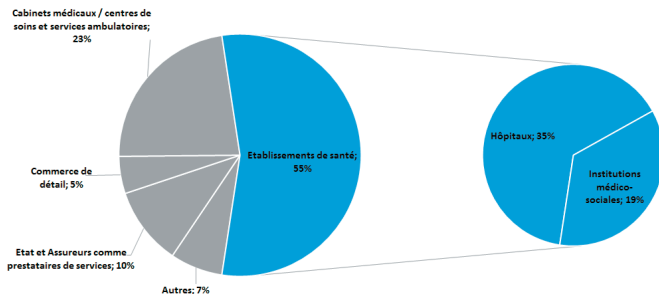


Figure 2. Répartition des coûts de la santé en Suisse par type de fournisseurs de biens et services.¹⁰

Le poids des établissements de santé est prépondérant dans les dépenses de santé (54.8%). Le reste des coûts est induit par :

- Les cabinets médicaux/centres de soins et services ambulatoires (23%) correspondant aux médecins, dentistes, physiothérapeutes, psychothérapeutes, soins à domicile, autres services paramédicaux, laboratoires d'analyses et autres ;
- Les ventes du commerce de détail (5%) concernant les médicaments et les appareils thérapeutiques ;
- Les coûts administratifs et de prévention des assureurs (10%) qui sont considérés comme des prestations du système de santé ;
- Les autres prestations concernent les prestataires de services auxiliaires et autres organismes de prévention et d'assistance.

2.1.3. Evolution par type de prestation

Les soins en milieu hospitalier stationnaire¹¹ représentent la part la plus élevée des dépenses de la Santé (35.0 Mrd CHF en 2016, soit 43.4%).

Les dépenses de soins ambulatoires¹² représentent une part plus modérée (21.4 Mrd CHF, soit 26.6%) mais leur progression est plus importante (+23.3% en 5 ans contre +17.9% pour la zone stationnaire), du fait notamment du virage ambulatoire.

¹⁰ Source issues de l'OFS : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/cout-financement.assetdetail.6386449.html>

¹¹ Soins en milieu hospitalier stationnaire : Soins aigus, de réadaptation, et les autres longs séjours

¹² Soins en milieu ambulatoire: Traitements ambulatoires en clinique de jour, traitements somatiques aigus ambulatoires, traitements médicaux, soins dentaires, traitements curatifs psychiatriques et psychologiques, obstétrique ambulatoire, traitements ambulatoires en maison de naissance et autres thérapies curatives.

Les coûts stationnaires sont prépondérants mais la progression des coûts ambulatoires est plus rapide

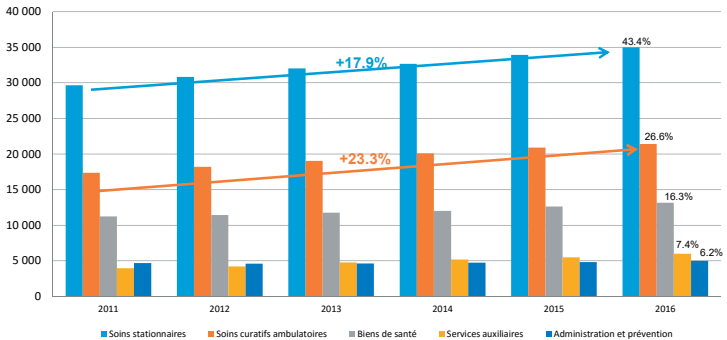


Figure 3. Coûts du système de santé suisse par type de prestation (en MCHF). ¹³

2.1.4. Evolution par type de financement

Les dépenses de santé en Suisse sont essentiellement supportées par les assurances et les ménages (77.4%, soit 62.3 Mrd CHF). L'Etat contribue pour 17.5% (14.1 Mrd CHF) et le solde de 4.1 Mrd CHF (5.1%) provient des autres financements publics et privés (prestations complémentaires AVS, et AI, fondations...). Notons que l'augmentation de la part à charge des ménages est plus forte que l'augmentation de la part à charge des assureurs.

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

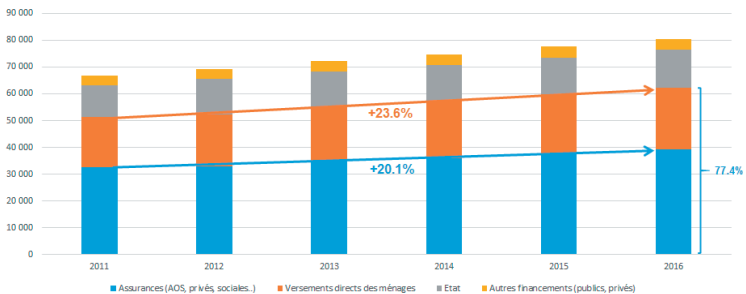


Figure 4. Coûts du système de santé suisse selon le régime de financement (en MCHF). ¹⁴

¹³ Source issues de l'OFS : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/cout-financement.assetdetail.6386447.html>

¹⁴ Source issues de l'OFS : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/cout-financement.assetdetail.6386475.html>

2.2. Statistiques et benchmark

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

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

Le benchmark basé sur les statistiques publiées par l'OFS¹⁵ montre la bonne tenue des coûts d'exploitation hospitaliers à Genève depuis 2011 (+10.6%) comparée à la moyenne suisse (+25.5%) ou même aux autres cantons universitaires (entre 19 et 31%). La hausse des coûts des HUG (+9.5%)¹⁶, plus modérée encore que celle du canton, s'inscrit dans cette même logique de croissance maîtrisée.

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

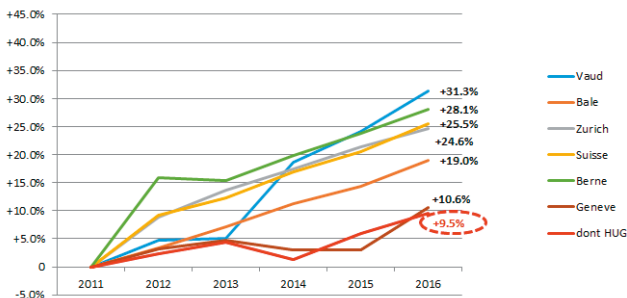


Figure 5. Indice de progression des charges d'exploitation des hôpitaux et cliniques (année 2011 = base 100).

L'explication de cette hausse modérée des coûts des HUG, entre 2011 et 2016, repose essentiellement sur une progression maîtrisée des charges de personnel.

¹⁵ Sources issues de l'OFS : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-spitalern/kennzahlen-der-schweizer-spitaeler.html>

¹⁶ Afin de réaliser ce comparatif à isopérimètre, le coût total des HUG tient compte des charges non monétaires.

2.2.2. Spitalbenchmark

Spitalbenchmark fournit chaque année un benchmark basé sur tous les hôpitaux suisses sous l'égide de H+. Le dernier benchmark s'appuie sur les données de l'année 2017 et mène notamment aux conclusions suivantes :

Coût du point DRG

En raison notamment de salaires plus élevés à Genève que dans les autres cantons, le coût du point DRG pour les HUG a toujours été supérieur à celui des autres HUS¹⁷. Néanmoins, les HUG ont marqué leur volonté de réduire cet écart depuis 2012. Le coût du point DRG aux HUG¹⁸ passe ainsi de 13'013 CHF en 2012 à 12'794 en 2017, tandis que le coût moyen du point DRG pour les autres HUS reste stable (11'456 CHF en 2012 et 11'446 en 2017).

Lourdeur moyenne des cas traités (CMI¹⁹)

En plus d'être un hôpital universitaire, les HUG ont également un statut d'hôpital de zone et doivent par conséquent assurer des prestations dans la médecine et chirurgie de base et l'obstétrique. Cela a pour conséquence de baisser la lourdeur moyenne des cas traités par les HUG (CMI de 1.23 pts en 2017) comparée aux autres HUS (CMI de 1.43 pts en 2017).

Cependant, cet indice est en constante augmentation pour les HUG depuis 2012 en raison d'une augmentation des cas complexes pris en charge et d'une meilleure fiabilisation de la documentation²⁰.

Hausse de 3.3% du CMI pour les HUG entre 2016 et 2017

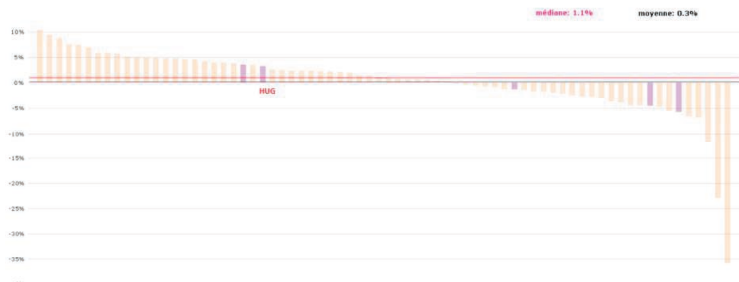


Figure 6. Variation en pourcentage du Case Mix Index (CMI) entre 2016 et 2017 (source : Spitalbenchmark).²¹

Alors que le CMI des HUG a augmenté en 2017, les autres HUS accusent une baisse moyenne de -1.9%. Cette tendance baissière est due à la mauvaise prise en compte de la médecine universitaire par la structure tarifaire SwissDRG. Cette situation est reconnue et fait l'objet de discussions avec SwissDRG pour dégager des solutions afin d'améliorer la structure tarifaire.

¹⁷ HUS : Hôpitaux universitaires suisses

¹⁸ Coût incluant les charges d'utilisation des immobilisations

¹⁹ CMI : Case Mix Index, indicateur qui permet de mesurer le degré de gravité d'un cas d'hospitalisation (et donc le coût de son traitement). A cet effet, on répartit d'abord les cas de traitement entre différents groupes de patients (DRG). A chaque groupe DRG est associé un « cost weight » ou coût relatif. Le CMI est obtenu en divisant tous les points DRG par le nombre d'hospitalisations.

²⁰ Travaux d'amélioration de l'exhaustivité des relevés et de la documentation, adaptation rapide aux évolutions tarifaires, documentation améliorée des cas pour le codage, mise en place des nouveaux codes complexes

²¹ Les histogrammes mauves représentent les autres HUS.

Le taux de couverture (des coûts par les recettes) pour les soins hospitaliers aigus

Ce taux pour les HUG se situe à 84.9% en 2017, soit en dessous de la moyenne suisse qui est à 91.1% et de la médiane à 92.3%. Ce manque de couverture est dû pour une part à la structure tarifaire SwissDRG, qui reste non aboutie et ne couvre pas suffisamment le coût des prestations des centres universitaires et, pour une autre part, à un tarif trop bas et qui contient les parts d'investissement sans avoir été ajusté en conséquence. Cette situation est d'ailleurs similaire dans d'autres HUS tels que Bâle et le CHUV, qui appliquent le même tarif que Genève. Les HUS zurichois et bernois bénéficiant d'un tarif plus élevé, présentent de meilleurs taux de couverture.

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

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

Un taux de couverture hospitalier insuffisant pour les HUS pour les soins hospitaliers aigus



Figure 7. Taux de couverture LAMAL pour l'hospitalier en zone aigue (source : Spitalbenchmark).

Le taux de couverture ambulatoire

L'activité ambulatoire hospitalière n'est que partiellement couverte par la structure TARMED²² puisque son taux de couverture est de 86.6% pour les HUG. Ce taux reste supérieur à la moyenne (84.5%) et à la médiane suisse (85.2%). Les HUG poursuivent leurs efforts d'efficience sur l'ambulatoire, mais un taux de 100% est difficile à atteindre en raison d'une structure TARMED mal adaptée à l'ambulatoire hospitalier (en raison notamment du manque de valorisation des prestations infirmières).

²² Le benchmark est basé sur la base TARMED 01.08.00. A partir du 1er janvier 2018, le nouveau catalogue 01.09.00_BR LAMal est en vigueur.

La couverture nationale des coûts ambulatoires est partielle

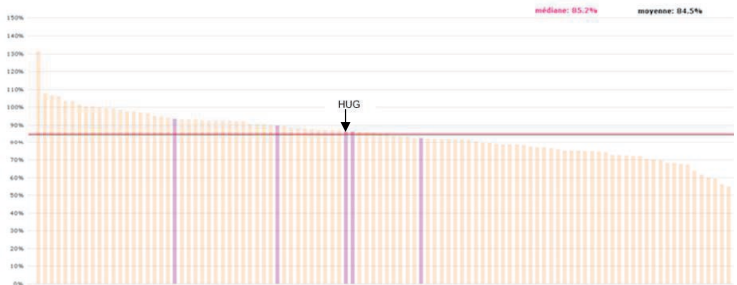


Figure 8. Taux de couverture ambulatoire avec CUI (source : Spitalbenchmark).

2.2.3. Les indicateurs suivis par l'ANQ

L'ANQ (l'association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques) coordonne et met en œuvre les mesures de qualité dans différents domaines : médecine somatique aiguë, réadaptation et psychiatrie. Les résultats permettent de faire des comparaisons à l'échelle nationale, à partir desquelles les hôpitaux et les cliniques peuvent développer des mesures ciblées pour améliorer leur qualité.

Pour les deux indicateurs nationaux « réadmissions et ré-opérations potentiellement évitables », les résultats des HUG sont dans les cibles attendues²³.

Les indicateurs qualité ANQ bien positionnés par rapport à la cible



Figure 9. Objectifs qualité et valeurs observées.²⁴

²³ Ces chiffres 2017 ne sont pas communiqués par l'ANQ au moment de la production de ce document. Ils ont donc été calculés par les HUG selon la méthode nationale, pour permettre un suivi proactif, au plus près de l'activité.

²⁴ Source : Evaluation issue de l'outil SQLape pour les données 2017

2.3. Contexte général des HUG

2.3.1. Contexte sanitaire

La demande de la population en matière de santé évolue, tant de façon quantitative que qualitative.

Un volume de patients toujours en hausse

Le volume de patients ne cesse de croître en raison notamment de l'augmentation de la population qui dépasse pour la première fois le seuil des 500 000 habitants²⁵ (+0,4% par rapport à 2017).

Une évolution dans la nature des soins offerts

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

Le vieillissement de la population, l'augmentation importante des maladies chroniques et l'augmentation des cas multiples de comorbidités nécessitent une approche de plus en plus pluridisciplinaire et holistique et non plus uniquement disciplinaire et spécialisée.

La figure suivante illustre la hausse du nombre de patients âgés : ainsi, les patients âgés de plus de 70 ans ont augmenté de près de +24% en 10 ans, soit plus du double de la hausse globale (+10.4%).

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

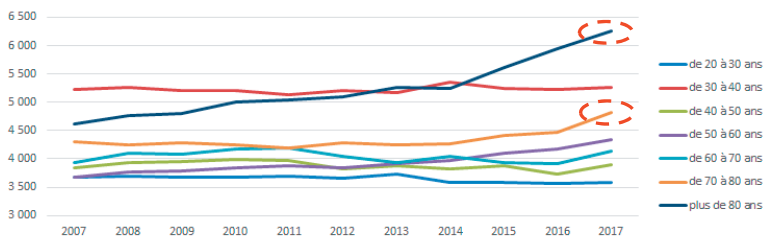


Figure 10. Evolution des patients hospitalisés par tranche d'âge.

Il est à noter également que, depuis quelques années, la proportion des patients ayant une pathologie avec une complexité importante est également à la hausse. Pour les soins aigus, ceci se traduit par une hausse du cost-weight, estimé à 5.0 MCHF entre 2017 et 2018. Le graphique suivant montre ainsi la hausse des patients avec un nombre élevé de comorbidités entre 2012 et 2018.

²⁵ Selon les statistiques sur la population à Genève : https://www.ge.ch/statistique/tel/publications/2018/informations_statistiques/autres_themes/is_population_13_2018.pdf
Rapport de gestion 2018 des HUG

Augmentation des patients présentant plus de 6 comorbidités

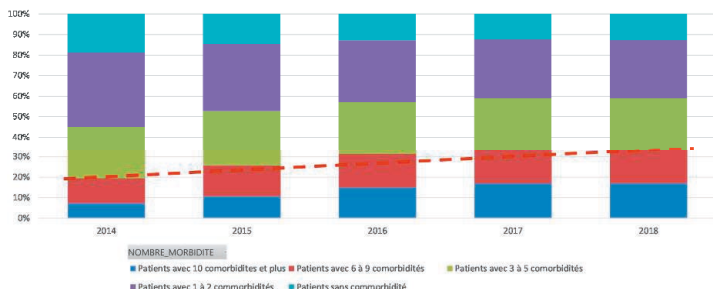


Figure 11. Evolution de la part de patients par nombre de comorbidités.

Il est à noter également que, dû à leur caractère universitaire et à l'obligation d'admettre tous les patients, la lourdeur des cas pris en charge par les HUG est bien plus importante que celle notée dans les cliniques privées, comme indiqué dans la figure ci-dessous.

La lourdeur des cas des HUG est plus importante que dans les cliniques privées

Lourdeur des cas

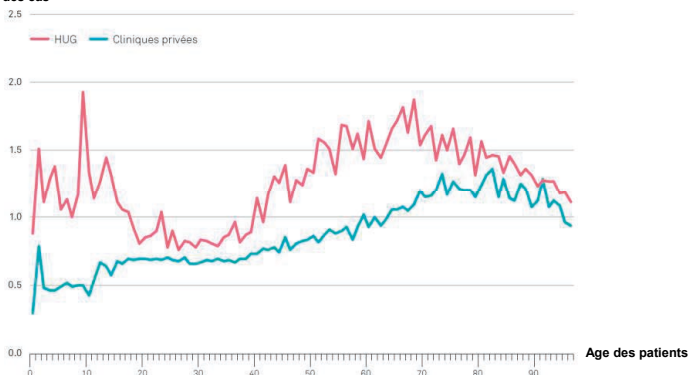


Figure 12. Evolution de la complexité des cas en soins aigus selon l'âge des patients.²⁶

Enfin, la distribution des patients en fonction de leur niveau de consommation de ressources aux HUG montre une forte concentration : environ 3% des patients représentent 25% des coûts hospitaliers ! Ces patients sont souvent d'importants consommateurs de soins pour des raisons autres que leur état de santé : précarité économique, isolement social, troubles mentaux, solitude familiale... Ces patients viennent à l'hôpital en moyenne 3 fois plus que les autres patients et leur durée moyenne de séjour est plus longue également (62 jours contre 4 pour la majorité des patients). Une étude

²⁶ Source provenant de l'OCSTAT et de l'OFS.

populationnelle est en cours pour mieux identifier et comprendre ces patients ainsi que pour adapter leur prise en charge.

Environ 3% des patients représentent 25% des coûts hospitaliers

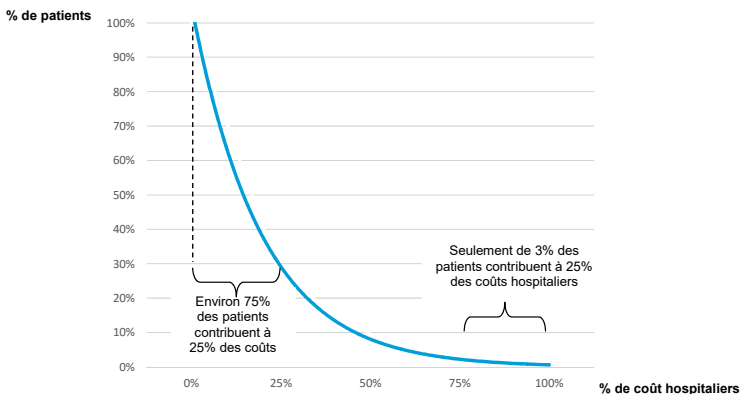


Figure 13. Distribution des patients en fonction de leur poids dans les coûts hospitaliers.²⁷

2.3.2. Contexte tarifaire

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

Dans la zone de soins somatiques aigus, sous tarification en SwissDRG, les tarifs 2018 restent globalement stables par rapport aux deux précédentes années. La valeur de point pour les patients AOS (assurance obligatoire des soins) s'élève à 10'650 CHF depuis 2016 et est identique à celle du CHUV. Ceci facilite ainsi l'accessibilité des ressortissants vaudois et genevois à l'un ou l'autre hôpital universitaire. Pour les patients privés, la valeur de point conventionnée reste de 12'004 CHF. Pour la partie non conventionnée, elle est passée de 12'720 CHF en 2017 à 12'970 CHF en 2018.

La valeur du point négociée conjointement par les cinq hôpitaux universitaires avec la CTM (Centrale des tarifs médicaux LAA, AI et LAM) en 2018 est en légère diminution par rapport à 2017. Elle passe de 10'980 CHF à 10'912 CHF.

Conformément aux évolutions tarifaires, les cas de soins palliatifs sont facturés en DRG en 2018. Seuls les cas hors centres spécialisés relèvent d'un système de facturation au forfait encore en 2018.

La couverture des coûts de production d'un point DRG aux HUG reste insuffisante, principalement pour l'AOS (taux de couverture de 84.9%).

Pour les zones de soins au bénéfice d'un forfait journalier, les tarifs sont stables par rapport à 2017.

²⁷ Source basée sur l'année 2017
Rapport de gestion 2018 des HUG

Pour les soins subaigus, le tarif négocié entre les HUG et les différents groupes d'assureurs, exception faite du groupe d'assureurs membres d'HSK, s'élève à 765 CHF / jour. Ce tarif est conforme au tarif arrêté par le Conseil d'Etat en vigueur pour les assureurs avec lesquels la négociation n'a pas abouti.

Pour les soins de réadaptation médicale, les conventions, signées avec tous les assureurs, portent sur une période indéterminée. Elles permettent le maintien d'un tarif à 647 CHF / jour pour Loëx et Bellerive, de 665 CHF / jour pour Joli-Mont et 630 CHF / jour pour Montana.

Aucun des tarifs journaliers dans ces deux zones, en vigueur en 2018, ne couvre les coûts de production.

Pour les autres zones de soins, les tarifs sont les suivants :

Pour les soins de psychiatrie, l'année 2018 est marquée par l'entrée en vigueur dès le 1^{er} janvier de la nouvelle structure tarifaire TARPSY. Il s'agit de la mise en place par le législateur d'une tarification uniforme au niveau national basée sur l'intensité et la nature des prestations pour les soins de psychiatrie. La valeur de point est de 860 CHF pour les assureurs conventionnés. Le tarif provisoire édicté par le Conseil d'Etat est également de 860 CHF et s'applique aux assureurs pour lesquels aucune convention n'a été signée. Ce tarif permet de maintenir la stabilité des recettes par rapport à l'ancienne structure tarifaire, mais ne permet pas de couvrir les coûts.

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

La communauté tarifaire TARMED genevoise (HUG, médecins de ville et cliniques privées) maintient une stratégie commune de détermination de la valeur du point et a décidé de ne pas rouvrir de négociation tarifaire avec les assureurs en 2018, ce d'autant plus que l'imposition de la nouvelle structure tarifaire TARMED 01.09.00_BR LAMal engendre pour 2018 des baisses de valorisation de certaines prestations.

En conclusion, on peut considérer la quasi-stabilité des tarifs par rapport à l'année 2017 tandis que les coûts ont augmenté en raison notamment des charges contraignantes (annuité, CPEG, ...).

2.3.3. Contexte budgétaire

2.3.3.1. Contrat de prestations

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

Le contrat fixe les crédits d'investissement ainsi que les indemnités de fonctionnement pour des prestations portant sur trois domaines : les soins, les missions d'intérêt général, la formation et la recherche.

L'indemnité monétaire de fonctionnement du budget 2018 s'élève à 881.3 MCHF et augmente de 15.7 MCHF par rapport à 2017, principalement pour soutenir l'exploitation des nouveaux bâtiments et répondre aux besoins de la planification sanitaire cantonale. A périmètre constant, elle diminue cependant de 41.7 MCHF entre 2014 et 2018, comme le montre le schéma suivant.

Une indemnité monétaire en baisse de 41.7 MCHF depuis 2014 à périmètre constant

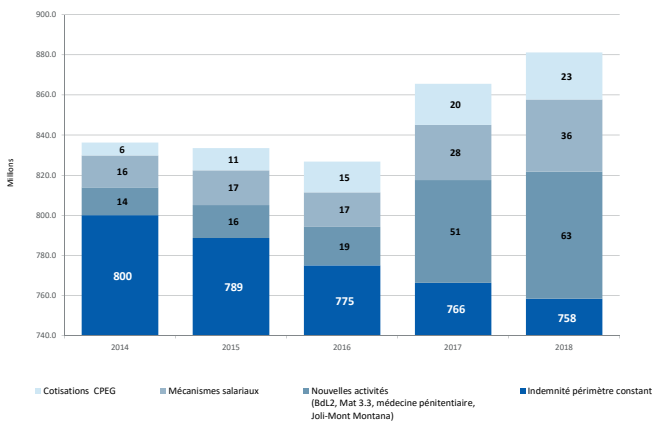


Figure 14. Evolution de l'indemnité de l'Etat entre 2014 et 2018 (en MCHF).

Ainsi, avec une activité en constante augmentation et des charges contraignantes importantes, les HUG doivent mettre en place une politique globale d'efficacité visant à gérer la croissance avec la meilleure allocation possible des ressources. Grâce à l'importance des mesures structurelles mises en place en 2018, et malgré la diminution du financement hospitalier et les impacts des réformes tarifaires. Le déficit budgétaire annoncé à -13.7 MCHF a été réduit à -2.7 MCHF. Ce dernier permet un bouclage des comptes à l'équilibre, en puisant dans le résultat du contrat de prestations.

2.3.3.2. Lettre de cadrage

La formalisation de l'indemnité monétaire de fonctionnement pour 2018 figure dans la lettre de cadrage du DES du 20 décembre 2017. Le montant global de l'indemnité cantonale inscrite au budget 2018 pour les HUG s'élève à 881.3 MCHF.

La variation de +15.7 MCHF par rapport à 2017 s'explique notamment par :

- Des moyens supplémentaires pour la mise en exploitation du nouveau bâtiment des lits et de la 3^{ème} étape de la Maternité (+11.5 MCHF), le financement des mécanismes salariaux (+11.5 MCHF) et des besoins liés à la planification sanitaire (+3.2 MCHF) ;
- Des économies demandées à hauteur de -11.2 MCHF.

L'indemnité 2018 se répartit comme suit :

Indemnités	Montants
Indemnité de soins	547 174 399
Indemnité recherche et enseignement	189 058 635
Indemnité missions d'intérêt général	145 039 102
Total	881 272 136

Figure 15. Indemnité monétaire de fonctionnement.

3. Présentation de l'activité des HUG

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

- L'activité hospitalière stationnaire, constituée des soins aigus, de gériatrie et de réhabilitation (incluant la réadaptation et une faible partie des soins palliatifs jusqu'au 31/12/2018²⁸) et de la psychiatrie. Les indicateurs de mesure comprennent les données d'activité (nombre de séjours hospitaliers, durée moyenne de séjour, taux d'occupation...) et de complexité des cas traités ;
- L'activité ambulatoire, mesurée via des indicateurs de volume d'activité (nombre de prises en charge, visites ou hospitalisations de jour...).

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

- D'interventions chirurgicales avec des indicateurs de capacité et de fonctionnement des blocs opératoires ;
- De prises en charges aux urgences en suivant l'évolution du nombre d'urgences, leur gravité et les flux.

La figure ci-dessous indique l'évolution de l'activité des HUG depuis 2014 et montre la progression plus rapide de l'activité ambulatoire comparée à l'activité stationnaire (notamment en raison de la poursuite de l'ambulatorisation²⁹ de l'activité).

Notons que le décrochage constaté entre 2016 et 2017 sur le nombre de cas (+2'548 cas) dans les soins hospitaliers provient essentiellement de l'intégration des cliniques de Joli-Mont et Montana.

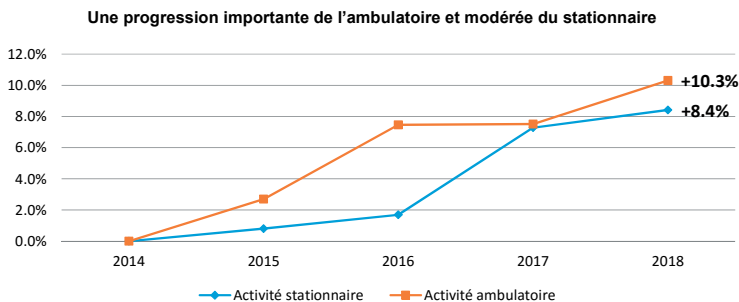


Figure 16. Evolution de l'activité des HUG sur les cinq dernières années.³⁰

²⁸ Il est à noter que les soins palliatifs sont progressivement requalifiés en soins aigus depuis 2016, ceci afin d'assurer une meilleure adéquation entre les soins apportés et les besoins de la patientèle. Pour rappel, SwissDRG a décidé de la tarification des soins palliatifs en DRG à partir du 1er janvier 2018 pour les centres spécialisés (Hôpital de Bellrive) et à partir du 1er janvier 2019 pour les autres structures d'accueil (Clinique de Joli-Mont).

²⁹ La notion d'ambulatorisation ou de virage ambulatoire a été traitée dans les faits marquants.

³⁰ A noter que les recettes hospitalières relatives aux cliniques de Joli-Mont et de Montana s'élevèrent à 15.6 MCHF en 2017.

3.1. Evolution de l'activité stationnaire

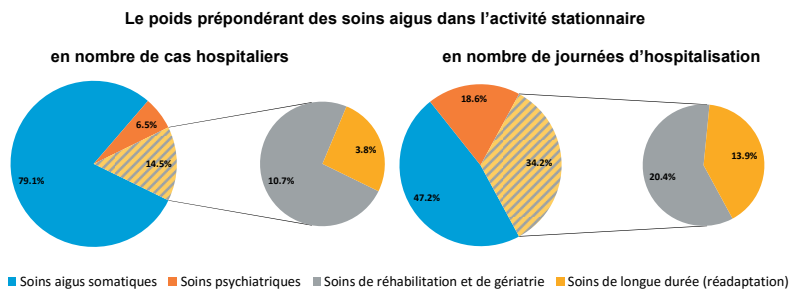


Figure 17. Répartition des séjours stationnaires par zones de soins en 2018.

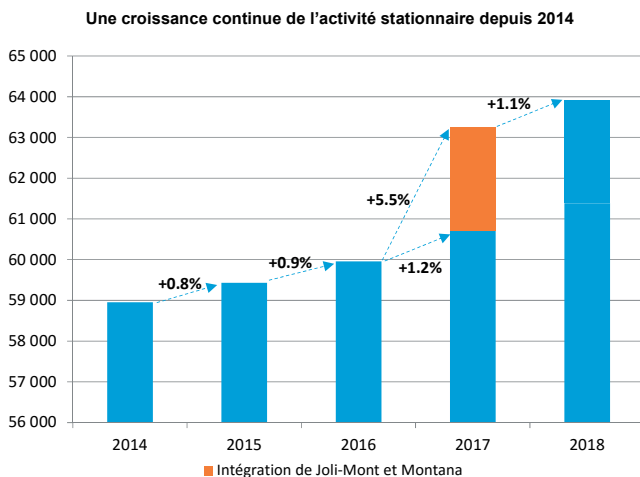


Figure 18. Evolution de l'activité stationnaire des HUG (en nombre de cas hospitaliers).

Depuis 2010, la progression générale de l'activité stationnaire aux HUG s'explique principalement par l'augmentation et le vieillissement de la population du canton de Genève³¹. La forte hausse visible entre 2016 et 2017 est expliquée par un effet de changement de périmètre (intégration des cliniques Joli-Mont et Montana). Hors cet effet de périmètre, la hausse était de +1.2%. Entre 2017 et 2018, la hausse suit la même tendance (+1.1%).

³¹ L'augmentation de la population du canton de Genève est fournie par la statistique de la population. Source obtenue sur le site de l'Etat de Genève « https://www.ge.ch/statistique/tel/publications/2018/informations_statistiques/autres_themes/is_population_13_2018.pdf ». Rapport de gestion 2018 des HUG

La hausse du nombre de lits en service entre 2014 et 2017, passant de 1'989 lits à 2'174, est expliquée principalement par l'intégration des cliniques de Joli-Mont et Montana. En revanche, entre 2017 et 2018, même si l'activité augmente, le nombre moyen de lits en service diminue (2'133 en 2018) soit -1.9%. Ceci s'explique par des interventions chirurgicales moins invasives et par une intensification des hospitalisations du fait d'une amélioration des flux hospitaliers. Ainsi le taux d'occupation moyen des lits augmente par rapport à l'année précédente (88.8% par rapport à 87.1% en 2017³²) et se maintient dans la fourchette haute des normes hospitalières (entre 85% et 90%). La durée moyenne de séjour dans les soins aigus notamment (qui représentent près de 80% des soins stationnaires) se rétracte très légèrement (6.8 jours par rapport à 6.9 jours l'année précédente).

Enfin, il est à noter que même si le volume d'activité dans les soins stationnaires augmente, un changement de type de patientèle est constaté : une hausse notable des cas avec un DRG médical est constatée au détriment des autres cas (DRG chirurgicaux et autres DRG). Bien que ces DRG médicaux soient tout aussi complexes que les autres DRG, ils sont moins techniques et moins rémunérés. Enfin, ils requièrent plus de soins en raison de patients de plus en plus âgés et avec plus de comorbidités.

3.1.1. Soins aigus

L'activité des soins aigus continue d'afficher une hausse en 2018, avec une tendance similaire à celle de l'année précédente. Ainsi, 50'757 cas aigus stationnaires ont été traités, soit une progression de +1.3% (+654 cas) par rapport à 2017. Ce taux de progression est légèrement supérieur aux objectifs du contrat de prestations (pour les cas AOS genevois) fixé à 1.25% en moyenne par an.

La hausse d'activité en 2018 suit la même tendance qu'en 2017

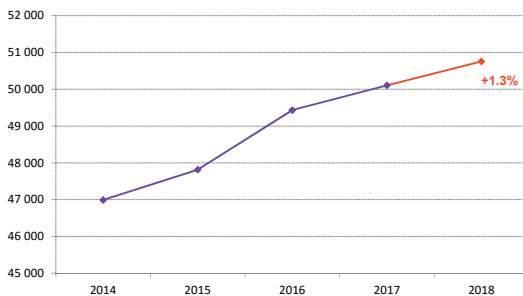


Figure 19. Evolution du nombre de séjours hospitaliers.

³² Nombre de lits moyen en service toutes zones de soins confondues.

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

- La hausse de l'activité des urgences gériatriques à l'hôpital des Trois-Chêne (+6.2%) permettant d'accompagner l'évolution démographique ;
- Le vieillissement de la population et la hausse démographique, qui contribuent à la hausse du nombre de cas hospitaliers au sein de la médecine interne générale notamment (+4.2%) ;
- L'épidémie de grippe, qui a nécessité l'ouverture d'une nouvelle unité tampon en 2018 ;
- La progression (+4.6%) de l'activité constatée aux urgences hospitalières adultes, a nécessité des adaptations ces dernières années, telles que l'élargissement des horaires des plateaux d'imagerie et l'ajout de boxes supplémentaires de consultation. A noter que cette hausse d'activité s'accompagne d'une volonté des HUG de réduire les délais d'attente et de traitement. Ainsi, le temps d'attente moyen aux urgences diminue significativement : 4h48 en 2018 par rapport à 5h23 en 2017 ;
- La poursuite du transfert d'activité des soins palliatifs en soins aigus à Bellerive afin d'assurer une meilleure adéquation des ressources aux besoins des patients et de s'adapter aux nouvelles structures tarifaires ;
- Une hausse du nombre d'interventions de transplantation en 2018 par rapport à 2017 (+14.0%) ;
- Une hausse du nombre de cas hospitaliers constatée pour la chirurgie viscérale (+2.8%). Les cas les plus fréquemment traités concernent les hémorragies digestives, les pancréatites aiguës et les diverticulites aiguës.

Certains secteurs spécifiques ont toutefois affiché un ralentissement de l'activité cette année, notamment aux soins intensifs. En effet, dans ce secteur, les ressources ont dû être ajustées en raison de deux facteurs : le premier, la technique chirurgicale évolue avec des interventions moins invasives (par exemple en neurochirurgie, en chirurgie cardiaque...). Le second facteur concerne le changement du dispositif d'accueil afin d'assurer une meilleure orientation du patient. En raison des interventions moins invasives, les HUG ont développé les structures de soins intermédiaires.

Le cost-weight moyen³³ (CW) de 1.23 points est supérieur à celui de l'année 2017 (1.21 points). Conformément à ce qui a été indiqué dans les chapitres précédents, le vieillissement de la population, l'augmentation importante des maladies chroniques et l'augmentation des cas multiples de comorbidités, nécessitent des soins plus complexes, impactant à la hausse le CW. Ce phénomène est également accentué par la prise en charge en ambulatoire des cas les plus légers. Cette hausse du cost-weight révèle également la poursuite de l'amélioration de la qualité et de l'exhaustivité de la documentation et du codage.

La durée moyenne de séjour (DMS) baisse légèrement (6.8 jours en moyenne en 2018 contre 6.9 jours en 2017), malgré la hausse du nombre de patients avec un indice de complexité élevé et avec des comorbidités importantes (cf. figure 11). Cette optimisation de la DMS est le résultat des efforts constants des HUG pour anticiper la sortie du patient et permettre une intervention chirurgicale le jour de l'entrée du patient (taux de same day surgery de 71.6% en 2018 par rapport à 66.9% en 2017). Ces efforts ont été accentués par la mise en place les années précédentes d'itinerary Patients

³³ Le cost-weight est un indice reflétant la lourdeur de prise en charge d'un cas soigné. Plus le cas soigné est lourd, plus le cost weight est important.

Managers dans les services de neurochirurgie, de neurologie, de médecine interne, de gériatrie et de chirurgie viscérale. Toutes ces mesures permettent ainsi de limiter le nombre de journées d'hospitalisation inappropriées.

Le système PRN (Projet de recherche en nursing³⁴) est un système d'évaluation de la charge en soins. Les statistiques montrent une augmentation de la charge de soins entre 2017 (3'004 points en moyenne par EDS) et 2018 (3'033 points), soit une hausse de +1.0%. Cette hausse reflète la complexité croissante des soins octroyés.

La provenance des patients par zone géographique

Les cas hospitaliers en soins aigus sont majoritairement des patients genevois (87%). Les autres patients sont des extra-cantonaux et étrangers (inclus les frontaliers), à parts égales (environ 6% des patients en soins aigus). Les courbes d'évolution depuis 2014 montrent une hausse continue du nombre de patients genevois.

Par ailleurs, le nombre de patients frontaliers affiche une baisse jusqu'à 2016, en lien avec le changement de la législation française concernant l'assurance maladie. Cette tendance semble se renverser depuis 2016, en raison notamment d'un nombre important de frontaliers qui s'assurent à la LAMal.

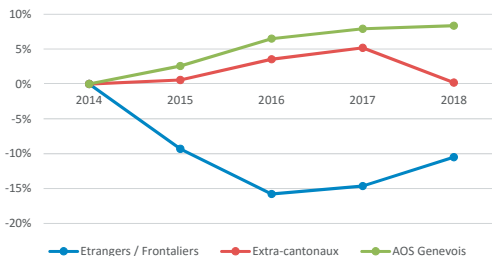


Figure 20. Evolution du nombre de patients par canton de domicile pour les soins aigus.³⁵

Les patients extra-cantonaux affichent une baisse entre 2017 et 2018. Les patients domiciliés dans le canton de Vaud sont les plus représentatifs (50% des extra-cantonaux). Les patients extra-cantonaux sont hospitalisés dans un canton différent de celui de leur domicile majoritairement en raison de pathologies complexes nécessitant des prestations et une expertise pointues. La baisse de patientèle parmi les extra-cantonaux concerne donc surtout la médecine spécialisée et tous les cantons romands.

³⁴ La méthode PRN est un système canadien participant à la documentation de l'activité infirmière. Constitué de plus de 130 interventions, le catalogue PRN permet de déterminer l'intensité des actes de soins. Chaque jour, les infirmières effectuent une évaluation de leurs patients en décrivant les soins prescrits par le médecin ou relevant du rôle propre infirmier. Cette méthode permet d'évaluer notamment l'adéquation entre la demande en soins et l'offre en personnel (dotations).

Source : <https://www.chuv.ch/fileadmin/sites/chuv/documents/chuv-descriptif-justificatif-CHOP-99C1-PRN-CHUV-180601.pdf>

³⁵ Le nombre de patients AOS à fin 2017 est provisoire au moment de la réalisation de ce rapport.

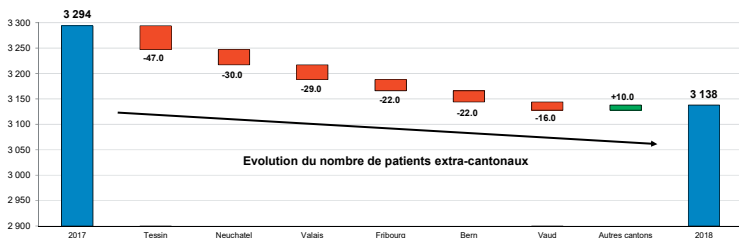


Figure 21. Evolution du nombre de patients extra-cantonaux pour les soins aigus par canton de domicile.

3.1.2. Soins subaigus³⁶ et de réadaptation

L'année 2017 fut marquée par l'intégration des cliniques de Joli-Mont et Montana et donc une hausse d'activité mécanique (+2'500 hospitalisations et +30'000 journées d'hospitalisation). En 2018, l'activité est quasi-stable tant en nombre de cas hospitaliers que de journées d'hospitalisation sur la zone de soins subaigus et de réadaptation. Cette stabilité résulte de deux tendances divergentes :

- Dans les soins de réadaptation, la mise en place d'un projet « Itinéraire patients » destiné à améliorer la qualité des soins de réadaptation stationnaire par une harmonisation et une standardisation des pratiques. Ce projet a contribué à l'augmentation du volume des cas hospitaliers de 20.3% grâce à une optimisation de près de 25% des durées moyennes de séjour sur un an dans les unités pilotes³⁷ et l'augmentation conséquente de la rotation des patients dans les lits. Grâce aux efforts d'optimisation entrepris par les HUG, l'activité progresse de façon importante en nombre de cas, mais pas en nombre de journées d'hospitalisation.
- Dans les soins subaigus, l'activité baisse mécaniquement du fait de l'extension de la zone de soins aigus aux Trois-Chêne et de l'ambulatoire de certaines prises en charge de neuro-rééducation.

Une stabilité du nombre de cas et de journées d'hospitalisation dans les soins subaigus et de réadaptation

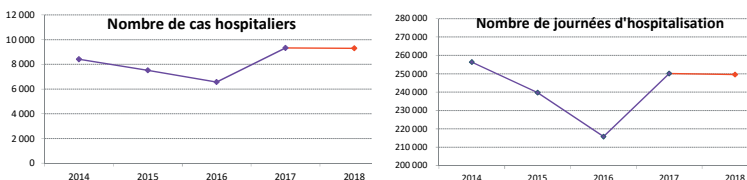


Figure 22. Evolution du nombre de cas hospitaliers et des journées d'hospitalisation en soins subaigus.

³⁶ Les soins subaigus incluent les soins gériatriques et de réhabilitation.

³⁷ Extrait de l'article du professeur Graf, chef du service de réadaptation médicale aux HUG, dans le magazine « Compétence de Septembre 2018 ».

3.1.3. Soins psychiatriques

Un changement de pratique judiciaire dans le canton de Genève a contribué à une hausse du nombre de patients sous mesures judiciaires dans les soins psychiatriques avec une diminution importante des sorties. Le nombre des patients sous mesures judiciaire (code pénal, code civil) s'est alors fortement accru (de 254 cas à fin 2015 à 314 à fin 2018). Cette catégorie de patients affiche une durée moyenne de séjour particulièrement longue comparée à la moyenne des autres patients en soins psychiatrie (127 jours contre 25 jours) et contribue donc à un engorgement de certaines unités de soins.

A cette problématique d'engorgement, s'ajoute également une difficulté financière. En effet, comme la sortie du patient est conditionnée à la décision judiciaire, certains des patients, ne nécessitant plus de soins hospitaliers, basculent au tarif d'attente de placement, moins élevé. Cette dernière catégorie affiche une durée moyenne de séjour encore plus longue (169 jours) pour 43 patients à fin 2018 !

Dans les années passées, ce phénomène a contribué à une sur-occupation chronique des unités psychiatriques (notamment aux admissions de psychiatrie adulte). Pour y remédier, les HUG ont pris des mesures dès 2016. Ainsi, l'offre de soins du service de psychiatrie adulte a été revue avec une meilleure articulation entre l'activité hospitalière (ouverture d'une unité de moyen séjour supplémentaire à Belle-Idée) et ambulatoire (CAPPI des Eaux-Vives, Jonction et Servette). Ce changement a été accompagné par un personnel dédié au « case management de transition » pour coordonner les prises en charge avec la ville et les structures hors HUG.

Si on exclut les patients sous mesures judiciaires (Curabilis et l'unité hospitalière de psychiatrie pénitentiaire), l'année 2018 est marquée par une hausse d'activité tant en nombre de cas hospitaliers (+4.5%, soit +151 cas hospitaliers) qu'en nombre de journées d'hospitalisation (+1.2%, soit +956 journées) par rapport à l'année 2017. Cette hausse en journées d'hospitalisation est liée au vieillissement de la population et concerne principalement les soins psychiatriques de gériatrie. Cette tendance entraîne une hausse du taux d'occupation (98.8% à 100.3%). Le nombre de lits est resté stable (266 lits).

Une reprise d'activité en lien avec le vieillissement de la population

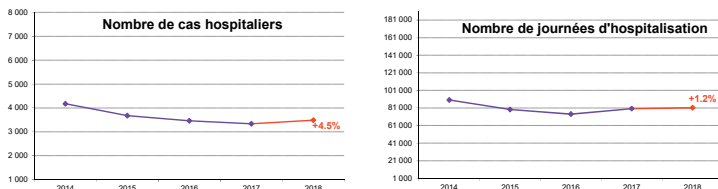


Figure 23. Evolution du nombre de cas hospitaliers et des journées d'hospitalisation en psychiatrie (exclus les patients sous mesures judiciaires).

3.1.4. Médecine universitaire

Les activités universitaires liées à la médecine complexe et hautement spécialisée sont également en croissance. Le nombre de cas universitaires, définis par le fait que plus de 75% de ces DRG sont pris en charge dans l'un des hôpitaux universitaires suisses, est en tendance haussière depuis 2014.

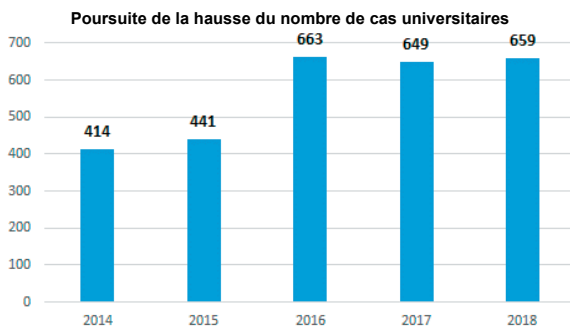


Figure 24. Nombre de cas universitaires pris en charge aux HUG.³⁸

Un exemple de médecine complexe et hautement spécialisée est l'angioplastie percutanée par ballonnet des artères pulmonaire (AAP). Cette nouvelle procédure thérapeutique déployée aux HUG pour les patients souffrant d'hypertension pulmonaire post-embolique³⁹, permet une reperméabilisation des vaisseaux atteints.

Depuis septembre 2016, les HUG ont déjà réalisé 62 procédures avec une efficacité et un taux de complication dignes des meilleurs centres mondiaux (0% de mortalité, 0% de complication sévère). Les HUG sont le premier hôpital de Suisse à avoir mis en place ce genre de programme. Ils ont été proposés par la Société Suisse pour l'Hypertension Pulmonaire comme centre de référence pour cette activité

³⁸ Le nombre de cas universitaires à fin 2018 est estimé sur la base des données disponibles à la date de rédaction du rapport. Ce décalage s'explique par les délais de codages du collectif.

³⁹ Maladie rare qui est due à une obstruction du lit vasculaire pulmonaire par du matériel thrombotique qui augmente la résistance au passage du sang à travers les poumons. Ceci entraîne une hypertension pulmonaire (CTEPH, chronic thromboembolic pulmonary hypertension) et une insuffisance cardiaque.

3.2. Evolution de l'activité ambulatoire

3.2.1. Cartographie des soins ambulatoires

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

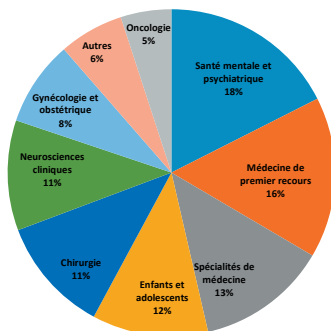


Figure 25. Répartition de soins ambulatoires en 2018⁴⁰

3.2.2. Progression de l'activité ambulatoire

Entre 2011 et 2018 on constate une progression de l'activité ambulatoire de près de 40%. Les HUG n'ont pas attendu la mise en application des contraintes législatives pour amorcer le virage ambulatoire.

En 2016, le seuil du million de prises en charge a été franchi avec 1'037'500 visites, soit une progression de +4.6% par rapport à 2015. En 2017, l'activité ambulatoire s'est maintenue au niveau de 2016. Elle progresse à nouveau en 2018 de +3% par rapport à 2017, pour atteindre un total de près de 1'065'000 de prises en charge ambulatoires.

⁴⁰ Le champ « Autre » correspond au département de l'imagerie médicale, au département d'anesthésiologie, pharmacologie et soins intensifs, au département de médecine interne, de réhabilitation et de gériatrie et au département de médecine génétique, de laboratoire et de pathologie.

Progression continue du volume d'activité avec une ambulorisation importante

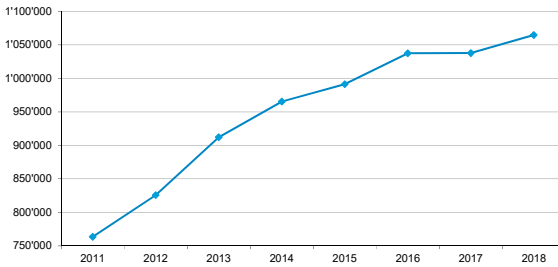


Figure 26. Evolution pluriannuelle du nombre de prises en charge ambulatoires.

Les principales fluctuations de l'activité ambulatoire entre 2017 et 2018 (+26'935 prises en charges par rapport à 2017) sont détaillées ci-dessous :

Hausse de 2.6% du nombre de prises en charge en 2018

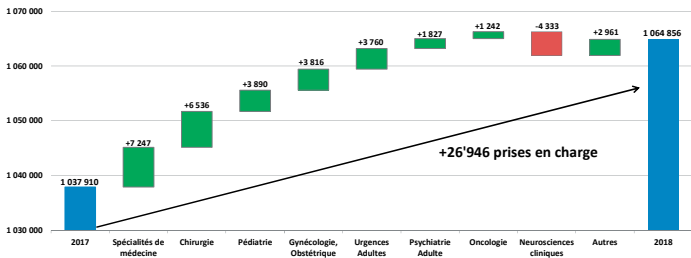


Figure 27. Facteurs contributifs à l'évolution du nombre de prises en charge ambulatoire entre 2017 et 2018.

- **Spécialités de médecine** : (+7'247 prises en charge par rapport à 2017, soit +5.8%). L'augmentation provient principalement des consultations en dermatologie, des consultations pour insuffisance cardiaque et de cardiologie préventive et des séances d'hémodialyse.
- **Chirurgie** : (+6'536 prises en charge par rapport à 2017 soit +5.7%). Cette hausse se concentre essentiellement sur la chirurgie orthopédique et plus particulièrement sur les consultations ambulatoires pour la chirurgie de la main. A noter que le nombre d'interventions ambulatoires progresse de manière plus rapide que les interventions stationnaires (+16.4% contre +0.1% entre 2016 et 2018).
- **Pédiatrie** : (+3'890 prises en charge par rapport à 2017 soit +3.3%). L'augmentation de l'activité provient essentiellement des urgences, de la pédopsychiatrie et du programme Santé Jeune de la pédiatrie générale.
- **Gynécologique / obstétrique** : (+3'816 de prises en charge de plus qu'en 2017, soit +4.4%). Cette progression s'explique par une augmentation de l'activité des urgences de gynécologie et

d'obstétrique. L'activité ambulatoire du service d'obstétrique hors urgences est fortement liée au nombre de naissances et elle est donc stable par rapport à 2017.

- Urgences ambulatoires adultes : (+3'760 prises en charge par rapport à 2017, soit +6.6%). L'augmentation est en adéquation avec le nombre total d'entrées aux urgences qui progresse de plus de 6% en 2018. Les mesures déployées ces dernières années telles que l'élargissement des horaires des plateaux d'imagerie, l'ajout de boxes supplémentaires de consultation, l'amélioration des transferts des patients dans les étages, l'enregistrement et le tri infirmier plus rapide et l'ouverture nocturne de l'unité d'urgence ambulatoire permettent le maintien d'un excellent niveau de prises en charge.
- Psychiatrie : (+1'827 prises en charge par rapport à 2017, soit +1.0%). La hausse provient des secteurs suivants :
 - La psychiatrie gériatrique (CAPP⁴¹ Epinettes) ;
 - La consultation pour troubles alimentaires ;
 - Les consultations de psychiatrie adulte aux CAPP⁴² Jonction et Eaux-Vives.

La progression des secteurs susmentionnés compense le recul du nombre de consultations ambulatoires d'addictologie notamment au CAAP⁴³ Arve et au programme expérimental de prescription de stupéfiants.

- Oncologie : (+1'242 prises en charge par rapport à 2017, soit +2.5%). Les services d'hématologie et de radio-oncologie affichent les principales hausses. En radio-oncologie, l'extension des horaires incluant l'ouverture le samedi a permis d'éviter des attentes inappropriées et d'absorber la patientèle normalement prévue pour le troisième accélérateur, à l'arrêt actuellement. De plus, le partenariat en oncologie avec la clinique de La Tour a rempli son objectif de contenir la hausse attendue de l'activité aux HUG, en permettant la prise en charge d'une partie des consultations de la rive droite.
- Neurosciences cliniques : (-4'333 prises en charge par rapport à 2017, soit -3.6%). La baisse du nombre de consultations ambulatoires de 4'705 essentiellement en neuro-rééducation (physiothérapie et consultations psy) et ophtalmologie n'est que très partiellement compensée par la hausse des hospitalisations de jour (HDJ) en ophtalmologie et ORL (584 HDJ). En 2018, 96% des interventions en ophtalmologie ont été faites en one day surgery⁴⁴. Le nombre d'interventions ambulatoires en ophtalmologie progresse ainsi de 17%. Depuis 2016, l'activité ambulatoire en neurologie est en hausse du fait de l'introduction de nouveaux traitements ambulatoires pour la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques et la sclérose latérale amyotrophique.

⁴¹ CAPP^A : Centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie de l'âge

⁴² CAPP^I : Centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie intégré

⁴³ CAAP : Consultation ambulatoire d'addictologie psychiatrique

⁴⁴ One day surgery : le jour d'admission est le jour d'intervention et il est également le jour de sortie.

- **Autres** : (+2'921 prises en charge par rapport à 2017, soit 1.7%)
 - En médecine de premier recours, la hausse de l'activité se concentre sur les consultations des voyageurs et de médecine tropicale ainsi que la consultation « Contrepoids ». A noter une diminution des consultations infirmières du programme Santé Migrant adulte par rapport à 2017.

Au niveau des laboratoires, de l'imagerie et des séances de radiothérapie, la progression de 3% des examens effectués sur les patients ambulatoires est en ligne avec l'intensification du virage ambulatoire.

3.3. Activité chirurgicale

La progression du nombre d'interventions chirurgicales toujours concentrée sur l'ambulatoire

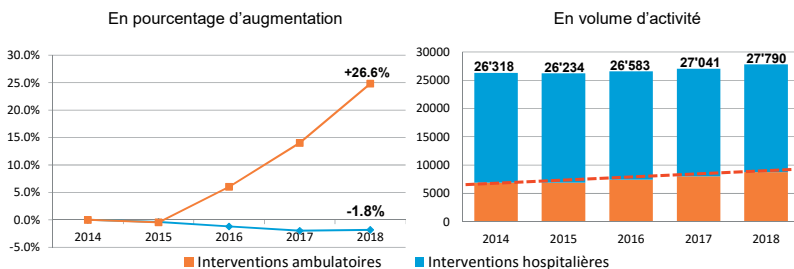


Figure 28. Evolution du nombre d'interventions chirurgicales.

L'activité chirurgicale affiche une tendance à la hausse depuis 2014 (+6.8%), grâce à l'ambulatoire (+26.6% de hausse). En 2018, la hausse du nombre des interventions se poursuit principalement en ophtalmologie et en orthopédie.

La hausse du nombre d'interventions chirurgicales en ophtalmologie continue en 2018

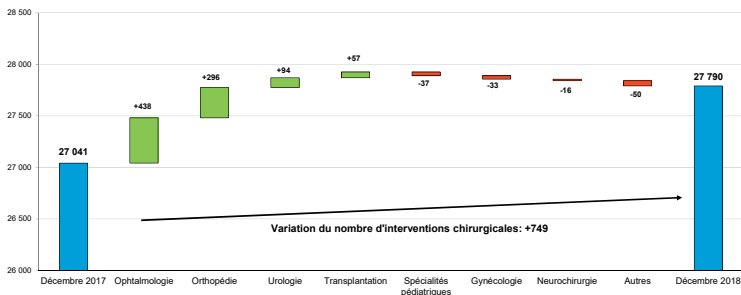


Figure 29. Evolution du nombre d'interventions chirurgicales par spécialité.

Le service d'ophtalmologie bénéficie en année pleine de la nouvelle équipe médicale et du renouvellement des équipements. Ce bilan est toutefois à nuancer du fait qu'une grande partie de ces interventions sont de très courte durée et avec peu de complexité (par exemple, les injections intravitréennes).

Les hausses du nombre d'interventions constatées en orthopédie et en urologie découlent d'une augmentation de la demande en soins. Pour faire face à cette demande et éviter les files d'attente, les HUG ont recruté en orthopédie un chef de clinique et un interne dans le courant de l'année 2017 mais dont l'effet en année pleine ne fut constaté qu'en 2018. En urologie, 2 chirurgiens supplémentaires ont également été recrutés. Les interventions les plus pratiquées sont les résections endoscopiques de la prostate, les urétérorénoscopies (semi-rigides et souples), les prostatectomies radicales et les cystectomies.

A noter que depuis 2017, les HUG ont entrepris des efforts d'amélioration du flux patientèle et d'augmentation du niveau de sécurité des interventions (six nouvelles salles opératoires dans le bâtiment Gustave Julliard).

3.4. Evolution des prises en charge aux urgences

Le nombre de cas pris en charge aux urgences s'élève à 125'417 en 2018. L'activité des urgences progresse de +6.3% par rapport à 2017.

La répartition des urgences et leurs évolutions sont fournies dans les diagrammes ci-dessous.

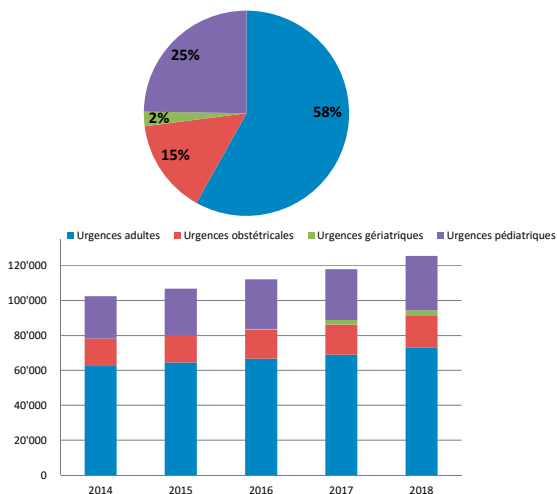


Figure 30. Répartition et évolution du nombre de prises en charge aux urgences.

Les urgences pédiatriques représentent 25% du total de prises en charge tous types d'urgences confondus.

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

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

3.4.1. Urgences adultes

Le nombre d'entrées augmente de 6% en 2018, par rapport à 2017.

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

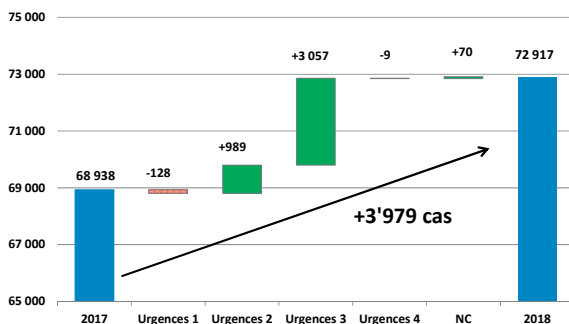


Figure 31. Evolution détaillée du nombre de cas pris en charge aux urgences adultes.

Le maintien d'un excellent niveau de prises en charge résulte des mesures déployées ces dernières années telles que :

- L'élargissement des horaires des plateaux d'imagerie ;
- L'ajout de boxes de consultation ;
- L'amélioration des transferts des patients dans les étages ;
- L'enregistrement et le tri infirmier plus rapide ;
- L'ouverture nocturne de l'unité d'urgence ambulatoire.

Le nombre de cas d'urgences, dont la prise en charge est faite dans les délais, continue de progresser tous niveaux d'urgence confondus.

Hausse du nombre de cas traités dans les temps de +36% entre 2014 et 2018

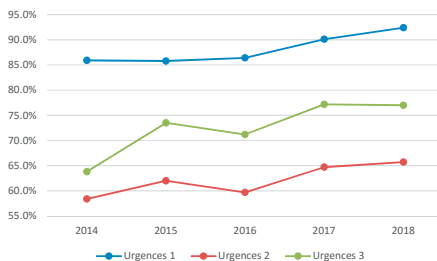


Figure 32. Evolution détaillée du taux de cas pris en charge aux urgences adultes dans les délais.

Ainsi, le taux de patients séjournant plus de 24h aux urgences se rétracte encore en 2018 (3.9%).

A noter que, dans le même temps, le nombre global d'entrées aux urgences a augmenté. Il faut donc saluer l'excellent travail des équipes du service des urgences qui, par leur organisation, arrivent à traiter un nombre de cas plus élevé, tout en diminuant les délais.

La capacité d'accueil du service des urgences (60'000 entrées) est dépassée depuis plusieurs années et 2018 ne déroge pas à ce constat. En conséquence, les HUG ont lancé un important programme de rénovation et d'agrandissement dont les premiers travaux sont prévus pour 2019. Malgré une limitation de la capacité d'accueil pendant les travaux, la mise en place d'une organisation spécifique et la bonne collaboration interprofessionnelle permettront de maintenir une fluidité dans la prise en charge.

3.4.2. Urgences gynécologiques et obstétriques

Le volume des urgences gynécologiques et obstétriques a augmenté de +8.1% entre 2017 et 2018, notamment du fait d'un changement de pratiques de la part des patientes : elles ont tendance à venir plus facilement aux urgences durant leur grossesse.

3.4.3. Urgences gériatriques

Les urgences gériatriques sont localisées sur le site des Trois-Chêne et sont ouvertes 7/7, de 8h à 19h. Elles s'adressent aux patients âgés de 75 ans et plus, dont le pronostic vital n'est pas engagé et qui ne nécessitent ni chirurgie, ni soins intensifs. Leur ouverture, fin 2016, a permis de limiter l'engorgement du service des urgences adultes et d'améliorer de façon qualitative la prise en charge en urgence des personnes âgées grâce aux équipements à disposition (scanner, IRM) sur le site des Trois-Chêne.

Entre 2017 et 2018 le nombre de cas accueillis aux urgences gériatriques progresse de 9.4%, atteignant un volume de 2'853.

3.4.4. Urgences pédiatriques

Le service des urgences pédiatriques continue d'assurer une bonne gestion de la file d'attente via un tri efficace. L'application Infokids pour smartphone et des rappels par SMS, participent à l'amélioration de la perception de la qualité chez les parents. Un changement de pratique semble s'opérer avec un recours aux urgences le week-end, pendant les vacances et le soir par des parents qui attendent de consulter après leur journée de travail et n'obtiennent pas de rendez-vous en ville. La qualité de la prise en charge et les changements de pratique augmentent le recours aux urgences de près de +8% entre 2017 et 2018.

4. Présentation des comptes HUG

4.1. Présentation des comptes entre 2014 et 2018

(en MCHF)

	2014	2015	2016	2017	2018
Total des Produits	1 758.9	1 792.4	1 866.6	1 902.3	1 938.3
Total Recettes	905.4	929.4	1 001.6	1 003.9	1 024.0
Recettes médicales	853.3	873.1	910.1	942.8	952.7
Autres recettes	52.1	56.2	91.5	61.0	71.3
Total Subventions	853	863	865	898	914
Total Subvention Etat	852.1	861.2	863.0	893.7	908.5
Indemnité monétaire de fonctionnement Etat	836.3	833.6	838.1	865.6	881.3
Part d'indemnité à distribuer	-17.3	-2.8	-7.1	-0.0	0.9
Produits différés de subventions d'investissement	32.3	29.9	29.8	27.6	25.8
Autres subventions	0.7	0.6	0.2	0.5	0.5
Autres Subventions et dotations internes	1.4	1.8	2.0	4.7	5.8
Total des Charges	1 706.8	1 784.0	1 843.3	1 902.2	1 941.0
Charges de personnel	1 288.6	1 351.4	1 417.5	1 476.3	1 520.5
Autres charges	418.2	432.5	425.9	425.9	420.4
Matériel médical d'exploitation	180.4	187.8	191.6	193.1	201.2
Charges de produits alimentaires	20.6	20.2	21.6	23.2	23.1
Charges de ménage	16.8	15.8	15.4	15.6	15.5
Entretien et réparations	28.8	31.3	29.5	28.8	28.1
Charges d'utilisation des immobilisations	44.7	62.1	63.9	60.3	57.1
Investissements liés aux PL actifs	32.3	8.1	8.4	6.1	3.2
Charges d'énergie et eau	17.6	17.6	15.8	18.5	17.5
Charges financières (part monétaire)	0.9	2.1	1.4	1.4	1.3
Charges de l'administration et de l'informatique	28.0	31.7	32.3	30.9	29.4
Autres charges liées aux patients	8.9	9.7	10.7	11.6	11.4
Autres charges non liées aux patients	39.2	46.3	35.3	36.4	32.7
Résultat de gestion	+52.0	+8.4	+23.3	+0.1	-2.7
Résultat net 2018 couvert par les excédents du contrat de prestations en cours					+2.7
Résultat comptable	+52.0	+8.4	+23.3	+0.1	0.0

Figure 33. Evolution des comptes entre 2014 et 2018.

La présentation des comptes ci-dessus intègre les deux cliniques de Joli-Mont et de Montana depuis 2017.

Le résultat de gestion est de -2.7 MCHF, mais tient compte de produits exceptionnels (traités dans les chapitres suivants) qui s'élèvent à +3.5 MCHF. Hors ces éléments exceptionnels, le résultat opérationnel est déficitaire de -6.2 MCHF.

4.2. Evolution des produits entre 2014 et 2018

La progression des produits entre 2014 et 2018 est due aussi bien à un changement de périmètre pour les HUG qu'à l'augmentation de l'activité et aux efforts d'exhaustivité de la facturation. L'analyse des produits doit tenir compte des éléments suivants :

- Une part relative aux investissements est supposée incluse dans les tarifs depuis 2012. Elle doit être rétrocédée à l'Etat sur la base de l'encaissement. Pour l'exercice 2018, cette rétrocession s'élève à 19.4 MCHF et représente 5% des forfaits journaliers et 8% des forfaits DRG, correspondant au coût d'utilisation des immobilisations selon la comptabilité analytique, certifiée REKOLE®.
- L'abattement pour juste valeur des débiteurs⁴⁵ a été calculé avec un taux de 3% jusqu'en 2014. Depuis 2015, les changements dans la gestion des débiteurs et du recouvrement ont permis de baisser progressivement le taux de débiteurs douteux. Cette baisse notable découle de l'optimisation de la gestion du recouvrement et de la mise en place des tiers payants (facturation électronique) qui évite de solliciter le patient et qui contribue à l'amélioration du recouvrement patients et assurances. Ainsi, dans les comptes 2018, la provision pour débiteurs douteux a été réévaluée à la baisse d'environ 6.0 MCHF par rapport à 2017. Notons que depuis 2016, les règles pour le provisionnement des débiteurs douteux sont alignées sur celles du service centralisé de recouvrement de l'Etat.

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

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

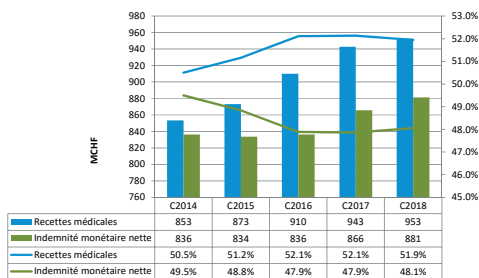


Figure 34. Evolution des principaux groupes de recettes.

Ainsi, durant cette période, les recettes médicales ont augmenté de +11.7% tandis que les indemnités monétaires ont augmenté de seulement +5.4%. Ces variations sont le reflet de l'activité des HUG et témoignent des efforts entrepris afin d'optimiser les recettes médicales.

⁴⁵ Référencé ci-après sous l'intitulé «609 - Déductions sur le produit des prestations aux patients ».

Enfin, il est à noter qu'au titre de la réduction de 5% des charges de personnel du grand Etat, prévue entre 2015 et 2018, l'Etat a appliqué une réduction annuelle de 1% de l'indemnité versée aux HUG. Une réduction supplémentaire de l'indemnité est encore appliquée chaque année au titre de la prise en compte de l'effet Noria (-4.5 MCHF en 2018).

4.3. Evolution des charges entre 2014 et 2018

La part des frais de personnel par rapport au total des charges augmente légèrement depuis 2014, passant de 75.5% à 78.3% en 2018. Celle des dépenses de médicaments et du matériel médical reste stable, passant de 10.6% en 2014 à 10.4% en 2018. Les charges de personnel sont soumises à des variations contraintes (annuités, variation du taux de charges sociales, nouvelles surfaces hospitalières, ...) difficilement maîtrisables par les HUG et qui expliquent pour une grande part leur progression dans les charges totales. A l'inverse, la progression des charges de médicaments et de matériel médical reste sous contrôle des HUG, qui déploient de nombreux efforts pour les maîtriser.

La part des frais de personnel est en hausse modérée

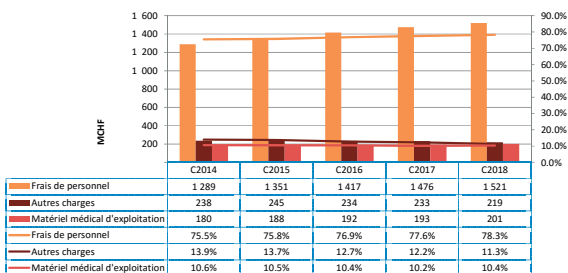


Figure 35. Evolution des principaux groupes de charges.

Les charges de personnel ont progressé de 18.0% sur la période considérée.

Les charges contraintes sur la période expliquent la moitié de l'augmentation. Il s'agit de l'intégration des cliniques de Joli-Mont et de Montana en 2017 (+29.6 MCHF), ainsi que la mise en exploitation des nouveaux bâtiments Gustave Julliard et de la 3^{ème} étape de la Maternité en 2017 et 2018 (+18.9 MCHF). Les mécanismes salariaux (annuité, minorée de l'effet Noria et hausse des cotisations à la caisse de pension) représentent 40 MCHF d'augmentation sur la période. Enfin, des ajustements de provisions concernant la modification des conditions d'obtention de la Rente-Pont AVS contribuent également à la hausse des charges de personnel depuis 2014 pour 17 MCHF.

Ainsi, hors charges contraintes, l'augmentation des frais de personnel est de +9.3%. Elle est due à l'activité soutenue dans certains secteurs (obstétrique, médecine interne, néonatalogie, migrants).

Entre 2014 et 2018, les charges liées au matériel médical d'exploitation ont augmenté de +11.5% (+20.7 MCHF). La hausse des volumes de médicaments et de matériel médical consommés, couplée à l'introduction de nouvelles molécules plus coûteuses, constituent les principaux facteurs d'augmentation de ces charges.

Quant aux autres charges de fonctionnement (produits alimentaires, ménage, entretien et réparations, charges d'utilisation des immobilisations, énergie et eau, charges financières, administration et informatique, autres charges liées aux patients, autres charges non liées aux patients), elles sont maîtrisées, malgré une activité en hausse et la mise en exploitation des bâtiments Gustave Julliard et de la 3^{ème} étape de la Maternité. Depuis 2014, ces charges ont diminué de -7.8% (-19 MCHF) notamment en raison de la limitation des renouvellements d'équipements et des renégociations de l'assurance RC.

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

4.4. Analyse des produits

Le total des produits (après déduction de la part du résultat à distribuer en 2018) s'élève à 1'938.3 MCHF. Il est en excédent par rapport au budget 2017 de 40.6 MCHF (+2.1%). Cet excédent a permis aux HUG de clôturer l'exercice avec un déficit d'exploitation de -2.7 MCHF, alors que le budget prévoyait un déficit de -13.7 MCHF.

Des recettes en croissance et supérieures au budget !

Montants en CHF	Comptes 2018	Budget 2018	Ecart C18/B18	Comptes 2017	Ecart C18/C17		
Recettes hors produits sur exercices antérieurs	1 938 309 164	1 897 660 545	+40 648 619	+2.1%	1 902 258 213	+36 050 951	+1.9%
60-62 Recettes médicales	952 707 418	933 626 000	+19 081 418	+2.0%	942 840 599	+9 866 820	+1.0%
65-68 Autres recettes	71 265 012	55 011 000	+16 254 012	+29.5%	61 023 934	+10 241 078	+16.8%
Total des subventions et indemnités	914 336 734	909 023 545	+5 313 189	+0.6%	898 993 680	+15 943 053	+1.8%
dont total des subventions et indemnités avant distribution à l'Etat	913 443 120	909 023 545	+4 419 575	+0.5%	898 420 999	+15 022 120	+1.7%
dont total des subventions à distribuer à l'Etat	+893 614	-	-893 614		-27 319	+920 933	-3371.0%
§ Total des produits après distribution résultat	1 938 309 164	1 897 660 545	+40 648 619	+2.1%	1 902 258 213	+36 050 951	+1.9%

Figure 36. Evolution des produits.

4.4.1. Recettes liées à la facturation des prestations médicales

Montants en CHF	Comptes 2018	Budget 2018	Ecart C18/B18	Comptes 2017	Ecart C18/C17		
060 Recettes hospitalières	597 961 842	620 032 000	-22 070 158	-3.6%	602 718 990	-4 757 139	-0.8%
Recettes soins aigus	450 562 959	466 213 000	-15 650 041	-3.4%	457 106 832	-6 543 873	-1.4%
Recettes soins non aigus	147 398 883	153 819 000	-6 420 117	-4.2%	145 612 149	1 786 734	1.2%
061 Recettes ambulatoires	361 404 213	335 661 000	25 743 213	7.7%	352 750 531	8 653 682	2.5%
600 Déductions sur le produit des prestations aux patients	-6 658 636	-22 067 000	15 408 364	-69.8%	-12 628 913	5 970 277	-47.3%
60-62 Total recettes médicales	952 707 418	933 626 000	19 081 418	2.0%	942 840 599	9 866 820	1.0%

Figure 37. Evolution des recettes médicales.

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

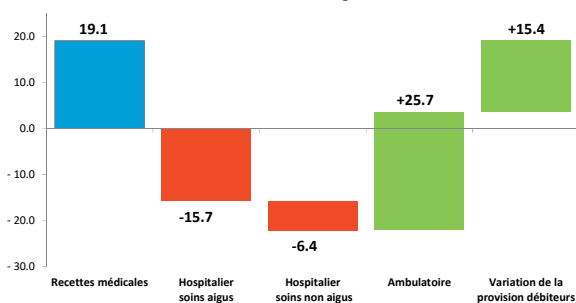


Figure 38. Décomposition de l'écart au budget des recettes médicales.

Le boni budgétaire de recettes médicales de +19.1 MCHF reflète le bon niveau d'activité des HUG durant l'exercice, surtout en ambulatoire. Ce boni est dû également à la bonne gestion des débiteurs qui s'améliore chaque année et qui permet de diminuer la provision y relative. Enfin, les mesures prises par les HUG en matière de rationalisation de l'utilisation des capacités d'accueil, d'optimisation de la fluidité du parcours patient et d'amélioration de l'exhaustivité de la facturation contribuent également à ce bon résultat.

4.4.1.1. Recettes hospitalières

Montants en CHF		Comptes 2018	Budget 2018	Ecart C18/B18		Comptes 2017	Ecart C18/C17	
Recettes soins aigus		450 562 959	466 213 000	-15 650 041	-3.4%	457 106 832	-6 543 873 -1.4%	
600	dont forfaits DRG d'hospitalisation	391 972 552	415 721 000	-23 748 448	-5.7%	401 638 133	-9 665 580	-2.4%
603	dont autres forfaits d'hospitalisation	20 012 512	14 236 000	5 776 512	40.6%	16 061 281	3 951 231	24.6%
604	dont participation du canton GE au privé	2 169 555	2 389 000	-219 445	-9.2%	2 204 324	-34 769	-1.6%
610	dont prestations unitaires med. clientèle hosp.division privée	36 408 340	33 867 000	2 541 340	7.5%	37 203 093	-794 754	-2.1%
Recettes soins non aigus		147 398 883	153 819 000	-6 420 117	-4.2%	145 612 149	1 786 734 1.2%	
601	Forfaits journaliers d'hospitalisation	147 398 883	153 819 000	-6 420 117	-4.2%	145 612 149	1 786 734	1.2%
060	Recettes hospitalières	597 961 842	620 032 000	-22 070 158	-3.6%	602 718 980	-4 757 139 -0.8%	

Figure 39. Evolution des recettes hospitalières.

Les recettes de l'activité stationnaire à fin 2018 s'élèvent à 598.0 MCHF et sont composées aux trois quarts par les soins aigus et pour le reste par les soins non aigus. Au sein des soins aigus, les recettes DRG sont majoritaires.

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

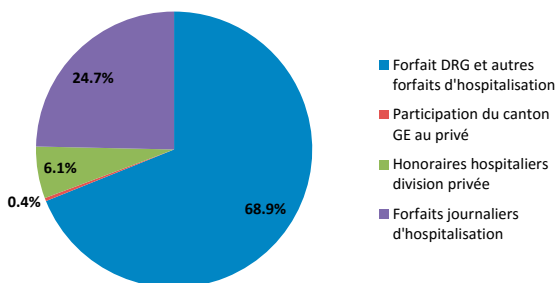


Figure 40. Répartition des recettes hospitalières.

Bien que l'activité en soins stationnaires augmente par rapport à 2017 (en nombre de cas hospitaliers et en journées d'hospitalisation), les recettes baissent (-4.8 MCHF).

Cette diminution est en partie la conséquence d'un meilleur enregistrement des prestations non encore facturées, et opéré en 2017. Les recettes relatives à une année sont enregistrées de manière plus exhaustive sur cet exercice, ce qui limite alors le report de recettes sur l'année suivante. L'impact de ce changement de méthode, plus juste et validé par les réviseurs, est essentiellement concentré sur la zone DRG (dont l'enregistrement de recettes est plus long en raison des délais de codage) et s'élève à -8.0 MCHF.

Zone de soins aigus (-15.7 MCHF, soit -3.4% par rapport au budget 2018)

Le retard des recettes par rapport au budget s'explique comme suit :

- **-14.9 MCHF d'effet volume**

Comme vu précédemment, le nombre de cas hospitaliers traités en 2018 est de 50'757. Bien que ce chiffre soit en hausse par rapport à l'année 2017, il reste en dessous de l'objectif de 52'650 fixé pour 2018. L'impact de la non-réalisation des objectifs d'activité de presque 2'000 cas, soit -3.6%, est évalué à -14.9 MCHF. Les principaux retards d'activité par rapport aux objectifs concernent les soins intensifs en raison notamment du développement de techniques chirurgicales moins invasives, les urgences gynécologiques et obstétriques du fait d'un nombre de naissances inférieur aux prévisions, la chirurgie viscérale et l'ORL en division privée, l'oncologie avec moins de cas que l'année passée, mais plus complexes.

- **-8.0 MCHF liés à l'amélioration de l'enregistrement des recettes en 2017 (vu précédemment)**

- **-6.0 MCHF relatifs au changement de type de prises en charge**

Comme indiqué précédemment (cf. chapitre des faits marquants), un changement de type de patientèle est observé entre 2017 et 2018. Il y a ainsi une hausse du nombre de cas avec un DRG médical au détriment des autres types de cas (DRG opératoires et autres DRG). Bien que les cas avec un DRG médical requièrent plus de soutien en soignants (avec la hausse du nombre de patients âgés et avec plus de comorbidités), ils sont moins bien rémunérés que les cas avec DRG chirurgicaux. En effet, la structure tarifaire DRG valorise insuffisamment la charge en soins.

En conséquence, ce changement de type de prises en charge contribue à une baisse de recettes en soins aigus.

- **+5.2 MCHF liés à la hausse du cost-weight**

Le cost-weight moyen en 2018 est de 1.23 points, supérieur à la cible fixée à 1.21 et contribue ainsi au boni de recettes. En 2017, le cost-weight était de 1.21. Cette augmentation, observée à travers toute l'institution, relève d'une part de la hausse du nombre des patients avec une pathologie complexe (cf. chapitre sur le contexte sanitaire), mais également de l'amélioration de la qualité et de l'exhaustivité de la documentation et du codage.

La mise en place d'itinerary Patient Managers les années précédentes pour faciliter la trajectoire du patient, limiter les journées d'hospitalisation inappropriées et anticiper la sortie du patient, a également permis de facturer les séjours avec exhaustivité et au plus près des ressources utilisées.

- **+2.5 MCHF sur les honoraires privés d'hospitalisation**

Cet excédent budgétaire résulte surtout d'une meilleure application des tarifs depuis 2016 et du nombre croissant d'ayant-droits, répondant à des besoins plus pointus en lien avec les pathologies des patients. Il est à noter que cet excédent budgétaire est compensé partiellement par un dépassement budgétaire dans les charges des honoraires des médecins (frais de personnel).

- **+5.8 MCHF des rémunérations supplémentaires DRG**

La facturation des médicaments, prestations et implants chers qui peuvent être facturés en complément du DRG a généré un excédent budgétaire. Il provient principalement des prestations de transplantation et des autres forfaits d'hospitalisation en oncologie.

Zone de soins non aigus (-6.4 MCHF, soit -4.2% par rapport au budget 2018)

L'écart budgétaire, de -6.4 MCHF, provient principalement de :

- -7.2 MCHF pour les soins subaigus en lien avec
 - L'extension de la zone d'activité aigue aux Trois-Chêne ;
 - Un niveau d'activité peu soutenu à Joli-Mont. En effet, lors de la première année après l'intégration de cette clinique, le taux d'occupation des lits est resté relativement faible (79%).
- -1.3 MCHF en soins palliatifs du fait du changement de règles de facturation des soins palliatifs spécialisés, désormais facturés en DRG.
- +4.2 MCHF en soins psychiatriques en lien d'une part avec la mise en place de TARPSY en psychiatrie de l'enfant, dont le DMI⁴⁶ est supérieur de +33% à la valeur estimée au budget. Le boni

⁴⁶ Le Day-Mix Index (DMI) est un indicateur du degré de gravité moyen des cas.

provient également des forfaits journaliers pour les cas d'hospitalisations sociales en pédiatrie générale. Les tarifs de ces forfaits ont été revus à la hausse afin de mieux couvrir les coûts, mais le budget 2018 n'avait pas été adapté.

4.4.1.2. Recettes ambulatoires

Par rapport au budget, les recettes ambulatoires sont en boni de +25.7 MCHF soit +7.7%. Les recettes ambulatoires progressent de +8.7 MCHF soit +2.5% par rapport à 2017, suivant la même tendance que la progression de l'activité de 3%.

Montants en CHF	Comptes 2018	Budget 2018	Ecart C18/B18	Comptes 2017	Ecart C18/C17	
602 Forfaits ambulatoires	20 670 456	21 825 000	-1 154 544	20 105 976	564 480	2.8%
611 Prestations unitaires med. clientèle ambul. non privée	60 662 320	61 354 000	-691 680	62 093 872	-1 430 552	-2.3%
612 Prestations unitaires med. clientèle privée ambulatoire	12 537 157	9 108 000	3 429 157	13 318 971	-781 815	-5.9%
613 Certificats, rapports et expertises	1 465 486	1 060 000	405 486	1 483 434	-17 948	-1.2%
620 Prestations techniques tarmed	134 252 899	124 959 000	9 293 899	128 071 012	6 181 887	4.8%
621 Prestations techniques non tarmed	131 815 296	117 355 000	14 460 296	127 677 266	4 138 030	3.2%
061 Recettes ambulatoires	361 404 213	335 661 000	25 743 213	352 750 531	8 653 682	2.5%

Figure 41. Evolution des recettes ambulatoires.

Les principaux facteurs influençant l'évolution des recettes par rapport à 2017 sont les suivants :

- +9.6 MCHF en lien avec d'une part la hausse de la complexité des cas nécessitant des médicaments de plus en plus chers et d'autre part les efforts d'amélioration de l'exhaustivité de la documentation clinique et des relevés de prestations;
- +5.3 MCHF provenant de la hausse de l'activité ambulatoire ;
- -6.2 MCHF en lien avec l'introduction du nouveau catalogue TARMED.

Les prestations TARMED regroupent les prestations unitaires médicales, les certificats, rapports et expertises et les prestations techniques TARMED. Elles affichent un excédent budgétaire de +12.4 MCHF (+6.3%) et une hausse de +4.0 MCHF (+1.9%) par rapport à 2017.

La hausse des recettes s'observe essentiellement :

- En pédiatrie (+1.7 MCHF) principalement aux urgences pédiatriques en lien avec la hausse d'activité conséquente des changements de pratique des parents et de l'amélioration des délais ;
- Dans les soins de premier recours et aux urgences ambulatoires (+1.2 MCHF) avec une augmentation d'activité en lien avec les mesures déployées ces dernières années aux urgences (élargissement des horaires des plateaux d'imagerie, l'ajout de boxes supplémentaires de consultation, l'ouverture nocturne de l'unité d'urgence ambulatoire) et une meilleure exhaustivité des relevés de prestations (+38% du nombre de points TARMED facturés par visite par rapport à 2015) ;
- En psychiatrie adulte (+1.3 MCHF) principalement au niveau des spécialités psychiatriques et en psychiatrie adulte.

Les prestations techniques non TARMED sont constituées à plus de 80% de la vente de médicaments et des prestations de laboratoires. Ces recettes affichent un boni budgétaire de +14.5 MCHF (+12.3%) dont +12.1 MCHF d'excédent sur la refacturation des médicaments couvrant la hausse des charges de ce même poste.

Par rapport à 2017, la hausse de +4.1 MCHF (+3.2%) des recettes est principalement due à la refacturation des médicaments (+4.2 MCHF par rapport à 2017). Cette hausse est à mettre en regard de celle des coûts y relatifs (cf. commentaires sur les charges médicales d'exploitation). L'impact le plus relevant est constaté en oncologie, discipline pour laquelle de plus en plus de traitements médicaux sont réalisés en ambulatoire. La complexité croissante des cas nécessite une consommation élevée de médicaments.

En 2018, l'augmentation de l'activité de laboratoire est en adéquation avec la progression de l'activité ambulatoire. Cette hausse d'activité est reflétée par une progression de +3.3% du nombre de points laboratoires (OFAS) facturés. Un facteur de cette progression est également le déploiement de nouvelles techniques à forte valeur ajoutée, telles que la biologie moléculaire (suite à la mise en place des tumor boards) et les tests d'histocompatibilité en vue d'une greffe.

Forfaits ambulatoires, aussi appelés forfaits d'hospitalisation de jour : ils sont en légère hausse par rapport à 2017 (+2.8%, soit +0.6 MCHF) provenant essentiellement des séances d'hémodialyse.

4.4.2. Autres recettes (groupes 65 à 68)

Montants en CHF		Comptes 2018	Budget 2018	Ecart C18/B18		Comptes 2017	Ecart C18/C17	
65	Autres produits de prestations aux patients	4 956 840	4 598 000	358 840	7.8%	4 853 940	102 900	2.1%
66	Produits financiers	8 449 379	8 589 000	-139 621	-1.6%	8 537 012	-87 633	-1.0%
68	Produits prestations au personnel et à des tiers	57 858 793	41 824 000	16 034 793	38.3%	47 632 982	10 225 811	21.5%
65-68	Total autres recettes	71 265 012	55 011 000	16 254 012	29.5%	61 023 934	10 241 078	16.8%

Figure 42. Evolution des autres recettes.

Autres produits de prestations aux patients (groupe 65)

L'excédent de revenus par rapport au budget de +0.4 MCHF concerne principalement les recettes liées au cardio-mobile et à l'hélicoptère toujours en activité mais non budgété. Ces recettes sont par ailleurs en ligne avec celles de l'année 2017.

Produits financiers (groupe 66)

Le léger retard par rapport au budget de -0.1 MCHF provient des revenus locatifs inférieurs à ce qui avait été budgété.

Prestations au personnel et à des tiers (groupe 68)

L'excédent budgétaire de +16.0 MCHF provient essentiellement d'un ajustement des positions « débiteurs » au titre des années antérieures. Cet évènement exceptionnel a un impact positif de +9.4 MCHF sur les recettes.

Ce poste tient également compte des recettes liées aux activités de biologie moléculaire forensique au CURML (+0.9 MCHF) réalisées avec le CHUV. Enfin, le reste de l'excédent budgétaire est expliqué par les ventes au personnel et à des tiers (bains de Cressy, formations pour des tiers, commande de poches de sang...).

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

Montants en CHF		Comptes 2018	Budget 2018	Ecart C18/B18		Comptes 2017	Ecart C18/C17	
695	Contributions des cantons	908 540 965	907 392 136	+1 148 829	+0.1%	893 696 082	+14 844 883	+1.7%
695011	Indemnité de l'Etat	881 272 136	881 272 136	-	-	865 584 440	+15 687 696	+1.8%
695013	Indemnité de fonctionnement à distribuer	893 614	-	+893 614	-	-27 319	+920 933	-3371.0%
6952	Produits différés de subventions d'investissement	25 828 949	26 120 000	-291 051	-1.1%	27 603 828	-1 774 879	-6.4%
6953	Autres subventions	546 266	-	+546 266	-	535 133	+11 133	+2.1%
696	Contribution de la confédération	33 934	-	+33 934	-	169 350	-135 416	-80.0%
697	Contributions de corporations, de fondations et de privés	5 761 835	1 631 409	+4 130 426	+253.2%	4 528 249	+1 233 587	+27.2%
69	Total indemnités monétaires	914 336 734	909 023 545	+5 313 189	+0.6%	898 393 680	+15 943 053	+1.8%

Figure 43. Evolution des indemnités de fonctionnement et autres financements de l'Etat.

Le total des indemnités cantonales dépasse le budget de +1.1 MCHF en raison de l'ajustement de +0.9 MCHF de la part à distribuer des résultats du contrat de prestation en cours. Cette dernière provient des résultats excédentaires réalisés par les HUG sur les deux précédents exercices du contrat de prestation.

Les autres facteurs à l'origine de ce dépassement sont :

- +0.5 MCHF en lien avec des subventions reçues de l'Etat pour divers projets (campagnes de prévention...);
- -0.3 MCHF d'effet technique sur les produits différés en lien avec les subventions obtenues au travers des projets de lois d'investissements. En raison du rythme d'amortissement, la reprise de ces produits en 2018 est inférieure au budget (25.8 MCHF contre 26.1 MCHF prévus).

En parallèle, un écart équivalent est enregistré sur les comptes d'amortissements selon les normes REKOLE®.

La contribution de corporations, de fondations et de privés, au titre des projets cliniques et de bien être patients, a généré un boni de +4.1 MCHF et également une hausse de charges y relatives.

4.5. Analyse des charges

Montants en CHF		Comptes 2018	Budget 2018	Ecart C18/B18		Comptes 2017	Ecart C18/C17	
3	Charges de personnel	1 520 542 568	1 494 128 112	26 414 456	1.8%	1 476 280 248	44 262 319	3.0%
4	Autres charges de fonctionnement	420 447 440	417 275 000	3 172 440	0.8%	425 896 007	-5 448 566	-1.3%
40	dont charges matériel médical et médicaments	201 168 082	193 664 000	7 504 082	3.9%	193 080 993	8 087 089	4.2%
	Total charges	1 940 990 008	1 911 403 112	29 586 896	1.5%	1 902 176 255	38 813 753	2.0%

Figure 44. Evolution des charges.

Les charges de personnel et de matériel médical progressent en raison du changement de périmètre des HUG, de variations contraintes difficilement maîtrisables par les HUG (mécanismes salariaux...), de l'activité et de la lourdeur des prises en charge. Les autres charges de fonctionnement ont fait l'objet d'efforts importants de maîtrise en 2018. Toutes sont détaillées dans la suite du rapport.

La figure suivante illustre la part des principaux groupes de charges par rapport au total.

Les frais de personnel représentent 78.3% des charges des HUG

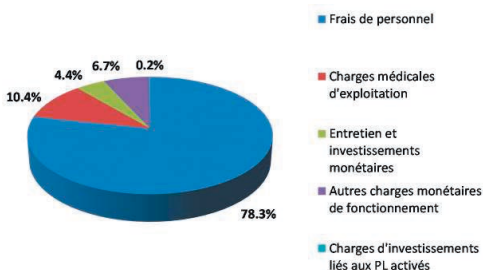


Figure 45. Composition des charges HUG.

4.5.1. Frais de personnel

Les frais de personnel atteignent 1'521 MCHF, dont 1'184 MCHF de charges salariales soit 78.3%. La répartition des charges salariales, par domaines professionnels, montre qu'elles concernent les professions médicales pour 21.8% et le personnel du domaine des soins pour 53.0%.

Le personnel médical et de soins représente 75% des charges salariales

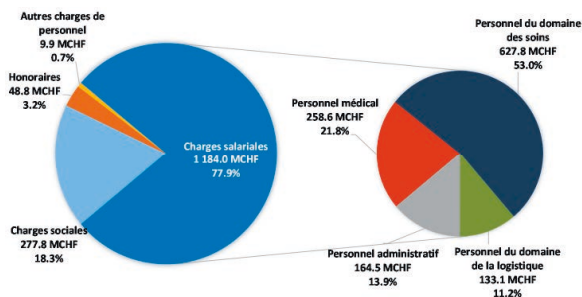


Figure 46. Répartition des frais de personnel par nature de charge et par domaine professionnel.

Outre les métiers des directions de support que sont les ressources humaines, l'informatique, les finances et les achats, le personnel administratif comprend également des métiers en lien direct avec les patients comme les huissiers d'accueil, les téléopérateurs, les secrétaires médicales et réceptionnistes médicaux, ou avec l'activité : codeurs, préparateurs de travaux de laboratoires par exemple.

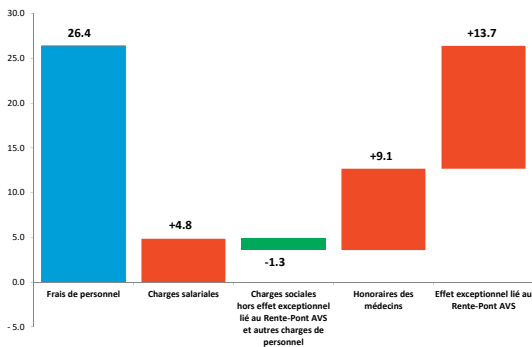


Figure 47. Décomposition de l'écart au budget des frais de personnel (classe 3).

Montants en CHF	Comptes 2018	Budget 2018	Ecart C18/B18	Comptes 2017	Ecart C18/C17	
Charges salariales	1 183 969 500	1 179 128 000	4 841 500	1 181 026 400	22 943 101	2.0%
37 Charges sociales	277 831 028	265 890 112	11 940 916	280 901 512	16 929 515	6.5%
38 Honoraires des médecins	48 839 255	39 747 000	9 092 255	46 882 810	1 956 445	4.2%
39 Autres charges de personnel	9 902 785	9 363 000	539 785	7 469 527	2 433 258	32.6%
Total	1 520 542 568	1 494 128 112	26 414 456	1 476 280 248	44 262 319	3.0%

Figure 48. Evolution des charges de personnel (par nature de charge).

L'évolution des métiers et des pratiques professionnelles des HUG nécessite, année après année, de réévaluer les ressources nécessaires. L'augmentation de la complexité de l'activité du fait de l'alourdissement de la patientèle et de fluctuations accrues des flux met sous tension les ressources humaines des HUG et crée des surcharges d'activité. L'ajustement des ressources se fait dans un premier temps par des réallocations en interne et par la recherche de mesures d'efficience structurelles, puis dans un second temps par l'ajustement des effectifs, en lien avec les variations d'activité. Parmi les mesures d'efficience, on peut citer la nouvelle politique d'organisation des plannings du personnel. Son objectif vise à respecter la loi sur le travail, à mieux équilibrer vie professionnelle et vie privée et également à absorber plus efficacement les fluctuations d'activité. Toujours dans le but d'atteindre une meilleure allocation des ressources par rapport aux besoins, le remaniement des départements produira ses effets en 2019.

En 2018, les principaux facteurs de la hausse des frais de personnel de +34.1 MCHF et +156 ETP par rapport à 2017 sont : les mécanismes salariaux (annuité, minorée par l'effet Noria et hausse des taux de cotisations à la caisse de pension) pour +17.8 MCHF (soit 52% de la hausse) ainsi que l'ouverture du bâtiment Gustave Julliard et la mise en service de la 3^{ème} étape de la Maternité en année pleine qui ont généré des besoins estimés à 12.4 MCHF (36% de la hausse des frais de personnel de 34.1 MCHF), soit 112 ETP (72% de la hausse de 156 ETP).

4.5.1.1. Charges salariales

Montants en CHF	Comptes 2018	Budget 2018	Ecart C18/B18		Comptes 2017	Ecart C18/C17
Charges salariales	1 183 969 500	1 179 128 000	4 841 500	0.4%	1 161 026 400	22 943 101
						2.0%

Figure 49. Evolution des charges salariales.

Par rapport à 2017, les charges salariales ont augmenté durant l'exercice 2018 de +22.9 MCHF, soit +2.0%. Les principaux facteurs sont :

- Les mécanismes salariaux avec l'attribution d'une annuité pour l'ensemble des collaborateurs représentant un montant de +9.6 MCHF (après déduction de l'effet Noria), partiellement financés par l'Etat ;
- Une augmentation de l'effectif de (+156 ETP et + 15.1 MCHF) dont :
 - +10.0 MCHF, (soit +111.9 ETP), pour finaliser la mise en service du nouveau bâtiment Gustave Julliard et l'ouverture de la 3^{ème} étape de la Maternité. A noter que ces nouveaux besoins sont entièrement couverts par une indemnité complémentaire de l'Etat ;
 - +7.1 MCHF, (soit +75.4 ETP), liés à la planification sanitaire. L'évolution de l'activité de soins aigus dans les domaines des maladies neuro-vasculaires, des soins intermédiaires de cardiologie, de l'activité hors bloc, des urgences et la création du Centre de la mémoire ont nécessité de renforcer les équipes ;
 - +2.1 MCHF (soit +21.2 ETP) liés aux évolutions nécessaires de l'activité des HUG et financées entièrement par des recettes médicales. Les principales évolutions sont : une remise à niveau dans les laboratoires, leur activité progressant du fait de l'augmentation de l'activité globale des HUG, la hausse d'activité de la banque de cornées afin de répondre à la demande de nouveaux patients en attente et la pérennisation de postes pour le cyclotron. Dans un souci de bien-être des collaborateurs, des ressources supplémentaires ont été allouées pour poursuivre la suppression des horaires coupés du personnel soignant ;
 - -4.5 MCHF (soit -49.5 ETP) au titre de mesures structurelles, visant à adapter l'organisation aux besoins. Il s'agit par exemple du redimensionnement de certaines unités d'hospitalisation, notamment en chirurgie, de la mise en service de la cuisine unique sur le site de Belle-Idée et de l'amélioration de divers processus administratifs.
- Une baisse de la consommation de la dotation complémentaire (-1.1 MCHF). Les effets de l'amélioration de la gestion des ressources internes rendue possible grâce aux diverses actions entreprises pour contenir ces charges, se poursuivent. Ainsi, la facilitation du retour en emploi des collaborateurs après une longue absence et les efforts pour le maintien en emploi impactent favorablement le besoin de recourir à la dotation complémentaire. En 2018, 224 collaborateurs ont bénéficié du FAME (Fonds d'Aide et de Maintien en Emploi).

Par rapport au budget, le dépassement des charges salariales est de +4.8 MCHF, soit +0.4%, et provient des éléments suivants :

- +6.8 MCHF de dépassement sur la dotation complémentaire expliqués par :
 - Le déploiement de projets prioritaires tels que : la poursuite de la mise en exploitation du bâtiment Gustave Julliard ayant nécessité du renfort lors des périodes de déménagement, la réorganisation du service de réadaptation médicale, du fait de l'évolution des besoins des patients et des standards de qualité. D'autres projets non directement liés aux patients ont également bénéficié de renforts, tels que le projet PLEXUS de plateforme logistique commune HUG-CHUV, un projet de gestion des temps, une petite équipe dédiée à la mise en place des nouvelles structures tarifaires TARPSY et ST-Reha ;
 - Le renforcement des effectifs pour absorber des surcharges d'activité temporaires, ainsi que des soutiens ponctuels nécessaires à la prise en soins de patients particuliers (obèses...) ;
 - Des remplacements pour maladie. En effet, la forte pression de l'activité dans divers services des HUG et la gestion en flux tendus nécessitent des remplacements en cas d'absence. Le taux d'absence hors maternité reste supérieur au budget mais enregistre une baisse par rapport à 2017 (7.4% en 2018 par rapport à 7.6% en 2017). Les absences pour maternité et accident sont remboursées par les assurances mais entraînent toutefois des perturbations dans l'organisation. Ce sont les professions médicales qui affichent le plus fort taux de maternité (1.82% pour les professions médicales et 1.03% au total des HUG) ;
 - Des recrutements anticipés liés aux départs en retraite des collaborateurs au bénéfice d'une Rente-Pont AVS afin d'assurer le transfert des compétences.
- -1.9 MCHF de non-consommé à la dotation de base, liés aux engagements progressifs des postes à pouvoir durant l'année 2018, en raison de démarrage de projets en cours d'année et de difficultés de recrutement dans certains secteurs très spécialisés.

4.5.1.2. Charges sociales (groupe 37)

Montants en CHF	Comptes 2018	Budget 2018	Ecart C18/B18	Comptes 2017	Ecart C18/C17
37 Charges sociales	277 831 028	265 890 112	11 940 916	260 901 512	16 929 515
			4.5%		6.5%

Figure 50. Evolution des charges sociales.

Par rapport à 2017, la variation des charges sociales de +16.9 MCHF provient principalement de :

- La hausse des cotisations à la caisse de pension CPEG (+8.4 MCHF), liée à la hausse des taux de 25% à 26% (+5.7 MCHF) et à l'augmentation de la masse salariale des HUG ;
- L'augmentation des cotisations AVS, AI, APG, AC (+2.2 MCHF) suivant l'évolution de la masse salariale soumise aux charges sociales ;
- L'augmentation des cotisations LAA (+0.5 MCHF) du fait de l'évolution de la masse salariale et d'un changement de contrat ;
- L'augmentation de la provision Rente-Pont AVS (5.9 MCHF). Le nombre de départs prévus fin 2018 est de 265 contre 162 départs prévus fin 2017.

Le dépassement budgétaire de 11.9 MCHF provient essentiellement de l'impact de la variation de la provision pour Rente-Pont AVS et des rentes versées en 2018. En effet, la prolongation des conditions d'obtention de la Rente-Pont AVS n'a pas été budgétée en 2018. En raison des 265 départs prévus

en 2019, la provision estimée pour le paiement des Rente-Pont AVS est supérieure de 14.3 MCHF au montant inscrit au budget.

4.5.1.3. Honoraires de médecins (groupe 38)

	Montants en CHF	Comptes 2018	Budget 2018	Ecart C18/B18	Comptes 2017	Ecart C18/C17
38	Honoraires de médecins	48 839 255	39 747 000	9 092 255	46 882 810	1 956 445
				22.9%		4.2%

Figure 51. Evolution des honoraires de médecins.

Pour mémoire, les recettes issues de l'activité privée des médecins se répartissent entre :

- Une part qui reste acquise aux HUG ;
- Une part versée aux médecins ayant-droits sous forme d'honoraires. L'AVS est retenue sur la partie rétrocedée aux médecins ;
- Enfin, une part qui alimente les fonds de service et les fonds de péréquation pour la Recherche et l'Aide au développement.

Le groupe 38 comprend les honoraires à rétroceder aux médecins ainsi que la part qui alimente les fonds de service et le fonds de péréquation.

La hausse des honoraires de médecins en 2018 par rapport à 2017 (+2.0 MCHF) provient de l'activité privée hospitalière. Le dépassement par rapport au budget 2018 (+9.1 MCHF) se répartit à parts égales entre l'activité privée hospitalière et l'activité privée ambulatoire. Il est partiellement couvert par des recettes supplémentaires.

4.5.1.4. Autres charges de personnel (groupe 39)

	Montants en CHF	Comptes 2018	Budget 2018	Ecart C18/B18	Comptes 2017	Ecart C18/C17
39	Autres charges de personnel	9 902 785	9 363 000	539 785	7 469 527	2 433 258
				5.8%		32.6%

Figure 52. Evolution des autres charges de personnel.

Ces autres charges de personnel incluent les frais de recherche de personnel (recrutement) qui restent stables, les frais de congrès et formation, ainsi que les frais de plainte liés au personnel.

L'évolution des coûts de formation (+1.3 MCHF soit +19%), globalement prévue au budget, a plusieurs origines :

- Le besoin de formation des nouveaux arrivants qui viennent remplacer les nombreux départs en retraite de ces dernières années ;
- L'adaptation nécessaire à l'évolution des métiers et des technologies ;
- Le souci d'être à la pointe du progrès pour le bien-être des patients.

Parmi les moyens mis en œuvre pour soutenir un processus efficace de formation, on peut citer l'ouverture au printemps 2018 de la SFITS (Fondation suisse pour l'innovation et la formation en chirurgie). Les HUG sont également très impliqués dans l'apprentissage avec une offre qui concerne 21 métiers différents et plus de 200 collaborateurs qui ont bénéficié de la formation de formateur d'apprentis.

Les frais de plainte (coûts et provisions pour litiges avec le personnel) enregistrent également une augmentation (+1.2 MCHF). Leur évolution explique le dépassement budgétaire des autres charges de personnel.

4.5.2. Autres charges de fonctionnement (classe 4)

Les charges médicales d'exploitation représentent 47.8% des autres charges de fonctionnement des HUG

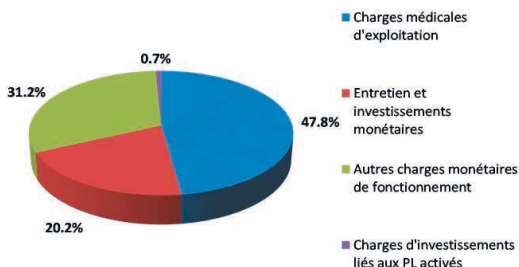


Figure 53. Composition des autres charges de fonctionnement.

Un dépassement budgétaire presque exclusivement lié aux charges de médicaments et matériel médical

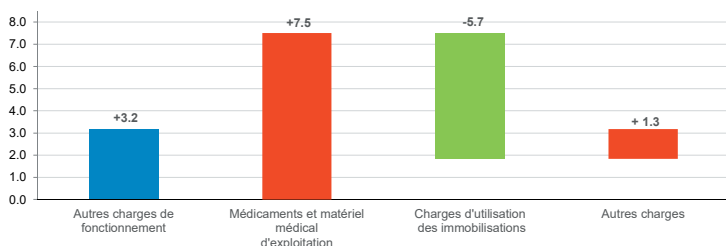


Figure 54. Décomposition de l'écart au budget des autres charges de fonctionnement (classe 4).

Montants en CHF	Comptes 2018	Budget 2018	Ecart C18/B18	Comptes 2017	Ecart C18/C17	
40 Matériel médical d'exploitation	201 188 082	193 664 000	7 504 082	193 080 993	8 087 089	4.2%
41 Charges de produits alimentaires	23 083 050	23 222 000	-138 950	23 225 596	-142 546	-0.6%
42 Charges de ménage	15 547 519	15 213 000	334 519	15 556 848	-9 330	-0.1%
43 Entretien et réparations	28 057 942	29 533 000	-1 475 058	28 838 383	-780 441	-2.7%
44 Charges d'utilisation des immobilisations	60 212 586	65 881 000	-5 668 414	66 406 042	-6 193 456	-9.3%
45 Charges d'énergie et eau	17 489 220	18 552 000	-1 062 780	18 465 112	-975 892	-5.3%
46 Charges financières	1 321 712	1 503 000	-181 288	1 427 401	-105 689	-7.4%
47 Charges de l'administration et de l'informatique	29 422 831	26 601 000	2 821 831	30 948 438	-1 525 607	-4.9%
48 Autres charges liées aux patients	11 424 333	8 970 000	2 454 333	11 580 932	-156 599	-1.4%
49 Autres charges non liées aux patients	32 720 166	34 136 000	-1 415 834	36 366 262	-3 646 096	-10.0%
4 Total	420 447 440	417 275 000	3 172 440	425 896 007	-5 448 566	-1.3%

Figure 55. Evolution des autres charges de fonctionnement (classe 4).

Les autres charges de fonctionnement représentent 21.7% du total des charges et s'élèvent à 420.4 MCHF.

Le dépassement par rapport au budget de +3.2 MCHF provient principalement de la hausse d'activité ambulatoire dans les spécialités fortement consommatrices de médicaments (notamment en

oncologie et pour les maladies infectieuses). Ce dépassement a été atténué par la diminution du besoin de nouveaux petits équipements en 2018, du fait de la mise en exploitation des bâtiments Gustave Julliard et de la 3^{ème} étape de la Maternité en 2017.

4.5.2.1. Charges médicales d'exploitation (groupe 40)

	Montants en CHF	Comptes 2018	Budget 2018	Ecart C18/B18		Comptes 2017	Ecart C18/C17	
400	Médicaments	84 726 364	78 357 000	6 369 364	8.1%	80 152 498	4 573 866	5.7%
401	Matériel, instruments, ustensiles, textiles	83 925 857	82 717 000	1 208 857	1.5%	81 700 400	2 225 458	2.7%
403	Films et matériel de photographie	58 333	175 000	-116 667	-66.7%	57 776	557	1.0%
404	Produits chimiques, réactifs et agents diagnostiques	23 056 063	23 257 000	-200 937	-0.9%	22 275 391	780 672	3.5%
405	Prestations médicales, diagnostiques et thérapeutiques par des tiers	9 313 432	8 620 000	693 432	8.0%	8 196 747	1 116 685	13.6%
409	Autre matériel médical	88 032	538 000	-449 968	-83.6%	698 181	-610 149	-87.4%
40	Total matériel médical d'exploitation	201 168 082	193 664 000	7 504 082	3.9%	193 080 993	8 087 089	4.2%

Figure 56. Evolution des charges médicales d'exploitation par poste (groupe 40).

Le budget 2018 a été augmenté de +2.8 MCHF par rapport au budget 2017 afin de l'adapter au surcoût des médicaments chers et au développement d'activités très consommatrices de médicaments.

Les comptes 2018 affichent une hausse de +8.1 MCHF par rapport à 2017. L'augmentation des charges médicales est en lien avec une activité ambulatoire importante et des catégories de patients hospitalisés plus lourds. Elle provient principalement :

- Des charges de médicaments et matériel en augmentation de +6.8 MCHF (soit +5.7%). Cette hausse est compensée par un excédent des recettes ambulatoires y relatives de +4.8 MCHF (refacturation des médicaments, des transfusions et du matériel implantable) et une progression des recettes hospitalières pour les charges médicales en lien avec l'activité stationnaire.
- Des prestations médicales, diagnostiques et thérapeutiques par des tiers de +1.1 MCHF (soit +13.6%). La moitié de cette progression concerne la facturation SwissTransplant en lien avec l'augmentation du nombre de greffes (+8.2%).

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

Médicaments (poste 400)

	Montants en CHF	Comptes 2018	Budget 2018	Ecart C18/B18		Comptes 2017	Ecart C18/C17	
4000	Médicaments	81 312 425	70 372 233	10 940 192	15.5%	71 984 765	9 327 660	13.0%
4001	Sang	2 545 107	7 085 947	-4 540 839	-64.1%	7 248 316	-4 703 209	-64.9%
4002	Produits diététiques	868 831	898 820	-29 989	-3.3%	919 416	-50 585	-5.5%
400	Total médicaments	84 726 364	78 357 000	6 369 364	8.1%	80 152 498	4 573 866	5.7%

Figure 57. Evolution des charges de médicaments.

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

En 2018, l'augmentation de +4.6 MCHF par rapport à 2017 est ventilée comme suit :

- Médicaments : +9.3 MCHF (dont +3.6 MCHF de changement d'imputation comptable avec le poste « Produits sanguins ») ;
- Produits sanguins : -4.7 MCHF (dont -3.6 MCHF de changement d'imputation comptable avec le poste « Médicaments »).

Globalement, la refacturation de médicaments évolue selon la même tendance que les charges y relatives. La courbe des charges de médicaments est supérieure à la courbe des recettes de refacturation des médicaments car, pour le stationnaire, ces charges sont incluses dans les forfaits hospitaliers.

La même tendance pour les charges et les recettes de médicaments

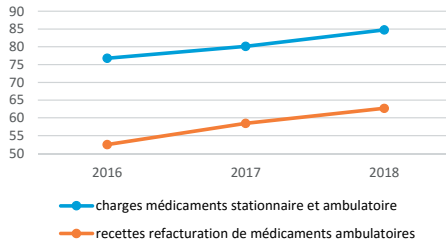


Figure 58. Evolution des charges et recettes médicaments entre 2016 et 2018 en MCHF.

A noter qu'en cours d'année 2018, l'imputation comptable des médicaments dérivés du sang a subi une modification à des fins de mise en conformité des directives REKOLE®. Ces médicaments sont dorénavant imputés sur le compte 400021 – Médicaments, au lieu du compte 400121 - Sang et conserves de sang.

Médicaments (poste 4000)

Les médicaments sont constitués de presque 2'200 articles. La hausse des coûts (*hors modification d'imputation comptable*) de +5.7 CHF par rapport à 2017 est principalement due aux quantités commandées. Dans le service d'oncologie, par exemple, de plus en plus de traitements médicamenteux qui nécessitaient auparavant un séjour à l'hôpital (type chimiothérapie), sont maintenant réalisés en ambulatoire à la demande des patients. Signalons également qu'en 2018, les patients traités dans les différentes unités d'oncologie ont eu une charge en soins très élevée (environ 690 minutes des soins en moyenne par patient) en corrélation avec la nécessité d'une grande quantité de traitements.

5 services médicaux représentent 50% des coûts des médicaments

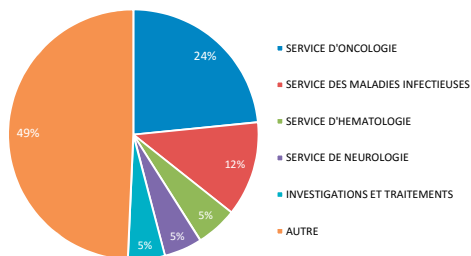


Figure 59. Top 5 des services consommateurs de médicaments.

Ces 5 services consomment pour 41.2 MCHF de médicaments, soit plus de 50% du total dépensé en 2018 (81.3 MCHF).

Une analyse plus détaillée permet d'identifier les points suivants :

Les 10 articles présentant la hausse de coût la plus importante concentrent une hausse de +5.6 MCHF (64% de la hausse totale). Cela concerne principalement des médicaments utilisés dans le traitement des cancers. Ce sont des médicaments chers, dont la moindre variation de consommation et/ou de prix génère des hausses de coûts conséquentes (par exemple le Pembrolizumab, indiqué dans le traitement des patients adultes atteints d'un mélanome non résecable ou métastatique). Le tableau suivant illustre l'évolution du prix et du volume de ces 10 médicaments.

Libellé code ATC5	Montant réceptionné 2017	Montant réceptionné 2018	Ecart théorique	Effet Prix	Effet Quantité	Articles non-renouvelés en 2018	Articles nouveaux en 2018
Pembrolizumab	1 181 940	2 487 962	1 306 022	-110 514	1 416 536	0	0
Ocrélizumab	0	861 978	861 978	0	0	0	861 978
Immunoglobulines humaines non spécifiques, application intravasculaire	4 301 600	5 005 545	703 944	-256 455	923 959	-1 743	38 183
Daratumumab	120 351	817 871	697 520	-76 887	774 407	0	0
Antiviraux pour le traitement des infections VIH en association	7 321 306	7 775 648	454 341	450 684	-368 851	0	372 508
Dolutégravir	867 973	1 241 868	373 896	51 102	322 794	0	0
Anticorps monoclonaux	243 312	554 881	311 569	3 084	308 485	0	0
Aflibercept	1 235 936	1 542 402	306 466	-50 148	356 614	0	0
Olofarabine	0	284 200	284 200	0	0	0	284 200
Durvalumab	0	270 107	270 107	0	0	0	270 107
TOTAL TOP-10 HAUSSE			5 570 043	10 866	3 733 944	-1 743	1 826 975

Figure 60. Top 10 des médicaments présentant la variation la plus importante entre 2017 et 2018.

Ces articles sont essentiellement utilisés dans les traitements ambulatoires.

Les 10 articles présentant la baisse des coûts la plus importante représentent -2.6 MCHF d'économie.

Ceci s'explique principalement par des baisses de prix et/ou de quantités consommées, lors de remplacement des molécules originales par des génériques, par exemple.

Libellé code ATCS	Montant réceptionné 2017	Montant réceptionné 2018	Ecart théorique	Effet Prix	Effet Quantité	Articles non-renouvelés en 2018	Articles nouveaux en 2018
Infliximab	3 397 253	2 828 160	-569 093	-14 070	-555 023	0	0
Asparaginase	463 098	4 750	-458 349	0	1 390	-462 930	3 192
Caspofungine	1 154 193	865 733	-288 460	-66 197	-222 262	0	0
Pemetrexed	630 001	369 625	-260 376	-23 141	-237 234	0	0
Bévacizumab	1 276 130	1 093 229	-182 901	-74 954	-107 958	0	11
Autres produits non médicamenteux	800 947	621 429	-179 518	-149 825	-29 815	-1	122
Octréotide	699 220	527 177	-172 042	-99 804	-72 238	0	0
Bortézomib	355 165	183 408	-171 756	-139	-171 617	0	0
Trastuzumab entansine	328 848	164 836	-164 012	-19 103	-144 909	0	0
Carfilzomib	237 855	82 432	-155 423	-5 502	-149 921	0	0
TOTAL TOP-10 BAISSSE			-2 601 930	-452 736	-1 689 588	-462 931	3 325

Figure 61. Top 10 des médicaments présentant la diminution des coûts la plus importante entre 2017 et 2018.

Les efforts de négociation des HUG permettent de limiter la hausse de coûts des médicaments. Pour les médicaments dont les dépenses annuelles sont supérieures à 50 KCHF, le prix est négocié par la COCOMED⁴⁷. Plus de la moitié des contrats sont renégociés chaque année avec les fournisseurs.

De plus, dès que cela est possible, un médicament original est mis en concurrence avec son générique, qui est en moyenne 30% moins cher. Le transfert du médicament original vers son générique reste limité puisque les HUG proposeront à leurs patients les traitements les plus adéquats pour lequel la recherche et les connaissances les plus avancées. Enfin, des négociations sont actuellement en cours pour obtenir des conditions tarifaires plus favorables pour les médicaments dits « bio similaires » (médicaments produits par biotechnologie et dont le brevet a expiré).

Concernant les nouvelles molécules, le prix des nouveaux traitements, à l'exemple des anti-cancéreux, est de plus en plus élevé et le forfait DRG ne permet pas de couvrir la totalité des charges. L'intégration de ces médicaments chers sur la liste de l'OFSP et la liste des rémunérations supplémentaires par SwissDRG prend plusieurs années. Ceci a pour conséquence de faire porter la charge par les seuls Hôpitaux Universitaires Suisses (HUS), dont l'une des missions est de traiter les patients avec des nouvelles molécules.

⁴⁷ Bureau de coordination des commissions des médicaments des Hôpitaux Universitaires Vaud-Genève, l'Hôpital Neuchâtelois, l'Hôpital du Valais et l'Hôpital Riviera-Chablais
Rapport de gestion 2018 des HUG

Produits sanguins (poste 4001)

La baisse de -1.1 MCHF (*hors modification d'imputation comptable*) par rapport à 2017 est expliquée d'une part par des changements d'articles et des diminutions de quantité.

Les unités médicales, dont les achats de produits sanguins sont les plus élevés sont illustrées sur la figure suivante :

3 entités représentent 68% des consommations de produits sanguins

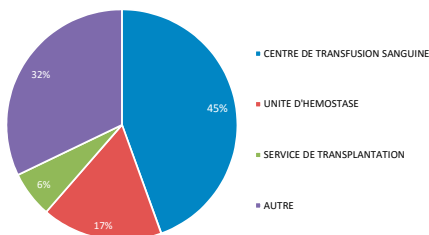


Figure 62. Top 3 des services consommateurs de produits sanguins.

Ces 3 entités les plus consommatrices de produits sanguins totalisent à elles seules 1.7 MCHF, soit 68% du montant total. Dans les achats de produits sanguins du Centre de Transfusion Sanguine (CTS) sont inclus les achats pour le stock genevois.

Depuis 2017, grâce au soutien de son association faitière Transfusion Suisse, le CTS a pu réaménager ses contrats d'achats de concentrés érythrocytaires (CE). Ceci a permis de diminuer le volume des achats et de baisser les coûts de 10% chaque année. La consommation de concentrés plaquettaires (CP) a augmenté de 10%, en ligne avec la progression de sa production.

Le point critique concerne le prélèvement de sang total. Le CTS affiche en effet une baisse de 700 dons du sang total à Genève.

Matériel, instruments, ustensiles, textiles (poste 401)

	Montants en CHF	Comptes 2018	Budget 2018	Ecart C18/B18		Comptes 2017	Ecart C18/C17	
4010	Matériel de pansement	4 205 055	3 846 748	358 308	9.3%	3 799 471	405 584	10.7%
4011	Matériel de suture	3 196 138	3 196 978	-840	0.0%	3 157 687	38 451	1.2%
4012	Matériel d'implantation	32 684 044	32 628 002	56 041	0.2%	32 227 001	457 043	1.4%
4014	Instruments chirurgicaux	13 498 950	13 763 040	-264 089	-1.9%	13 593 890	-94 940	-0.7%
4015	Matériel de laboratoire	3 333 002	3 302 274	30 728	0.9%	3 261 689	71 313	2.2%
4016	Textiles à usage unique	2 962 238	3 040 353	-78 114	-2.6%	3 002 986	-40 748	-1.4%
4017	Matériel à usage unique	24 046 430	22 939 605	1 106 825	4.8%	22 657 675	1 388 755	6.1%
401	Total matériel, instruments, ustensiles et textiles	83 925 867	82 717 000	1 208 857	1.5%	81 700 400	2 225 458	2.7%

Figure 63. Evolution des charges de matériel, instruments, ustensiles et textiles.

Ce poste représente 42% des charges de matériel médical d'exploitation et il est en hausse de +2.2 MCHF par rapport à 2017. Cette hausse s'explique par l'augmentation du matériel à usage unique (+1.4 MCHF) principalement en cardiologie (cathéter, mitraclip). Les charges d'implants progressent principalement en neuroradiologie interventionnelle et au bloc de neurochirurgie.

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

Films et matériel de photographie (poste 403)

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

Produits chimiques, réactifs et agents diagnostiques (poste 404)

La progression de ces charges est à mettre en lien avec l'augmentation de l'activité et le déploiement de nouvelles techniques à forte valeur ajoutée, telles que la biologie moléculaire (suite à la mise en place des tumor boards), et les tests d'histocompatibilité en vue d'une greffe. Cette progression provient également de la mise en stock de nouveaux réactifs pour les chaînes de chimie, dans le cadre des tests de validation pour les nouveaux modules automatisés.

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

Les dépenses sur ce poste concernent principalement la facturation, d'une part, des prestations de Swisstransplant au service de transplantation, et, d'autre part, les forfaits SBSC (Swiss Blood Spem Cells) pour les greffes de moelle osseuse en hématologie.

La hausse des frais Swisstransplant est en lien avec la progression du nombre de greffes en 2018. Pour chaque opération, les HUG versent un forfait à Swisstransplant d'environ 30 KCHF. A cela s'ajoute des frais annuels de 2 KCHF pour chaque patient en attente d'un organe, désireux de rester sur la liste. Les HUG refacturent 45% de ces charges (incluses dans le forfait DRG) à l'assureur. Ce dispositif permet à Swisstransplant de contourner les risques inhérents aux encaissements des assureurs et de transférer la charge administrative (recours, refus, délais de remboursement, transmission d'information, etc.) aux hôpitaux.

Concernant les forfaits SBSC, les charges sont entièrement compensées par la refacturation des forfaits aux patients (compte 603 – Autres forfaits d'hospitalisation).

Autre matériel médical (poste 409)

L'économie de 0.4 MCHF sur ce poste provient de la dissolution des provisions entre 2017 et 2018.

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

Charges de produits alimentaires (groupe 41)

Montants en CHF	Comptes 2018	Budget 2018	Ecart C18/B18		Comptes 2017	Ecart C18/C17	
41 Charges de produits alimentaires	23 083 050	23 222 000	-138 950	-0.6%	23 225 595	-142 546	-0.6%

Figure 64. Evolution des charges liées aux produits alimentaires.

Les charges alimentaires sont légèrement en dessous du budget et du niveau de l'année 2017. Cette diminution par rapport à 2017 s'explique par une baisse du nombre de repas produits aux HUG et plus particulièrement pour les repas hors patients (4'546 repas en 2017 par rapport à 4'267 en 2018). Cette baisse provient du retrait des services sociaux de la Ville de Genève et l'EMS de la fondation Vespérale.

Charges de ménage (groupe 42)

Montants en CHF	Comptes 2018	Budget 2018	Ecart C18/B18		Comptes 2017	Ecart C18/C17	
42 Charges de ménage	15 547 519	15 213 000	334 519	2.2%	15 556 848	-9 330	-0.1%

Figure 65. Evolution des charges de ménage.

Le dépassement budgétaire de +0.3 MCHF s'explique par un nouveau contrat passé avec l'EMS de Vessy. Ce contrat concerne la fourniture et l'entretien de leur linge à partir de juillet 2018, ce qui a engendré des dépenses d'achat de linge important. Ces charges se compensent progressivement par les recettes générées par cette prestation.

Le renouvellement des tenues de la centrale 144 a aussi généré des dépenses supplémentaires.

Entretien et réparations (groupe 43)

Montants en CHF	Comptes 2018	Budget 2018	Ecart C18/B18		Comptes 2017	Ecart C18/C17	
43 Entretien et réparation	28 057 942	29 533 000	-1 475 058	-5.0%	28 838 383	-780 441	-2.7%

Figure 66. Evolution des charges liées à l'entretien et aux réparations.

Le non-consommé budgétaire de -1.5 MCHF s'explique principalement par l'imputation des charges de redevance informatique dans le poste 478 « Frais informatiques » (-1.0 MCHF) alors que ces charges sont budgétées au groupe 43 « Entretien et réparations ». Le budget 2019 a été ajusté en conséquence.

La baisse par rapport à 2017 de -0.8 MCHF provient de l'imputation en 2018 des ristournes fournisseurs concernant l'année 2017 (0.5 MCHF).

Charges d'utilisation des immobilisations (groupe 44)

Montants en CHF		Comptes 2018	Budget 2018	Ecart C18/B18		Comptes 2017	Ecart C18/C17	
440/441	Investissements non activés (<10'000.-)	11 071 877	15 358 000	-4 286 123	-27.9%	16 959 311	-5 887 434	-34.7%
441	Autres investissements	-	53 000	-53 000	-	-	-	-
442	Amortissements	38 235 749	38 939 000	-703 251	-1.8%	38 318 588	-82 839	-0.2%
	dont amortissements/Équipements divers PL	25 828 949	26 120 000	-291 051	-1.1%	27 603 828	-2 242 224	-7.5%
	dont autres amortissements	12 406 800	12 819 000	-412 200	-3.2%	10 714 760	766 353	7.7%
443	Loyers (selon LAMa)	1 098	164 000	-162 902	-99.3%	1 102	-4	-
444	Autres loyers (y compris leasing opérationnel)	10 903 863	11 420 000	-516 137	-4.5%	11 127 041	-223 178	-2.0%
44	Charges d'utilisation des immobilisations	60 212 586	65 881 000	-5 668 414	-8.6%	66 406 042	-6 193 456	-9.3%

Figure 67. Evolution des charges d'utilisation des immobilisations.

Le non-consommé budgétaire de -5.7 MCHF est expliqué par les investissements non activables (-4.3 MCHF), les amortissements (-0.7 MCHF) et les loyers de bâtiments non liés aux patients (-0.5 MCHF).

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

Le non-consommé de -4.3 MCHF provient des facteurs suivants :

- L'imputation à hauteur de 1.5 MCHF des achats informatiques sur le poste 478 « Frais informatiques », alors qu'ils sont budgétés aux groupes 440 et 441 « Investissements non activables ».
- Les investissements réalisés en 2017, pour la mise en exploitation des nouveaux bâtiments Gustave Julliard et de la 3^{ème} étape de la Maternité, qui limitent ainsi le besoin de nouveaux petits équipements en 2018.
- La volonté des HUG de favoriser les synergies dans les équipements compte tenu notamment des fortes contraintes budgétaires.

Amortissements (442)

La baisse des amortissements des projets de loi (PL) provient de la diminution des crédits de renouvellement depuis 2015, ce qui pègre les capacités de renouvellement des équipements et engendre une diminution des amortissements. Pour mémoire, les amortissements des investissements financés par des projets de loi bénéficient d'une subvention du même montant. L'impact sur le résultat HUG est donc nul dès leur activation.

Autres loyers (444)

Le non-consommé par rapport au budget (-0.5 MCHF) est le fruit des efforts d'optimisation de l'occupation des bâtiments extrahospitaliers et de renégociation des baux.

Charges d'énergie et eau (groupe 45)

Montants en CHF		Comptes 2018	Budget 2018	Ecart C18/B18		Comptes 2017	Ecart C18/C17	
450	Electricité	7 570 102	8 241 000	-670 898	-8.1%	7 575 895	-5 793	-0.1%
451	Gaz	7 376 410	6 629 000	747 410	11.3%	8 575 887	-1 199 477	-14.0%
452	Combustibles liquides	453 676	978 000	-524 324	-53.6%	403 089	50 587	12.5%
455	Eau	2 089 032	2 704 000	-614 968	-22.7%	1 910 241	178 791	9.4%
45	Charges d'énergie et d'eau	17 489 220	18 552 000	-1 062 780	-5.7%	18 465 112	-975 892	-5.3%

Figure 68. Evolution des charges d'énergie et d'eau.

Ce poste affiche un non-consommé (-1.1 MCHF) dû à l'efficacité énergétique des nouveaux bâtiments. À Gustave Julliard, le concept énergétique mis en œuvre comprend une part d'énergie renouvelable de 40%. La récupération d'énergie permet ainsi de couvrir 56% des besoins en chaleur du bâtiment. Les anciens bâtiments ont également subi divers travaux de réfection qui ont amélioré leur isolation thermique et réduit ainsi les factures énergétiques.

Enfin, la météo en 2018, particulièrement clémente, a également permis de ne pas consommer le budget prévu.

Ainsi, les dépenses restent stables par rapport à 2017, malgré les surfaces supplémentaires des nouveaux bâtiments Gustave Julliard et de la 3^{ème} étape de la Maternité.

Charges financières (groupe 46)

Montants en CHF		Comptes 2018	Budget 2018	Ecart C18/B18		Comptes 2017	Ecart C18/C17	
46	Charges financières	1 321 712	1 503 000	-181 288	-12.1%	1 427 401	-105 689	-7.4%

Figure 69. Evolution des charges financières.

Le non-consommé budgétaire est principalement lié aux charges des intérêts (-0.2 MCHF), en lien avec une bonne gestion de la trésorerie.

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

Montants en CHF		Comptes 2018	Budget 2018	Ecart C18/B18		Comptes 2017	Ecart C18/C17	
470	Matériel de bureau, imprimés, photocopies	6 969 354	5 055 000	1 914 354	37.9%	6 921 486	47 868	0.7%
471	Téléphone, fax, internet, ports	4 093 293	4 937 000	-843 707	-17.1%	4 188 484	-95 192	-2.3%
472	Documentations professionnelles, journaux	976 078	629 000	347 078	55.2%	890 104	85 974	9.7%
473	Conseil d'administration, ass. générale, organe de révision	290 340	537 000	-246 660	-45.9%	297 000	-6 660	-2.2%
474	Frais de représentation et déplacement	960 461	1 203 000	-242 539	-20.2%	1 242 658	-282 197	-22.7%
475	Prestations administratives de tiers	3 644 717	3 920 000	-275 283	-7.0%	3 514 171	130 546	3.7%
477	Publicité et relations publiques	801 703	666 000	135 703	20.4%	1 072 281	-270 578	-25.2%
478	Frais informatiques	9 387 032	6 079 000	3 308 032	54.4%	8 346 578	1 040 453	12.5%
479	Autres frais administratifs	2 299 853	3 575 000	-1 275 147	-35.7%	4 475 675	-2 175 823	-48.6%
47	Total charges de l'administration et de l'informatique	29 422 831	26 601 000	2 821 831	10.6%	30 948 438	-1 525 607	-4.9%

Figure 70. Evolution des charges de l'administration et de l'informatique.

Le dépassement budgétaire de +2.8 MCHF est expliqué par les frais informatiques (+3.3 MCHF) et par des frais de matériels de bureau, imprimés et photocopies (+1.9 MCHF).

Matériel de bureau, imprimés, photocopies (poste 470)

Le dépassement budgétaire de +1.9 MCHF concerne principalement les imprimés (80% des dépenses de ce poste). Il est compensé par un non-consommé (-1.3 MCHF) au poste 479 « Autres frais administratifs », en lien avec des efforts d'imputations plus précises des factures.

Le niveau de dépenses en 2018 reste similaire à celui de 2017.

Téléphones, téléfax, internet, ports (poste 471)

Ces charges sont relativement stables par rapport à l'année passée. Le non-consommé de -0.8 MCHF est quasiment identique à celui de 2017.

Documentations professionnelles, journaux (poste 472)

Le budget de ce poste a diminué de -0.4 MCHF en 2018, mais les charges sont restées stables, compte tenu des délais de mise en place des mesures d'économie prévues.

Organe de révision (poste 473)

Tous les frais comptabilisés dans ce compte sont en rapport avec l'organe de contrôle externe des HUG. Le mandat de l'organe de révision des HUG (PricewaterhouseCoopers SA) avait baissé de 25 % en 2017 et subit encore une légère baisse en 2018.

Prestations administratives de tiers (poste 475)

Le non-consommé budgétaire de -0.3 MCHF provient de la mise en exploitation de GIBOR,⁴⁸ budgétée en 2018 mais reportée à 2019.

Frais informatiques (poste 478)

Le dépassement budgétaire de +3.3 MCHF provient d'un écart entre les postes budgétés et les postes d'imputation :

- Le poste 440 « Investissements non activés » affiche un non consommé de -1.5 MCHF ;
- Le compte 43 « Entretien & réparations » montre un non consommé de -1.0 MCHF dû aux charges de redevance informatique enregistrées sur le poste 478 « Frais informatiques ».

Autres frais d'administration (poste 479)

Le non-consommé de -1.3 MCHF est principalement expliqué par la requalification des charges vers d'autres comptes du même groupe 47, du fait de l'imputation plus précise des factures.

Autres charges liées aux patients (groupe 48)

Montants en CHF		Comptes 2018	Budget 2018	Ecart C18/B18		Comptes 2017	Ecart C18/C17	
480	Transports de patients par des tiers	5 968 848	5 288 000	680 848	12.9%	6 311 120	-342 273	-5.4%
484	Frais de véhicule et de transport liés aux patients	271 360	301 000	-29 640	-9.8%	255 794	15 566	6.1%
485	Autres prestations de tiers liés aux patients	119 823	256 000	-136 177	-53.2%	157 751	-37 927	-24.0%
486	Autres frais liés aux patients	5 064 302	3 125 000	1 939 302	62.1%	4 856 267	208 034	4.3%
48	Autres charges liées aux patients	11 424 333	8 970 000	2 454 333	27.4%	11 580 932	-156 599	-1.4%

Figure 71. Evolution des autres charges liées aux patients.

Le dépassement budgétaire de +2.5 MCHF provient de deux postes :

- Les autres frais liés aux patients (+1.9 MCHF) et plus particulièrement les frais d'interprètes, qui continuent à augmenter suite à l'afflux de migrants depuis 2015. Même si 2018 affiche une baisse du flux de primo-migrants, la patientèle nécessitant l'intervention d'un interprète reste importante.
- Les charges de transports de patients par des tiers sont en dépassement (+0.7 MCHF) en lien avec la hausse de l'activité. Le budget 2019 a été ajusté en conséquence.

⁴⁸ Dans le cadre du programme « Activités chirurgicales à 10 ans », le projet GIBOR prévoit la construction d'un nouveau bâtiment qui abritera une plateforme interventionnelle constituée d'une salle d'opération et d'une salle de cardiologie couplées toutes deux à une salle d'imagerie IRM.

Autres charges non liées aux patients (groupe 49)

Montants en CHF	Comptes 2018	Budget 2018	Ecart C18/B18		Comptes 2017	Ecart C18/C17	
490 Primes d'assurances	860 436	857 000	3 436	0.4%	813 438	46 998	5.8%
491 Assurances responsabilité civile et protection juridique	1 452 760	3 134 000	-1 681 240	-53.6%	3 106 610	-1 653 850	-53.2%
492 Cotisations et taxes	1 651 498	1 655 000	-3 502	-0.2%	1 747 170	-95 671	-5.5%
494 Charges de véhicules et de transport	10 207	10 000	207	2.1%	190 878	-180 671	-94.7%
495 Autres prestations fournies par des tiers	1 131 579	1 184 000	-52 421	-4.4%	1 099 712	31 868	2.9%
496 Marchandises de commerce	-	11 000	-11 000	-100.0%	-	-	-
497 Sécurité d'exploitation et surveillance	1 258 733	900 000	358 733	39.9%	1 241 699	17 033	1.4%
498 Evacuation des déchets	1 623 970	1 762 000	-138 030	-7.8%	1 729 157	-105 187	-6.1%
499 Autres charges d'exploitation	24 730 982	24 623 000	107 982	0.4%	26 437 599	-1 706 616	-6.5%
49 Autres charges non liées aux patients	32 720 166	34 136 000	-1 415 834	-4.1%	36 366 262	-3 646 096	-10.0%

Figure 72. Evolution des autres charges non liées aux patients.

Le non-consommé budgétaire de -1.4 MCHF est expliqué par :


- -1.7 MCHF pour les assurances responsabilité civile et protection juridique qui provient d'une part de la renégociation des primes RC (baisse de -1.1 MCHF) et d'autre part, d'un nombre de cas RC en diminution progressive et moins lourds.
- +0.3 MCHF de dépassement au titre de la sous-traitance de la surveillance du chantier de la médecine dentaire.

5. Conclusion

L'institution présente avec fierté une situation qui reflète la qualité de gestion menée à tous les niveaux. Malgré un budget annoncé comme déficitaire et un contexte de plus en plus tendu, les HUG sont parvenus à un résultat de gestion bien meilleur que les attentes budgétaires. Que toutes les équipes en soient remerciées. Ces résultats reposent en effet sur les efforts individuels et collectifs d'amélioration des prises en charge et de la qualité tout en veillant à la maîtrise des coûts. Ils seront poursuivis ces prochaines années, tout en insufflant un esprit d'innovation et de qualité au service des patients et de la population.



Brigitte RORIVE FEYTMANS
Directrice des finances



Bertrand LEVRAT
Directeur général

Annexes :

- 1) Contexte stratégique
- 2) Indicateur 2014 - 2018
- 3) Contenu des comptes

Contexte stratégique

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

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

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

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

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

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

Indicateurs 2014-2018

Indicateur	2014	2015	2016	2017	2018
Nb de cas hospitaliers en soins aigus (1)	46 995	47 817	49 434	50 103	50 757
Nb journées hospitalières réelles					
soins aigus	280 332	302 432	333 593	343 591	344 293
soins subaigus	155 735	138 117	114 434	149 544	148 373
soins de psychiatrie	110 468	120 184	133 851	132 679	135 250
soins de réadaptation (2)	100 574	101 599	101 350	100 563	101 148
soins palliatifs (3)	9 489	10 042	3 505	1 908	603
total HUG	656 598	672 374	686 733	728 285	729 669
Durée moyenne de séjour					
soins aigus	5.9	6.4	6.8	6.9	6.8
soins subaigus	22.4	23.0	22.3	20.0	21.1
soins de psychiatrie	21.5	23.7	26.2	27.5	30.3
soins de réadaptation (2)	64.0	64.3	57.1	51.7	50.5
soins palliatifs (3)	20.8	20.2	16.2	15.6	12.8
Durée médiane de séjour					
soins aigus	3.3	3.9	4.2	4.2	4.1
soins subaigus	18.1	21.0	19.9	17.9	18.9
soins de psychiatrie	8.1	11.0	11.3	10.9	11.5
soins de réadaptation (2)	35.9	42.0	38.9	32.0	27.8
soins palliatifs (3)	11.0	12.8	9.3	8.3	13.2
Taux d'occupation des lits	88.7%	88.6%	85.7%	87.1%	88.8%
Nombre d'interventions chirurgicales	26 318	26 234	26 583	27 041	27 790
Nombre de prises en charge ambulatoires	965 364	991 413	1 037 470	1 037 921	1 064 856
visites	855 636	878 019	922 786	932 154	954 139
semi-hospitalier	109 728	113 394	114 684	105 767	110 717
dont interventions chirurgicales ambulatoires	6 902	6 885	7 409	8 017	8 751
Délai d'admission pour urgences adultes					
immédiate pour urgences 1	85.9%	85.8%	86.1%	90.3%	92.3%
en 20 mn pour urgences 2	58.4%	62.0%	58.9%	72.8%	73.8%
en 2h pour urgences 3	63.8%	73.5%	70.9%	90.7%	90.1%
Délais moyen d'attente (entre 1^{ère} consultation et intervention), en semaines					
prothèse de hanche	7.0	6.0	2.0	5.7	7.4
sénologie	2.7	2.7	2.5	2.9	2.6
Nombre moyen quotidien de patients en attente de placement	196	200	224	226	255
Costweight moyen facturé des cas somatiques aigus (2)	1.14	1.24	1.21	1.21	1.23

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

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

(3) la diminution des cas en soins palliatifs provient de la modification de la structure tarifaire, une partie de ces cas sont maintenant inclus dans les soins aigus

Contenu des comptes (groupes/postes)

Plan comptable REKOLE

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

Recettes médicales (groupe 60 à 62) :

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

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

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

Prestations unitaires médicales (groupe 61) :

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

Autres prestations unitaires hospitalières (groupe 62) :

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

Autres produits de prestations aux patients (groupe 65) :

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

Produits financiers (groupe 66) :

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

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

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

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

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

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

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

Salaires et indemnités professions administratives (poste 3009) :

- salaires de toutes les professions administratives.

Dotations complémentaires

- salaires complémentaires de toutes les professions confondues.

Charges sociales (groupe 37) :

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

Honoraires de médecins (groupe 38) :

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

Autres charges de personnel (groupe 39) :

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

Matériel médical d'exploitation (groupe 40) :

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

Médicaments (poste 400) :

- médicaments,
- produits sanguins,
- produits diététiques.

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

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

Films et matériel de photographie (poste 403) :

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

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

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

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

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

Autre matériel médical (poste 409) :

Annexe 3

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

Charges de produits alimentaires (groupe 41) :

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

Charges de ménage (groupe 42) :

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

Entretien et réparations (groupe 43) :

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

Charges d'utilisation des immobilisations (groupe 44) :

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

Charges d'énergie et eau (groupe 45) :

- électricité, gaz, eau et combustibles liquides.

Charges financières (groupe 46) :

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

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

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

Autres charges liées aux patients (groupe 48) :

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

Autres charges non liées aux patients (groupe 49) :

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