

COUR DES COMPTES

RAPPORT N°96

DÉCEMBRE 2015

AUDIT DE GESTION

PROCESSUS DE FACTURATION ET DE
RECOUVREMENT

HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE

LA COUR DES COMPTES

La Cour des comptes est chargée du contrôle indépendant et autonome des services et départements de l'administration cantonale, du pouvoir judiciaire, des institutions cantonales de droit public, des organismes subventionnés ainsi que des institutions communales. Elle a également pour tâche l'évaluation des politiques publiques.

La Cour des comptes vérifie d'office et selon son libre choix la **légalité** des activités et la **régularité** des recettes et des dépenses décrites dans les comptes, et s'assure du **bon emploi** des crédits, fonds et valeurs gérés par les entités visées par ses missions. La **Cour des comptes** peut également évaluer la **pertinence**, **l'efficacité** et **l'efficience** de l'action de l'État. Elle organise librement son travail et dispose de larges moyens d'investigation. Elle peut notamment requérir la production de documents, procéder à des auditions, à des expertises, se rendre dans les locaux des entités concernées.

Le champ d'application des missions de la Cour des comptes s'étend aux entités suivantes:

- L'administration cantonale comprenant les départements, la chancellerie d'État et leurs services ainsi que les organismes qui leur sont rattachés ou placés sous leur surveillance ;
- Les institutions cantonales de droit public ;
- Les entités subventionnées ;
- Les entités de droit public ou privé dans lesquelles l'État possède une participation majoritaire, à l'exception des entités cotées en bourse ;
- Le secrétariat général du Grand Conseil ;
- L'administration du pouvoir judiciaire ;
- Les autorités communales, les services et les institutions qui en dépendent, ainsi que les entités intercommunales.

Les rapports de la Cour des comptes sont rendus **publics** : ils consignent ses observations, les conclusions de ses investigations, les enseignements qu'il faut en tirer et les recommandations conséquentes. La Cour des comptes prévoit en outre de signaler dans ses rapports les cas de réticence et les refus de collaborer survenus au cours de ses missions.

La Cour des comptes publie également un **rapport annuel** comportant la liste des objets traités, celle de ceux qu'elle a écartés, celle des rapports rendus avec leurs conclusions et recommandations et les suites qui y ont été données. Les rapports restés sans effet ni suite sont également signalés.

Vous pouvez participer à l'amélioration de la gestion de l'État en prenant contact avec la Cour des comptes.

Toute personne, de même que les entités comprises dans son périmètre d'action, peuvent communiquer à la Cour des comptes des faits ou des pratiques qui pourraient être utiles à l'accomplissement des tâches de cette autorité.

Prenez contact avec la Cour par téléphone, courrier postal, fax ou courrier électronique.

Cour des comptes – Route de Chêne 54 - 1208 Genève
tél. 022 388 77 90 - fax 022 388 77 99
<http://www.cdc-ge.ch/>

SYNTHÈSE

Les hôpitaux universitaires (présents dans les cantons de Bâle, Berne, Zurich, Vaud et Genève) sont des acteurs essentiels dans le domaine de la santé car ils fournissent des soins, procèdent à des travaux de recherche et dispensent un enseignement visant à assurer la relève des médecins et du personnel soignant.

Pour répondre à ces trois missions, les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) disposent d'un budget annuel de fonctionnement d'un peu plus de 1.7 milliard de francs (2014) qui est financé par des subventions versées par le canton (852 millions) et par la facturation de leurs prestations (853 millions). À cet effet, environ un million de factures sont émises chaque année, que ce soit en raison de l'activité ambulatoire ou stationnaire.

Malgré un programme d'actions des HUG visant notamment à améliorer les processus de facturation et d'encaissement, 20 à 25 millions de francs par an ont été comptabilisés en pertes sur débiteurs au cours des dernières années.

Dès lors, la Cour a choisi d'analyser les activités liées à la facturation, soit l'admission des patients, la saisie des prestations, la facturation des prestations et le recouvrement des créances, sous l'angle du bon emploi des fonds publics et de la conformité avec les bases légales et réglementaires.

Il convient de préciser que la procédure d'admission des patients est très importante, car plus elle est effectuée efficacement, plus la facturation et l'encaissement sont réalisés rapidement. Dans le cas contraire, des rejets (le dossier d'admission étant incomplet ou en attente, il ne peut faire l'objet d'une facturation) et des retours (la facture n'a pas pu être remise au débiteur à cause d'une adresse fautive) nécessitent des ressources importantes, tant internes qu'externes.

L'audit de la Cour fait ressortir que les HUG ont une maîtrise satisfaisante du **processus d'admission** des patients. Ceci exposé, la Cour a relevé un certain nombre de problématiques qui doivent être traitées pour en améliorer le fonctionnement :

- l'admission correcte et complète (exactitude et intégralité des données) des patients n'est pas toujours facile à réaliser parce que ceux-ci ne sont pas munis de documents requis (carte d'assuré, carte d'identité ou passeport) ou donnent des informations inexactes (nom de l'assurance, couverture des prestations). En conséquence, des patients sont admis sans que les procédures soient pleinement respectées et certains dossiers ressortent comme un rejet ou font l'objet de retours. Ces lacunes nécessitent de la part des collaborateurs des centres d'admission et de facturation d'effectuer des travaux de recherche longs et fastidieux pour les compléter ou les amender, ce qui augmente d'autant le risque de pertes sur créances ;
- le suivi et le contrôle des rejets et des retours sont décentralisés et n'ont pas fait l'objet d'actions correctrices suffisantes. Il en résulte que des dossiers apparaissent dans des listes de rejets depuis plusieurs années sans que personne ne les traite ;
- le suivi des dépôts de garantie (montant que le patient doit verser lorsqu'il n'est pas domicilié dans le canton de Genève ou lorsque sa couverture d'assurance est insuffisante par rapport aux prestations qu'il demande) n'est pas satisfaisant, car le processus ne permet pas de s'assurer que le montant déposé est suffisant au moment où le patient quitte les HUG. Le risque de pertes sur débiteurs en est grandement accru, surtout lorsque les débiteurs sont domiciliés à l'étranger.

La Cour recommande à la direction financière d'analyser les erreurs ou omissions les plus fréquentes et d'établir un plan de formation des collaborateurs concernés afin de réduire le nombre de rejets ; celui-ci est estimé par les HUG à environ 20 % de toutes les admissions. Afin d'aider les collaborateurs des centres d'admission et de facturation dans leur travail, la Cour recommande essentiellement que les attentes des HUG soient précisées en matière d'admissions particulières (absence de pièce justificative, difficulté à orthographier le nom, etc.). Il est également recommandé de désigner un collaborateur qui soit en charge de la supervision du règlement des rejets au niveau des HUG et qui puisse prendre des mesures correctrices.

En matière de **saisie des prestations**, la Cour constate que les HUG ont une maîtrise satisfaisante du processus. Cependant, la Cour a relevé un certain nombre de problèmes qui doivent être traités pour en améliorer le fonctionnement :

- deux méthodes de saisie des prestations cohabitent aux HUG à savoir le relevé des prestations sur des documents papier qui doivent ensuite être saisis, et la saisie directe sur des supports électroniques. Cette situation se rencontre dans les départements, mais également au sein des services d'un même département, ce qui nécessite des mises à jour des masques de saisie sur les deux supports ;
- comme pour l'admission, le suivi et le contrôle des rejets et des retours sont décentralisés et n'ont pas fait l'objet d'actions correctrices suffisantes. Il en résulte que des dossiers apparaissent dans des listes de rejets depuis plusieurs années sans que personne ne les traite ;
- des dossiers de l'activité hospitalière ne peuvent pas être facturés parce que le service du codage ne dispose pas des documents nécessaires qui sont à établir par les médecins. Il en résulte un retard dans la facturation, dont le montant peut être significatif suivant la complexité du traitement prodigué, et un accroissement du risque de pertes sur débiteurs.

La Cour recommande à la direction financière de définir les modalités de saisie des prestations (par exemple en fixant des délais), de généraliser la saisie des prestations sur des supports informatiques et de supprimer l'utilisation des documents papier.

Concernant le **recouvrement des débiteurs**, la Cour constate que cette activité a souffert de graves lacunes de gestion dont les principales sont les suivantes :

- tant la direction générale, qui n'a pas défini de document qui traite de la politique générale de l'institution en la matière, que la direction financière, qui n'a pas mis en place un tableau de bord, n'ont pas supervisé de manière satisfaisante la gestion du processus de recouvrement des débiteurs. Il en est résulté une grande liberté pour le service des comptabilités dans l'organisation de cette activité, et notamment les relations avec des mandataires dont les coûts n'ont jamais été analysés pour en mesurer l'efficacité par rapport à une solution internalisée ;
- depuis 2007, date de la mise en place de l'organisation actuelle, la direction des finances et le chef du service des comptabilités n'ont jamais procédé à un appel d'offres public, en violation des dispositions légales sur les marchés publics et des directives internes qui prescrivent que les marchés doivent être passés par la centrale d'achats des HUG ;
- les modalités des relations entre les HUG et les mandataires sont décrites de manière lacunaire dans les contrats signés entre les deux parties. Cette lacune a empêché les HUG de pouvoir contrôler la qualité des prestations rendues et a permis aux mandataires d'en profiter, par exemple en facturant des honoraires de succès sur des créances non encaissées ;
- 64'000 actes de défaut de biens représentant un montant de 74 millions de F ne sont pas gérés par les HUG et sont conservés physiquement par les mandataires. Compte tenu de la prescription par 20 ans de tels actes, le risque de pertes définitives se chiffre à plusieurs millions si aucune action n'est entreprise par les HUG ;
- la comptabilisation « au net » de certains décomptes des mandataires (compensation des produits et des charges) n'est pas conforme aux normes IPSAS auxquelles sont soumis les HUG. De plus, cette manière de comptabiliser ne donne pas une image réelle des coûts totaux du recouvrement facturés par les mandataires ;
- les HUG ne sont pas en mesure de fournir une situation financière à jour pour des milliers de débiteurs sans devoir procéder à des recherches spécifiques, dès lors qu'environ 50 millions de F de paiements de patients ou d'assurances n'ont pas encore été affectés aux comptes débiteurs correspondants.

La Cour recommande aux instances supérieures des HUG de mettre en place une politique générale en matière de recouvrement des débiteurs, des directives opérationnelles à cet égard et de se positionner sur le traitement des actes de défaut de biens. Ces points ont déjà été mis en œuvre à la fin de l'audit par les HUG. De plus, la Cour recommande à la direction financière d'analyser l'utilité de faire appel à des mandataires et, en cas de réponse positive, de procéder à un appel d'offres, tout en définissant précisément les attentes des HUG en termes de prestations et d'informations à recevoir. La Cour recommande également au service juridique des HUG de revoir la qualification juridique des factures afin de réduire la durée de la procédure de recouvrement des débiteurs. Enfin, la Cour recommande au service des

comptabilités de se conformer aux normes IPSAS et de faire figurer les charges des mandataires liées au recouvrement dans un compte de charge séparé des recettes qu'ils encaissent pour leur compte ; en outre, des mesures organisationnelles doivent être prises pour affecter les paiements reçus aux factures correspondantes à bref délai.

Le risque de fraude lié aux activités de recouvrement étant élevé selon l'appréciation de la Cour, cette dernière a communiqué au Procureur général, le 24 juin 2015, les éléments détaillés des constats y relatifs, en application des art. 33 LaCP et 44 al. 1 LSurv. Une copie de sa dénonciation a été transmise le même jour au président du conseil d'administration des HUG.

Auparavant, dans une démarche rendue publique le 22 juin 2015, le président du conseil d'administration des HUG avait décidé de l'ouverture d'une enquête administrative à l'encontre du responsable des comptabilités et sa suspension, se basant « *tant sur le résultat de l'audit interne des HUG que sur les constatations de [la Cour]* ». Une plainte pénale a, par la suite, également été déposée. Par ailleurs, il sied de relever qu'à fin juin 2015, les HUG ont résilié le mandat les liant au mandataire principal, avec effet immédiat.

TABLEAU DE SUIVI DES RECOMMANDATIONS

Dans le cadre de ses missions légales, la Cour des comptes doit effectuer un suivi des recommandations émises aux entités auditées, en distinguant celles ayant été mises en œuvre et celles restées sans effets. À cette fin, elle a invité les HUG à remplir le "tableau de suivi des recommandations et actions" qui figure au chapitre 7, et qui **synthétise les améliorations à apporter** et indique leur niveau de **risque**, le **responsable** de leur mise en place ainsi que leur **délai de réalisation**.

Le rapport contient 28 recommandations, dont 27 ont été acceptées. La recommandation rejetée est liée au renforcement de moyens pour réduire le nombre de dossiers en attente de codage, ce que les HUG n'estiment pas nécessaire.

Les délais de mise en œuvre indiqués par les HUG dans le tableau de suivi sont considérés comme adéquats par la Cour, qui souligne la volonté des HUG d'améliorer rapidement la situation.

OBSERVATIONS DE L'AUDITE

Sauf exceptions, la Cour ne prévoit pas de réagir aux observations de l'audité. Elle estime qu'il appartient au lecteur d'évaluer la pertinence des observations de l'audité eu égard aux constats et recommandations développés par la Cour.

TABLE DES MATIERES

Liste des principales abréviations utilisées	7
1. CADRE ET CONTEXTE DE L'AUDIT	9
2. MODALITES ET DEROULEMENT DE L'AUDIT	11
3. CONTEXTE GENERAL	14
3.1. Le système de santé en Suisse	14
3.2. Les Hôpitaux Universitaires de Genève	19
3.3. Les éléments clés du processus de facturation et de recouvrement	25
4. ANALYSE DU PROCESSUS D'ADMISSION	28
4.1. Contexte	28
4.1.1. Organisation des admissions	28
4.1.2. Demandes de garantie ou de dépôts	30
4.1.3. Contrôles mis en place	31
4.1.4. Rejets de dossiers après l'admission	31
4.1.5. Retours	32
4.1.6. Projet en cours	33
4.2. Constats	34
4.3. Risques découlant des constats.....	38
4.4. Recommandations.....	38
4.5. <i>Observations de l'audité</i>	41
5. ANALYSE DE LA SAISIE DES PRESTATIONS ET DE LA FACTURATION	42
5.1. Contexte	42
5.1.1. Organisation de la saisie des prestations.....	42
5.1.2. La saisie des prestations de l'activité ambulatoire	42
5.1.3. Saisie des prestations de l'activité stationnaire en soins aigus.....	43
5.1.4. Les contrôles mis en place	44
5.1.5. Les rejets après la saisie des prestations	46
5.1.6. Le processus de facturation	46
5.2. Constats	48
5.3. Risques découlant des constats.....	50
5.4. Recommandations.....	50
5.5. <i>Observations de l'audité</i>	53
6. ANALYSE DU RECOUVREMENT DES DEBITEURS	54
6.1. Contexte	54
6.1.1. Organisation du recouvrement des débiteurs	54
6.1.2. Relations contractuelles avec les mandataires	58
6.1.3. Gestion des encaissements	58
6.1.4. Présentation des factures des mandataires	59
6.1.5. Comptabilisation des factures des mandataires.....	59
6.2. Constats	59
6.3. Risques.....	63
6.4. Recommandations.....	64
6.5. <i>Observations de l'audité</i>	67
7. TABLEAU DE SUIVI DES RECOMMANDATIONS ET ACTIONS	68
8. DIVERS.....	76
8.1. Glossaire des risques	76
8.2. Remerciements	78

Liste des principales abréviations utilisées

ADB	Acte de défaut de biens
AIMP	Accord intercantonal sur les marchés publics (L 6 05)
AMB	Activité ambulatoire
AMG	Association des médecins du canton de Genève
AOS	Assurance obligatoire des soins
APSI	Département d'anesthésiologie, de pharmacologie et des soins intensifs des HUG
BLA	Bureau de liaison assurantielle des HUG
CAF	Centre d'admission et de facturation des HUG
CAMSCO	Consultation ambulatoire mobile de soins communautaires des HUG
CMI	Case mix index
DAME	Direction de l'analyse médico-économique des HUG
DEA	Département de l'enfant et de l'adolescent des HUG
DEAS	Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé
DGAS	Direction générale de l'action sociale
DGS	Direction générale de la santé
DMCPRU	Département de médecine communautaire, de premier recours et des urgences des HUG
DMIRG	Département de médecine interne, réhabilitation et gériatrie des HUG
DPA	Dossier patient administratif des HUG
DPI	Dossier patient informatique des HUG
DRG	Diagnostic related groups (Swiss DRG)
DSE	Département de la solidarité et de l'emploi
DSI	Direction des systèmes d'information des HUG
DSM	Département des spécialités de médecine des HUG
EDS	Épisode de soins
EMS	Établissements médico-sociaux
GAP	Service Gestion administrative des patients des HUG

GYNOBS	Département de gynécologie et d'obstétrique des HUG
HOSP	Activité hospitalière
HSK	Helsana, Sanitas et KPT (CPT en français)
HUG	Hôpitaux universitaires de Genève
LAA	Loi fédérale sur l'assurance-accidents
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie (RS 832.10)
LEPM	Loi sur les établissements publics médicaux (K 2 05)
LP	Loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite (RS 281.1)
LS	Loi sur la santé (K 1 03)
LSurv	Loi sur la surveillance de l'État (D 1 09)
LTr	Loi fédérale sur le travail dans l'industrie, l'artisanat et le commerce (RS 822.11)
OFAC	Office de facturation
OFS	Office fédéral de la statistique
OP	Office des poursuites
REKOLE	Revision der Kostenrechnung und der Leistungserfassung - Révision de la comptabilité analytique et de la saisie des prestations
SACI	Service de l'audit et du contrôle interne des HUG
SPRS	Service de la planification et du réseau de soins du canton de Genève
T&C	Service Tarifs et clientèle des HUG
TBI	Tableaux de bord institutionnels des HUG

1. CADRE ET CONTEXTE DE L'AUDIT

Les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) sont un établissement médical de droit public doté de la personnalité juridique. Employant plus de 10'000 collaborateurs, ils répondent aux besoins en soins d'une communauté de 500'000 personnes.

Les prestations des HUG font l'objet de près d'un million de factures par année, que ce soit dans l'activité ambulatoire¹ ou stationnaire², et nécessitent un budget de fonctionnement d'un peu plus de 1.7 milliard de francs.

Au cours des dernières années, 20 à 25 millions de francs par an ont été comptabilisés en pertes sur débiteurs, malgré un programme d'actions des HUG visant notamment à améliorer les processus de la facturation et de l'encaissement des factures. La Cour des comptes a choisi d'examiner ces activités, dès lors qu'il lui appartient de s'assurer notamment de la régularité des comptes, de la légalité des activités ainsi que du bon emploi des fonds publics, dans le respect des principes de la performance publique (art. 38 al. 1 LSurv).

Par lettre du 14 février 2014 adressée au président du Conseil d'administration des HUG, la Cour l'a informé de sa décision de procéder à un audit de gestion relatif au processus de facturation. Ce processus général comprend l'admission des patients, la saisie et la facturation des prestations, l'encaissement des factures ainsi que le recouvrement des créances par voie légale.

Les processus analysés sous l'angle du bon emploi des fonds publics et de la conformité avec les bases légales et réglementaires (légalité) sont les suivants :

- l'admission des patients avec pour objectif principal de s'assurer que l'organisation et les moyens à disposition permettent au personnel administratif d'enregistrer correctement (intégralité et exactitude des informations) les patients qui se présentent aux HUG et en adéquation avec les directives institutionnelles (chapitre 4) ;
- la saisie des prestations fournies aux patients avec pour objectif principal de s'assurer que l'organisation et les moyens à disposition du personnel médico-soignant sont efficaces et permettent de saisir correctement (intégralité et exactitude des prestations) les prestations en vue d'une facturation la plus rapide possible (chapitre 5) ;
- la facturation des prestations fournies aux patients avec pour objectif principal de s'assurer que l'organisation permet de facturer dans les délais prévus (chapitre 5) ;
- le recouvrement des créances par voie légale avec pour objectifs de s'assurer, d'une part, que les règles d'organisation et de gestion des HUG permettent de relancer les débiteurs en temps utile afin d'éviter des pertes inappropriées, et, d'autre part, que l'utilisation de mandataires pour la procédure de recouvrement des débiteurs, en Suisse et à l'étranger, est conforme aux dispositions légales et efficace au regard des coûts engendrés (chapitre 6).

Les domaines suivants ont été exclus de l'audit :

- la gestion opérationnelle des collaborateurs qui travaillent dans les processus sous revue ;

¹ L'activité ambulatoire implique la prise en charge médicale d'un patient, sans hospitalisation ou avec hospitalisation de quelques heures. Sa tarification est quasi totalement effectuée par le système TARMED (voir chapitre 3.1.4).

² L'activité stationnaire implique une ou plusieurs journées d'hospitalisation. Sa tarification repose principalement sur le système Swiss DRG (voir chapitre 3.1.4).

- les aspects comptables de la facturation ; ces derniers n'ont pas été audités, étant traités dans le cadre du mandat d'organe de révision ;
- l'exhaustivité de la saisie des prestations, car il aurait fallu assister à des consultations ou à des opérations pour effectuer des tests, ce qui aurait posé des difficultés disproportionnées voire des impossibilités en raison du secret médical ;
- l'examen des factures modifiées résultant des nouveaux tarifs Swiss DRG applicables pour les années 2012 à 2015, qui n'ont été convenus qu'après le début de l'audit.

Souhaitant être la plus efficace possible dans ses travaux, la Cour examine, lors de ses investigations, l'ensemble des rapports d'audits effectués par des tiers, tant internes qu'externes (rapports du Service d'audit interne cantonal, rapports de la Commission de contrôle de gestion du Grand Conseil, rapports de sociétés privées, etc.), de même que les plans de mesures P1 / P2 / P+ du Conseil d'État, portant sur les mêmes thématiques que le présent rapport.

Dans le cas présent, elle a identifié un rapport du Groupement de Fiduciaires Privées Genevoises de janvier 2012 intitulé « Mandat spécifique Processus admission – facturation ». Ses constatations sont indiquées lorsqu'elles ont été utilisées pour l'établissement des constats et recommandations contenus dans le présent rapport.

En outre, conformément à son souhait de contribuer à une coordination efficace des activités des différentes instances de contrôle actuellement à l'œuvre à l'État de Genève, la Cour a examiné la planification semestrielle des contrôles du Service d'audit interne cantonal et a informé ce dernier de sa mission.

2. MODALITÉS ET DÉROULEMENT DE L'AUDIT

La Cour a conduit cet audit sur la base des documents remis par les principaux acteurs concernés ainsi qu'en menant de nombreux entretiens ciblés avec :

Pour les instances dirigeantes des HUG :

- le président du Conseil d'administration ;
- le directeur général.

Pour la direction médicale et qualité des HUG :

- les directeurs médicaux et qualité (le directeur en fonction jusqu'en mai 2015 et le directeur entré en fonction au 1^{er} mars 2015).

Pour la direction des soins des HUG :

- le directeur des soins ;
- un chef de groupe d'assistants sociaux.

Pour la direction administrative et financière des HUG :

- la directrice et son adjointe ;
- la cheffe de service et des collaborateurs/trices du service de la gestion administrative des patients ;
- la cheffe de service et des collaborateurs/trices du service tarifs & clientèle ;
- le chef de service et des collaborateurs/trices du service des comptabilités ;
- le responsable de l'unité et des collaborateurs/trices de l'unité de codage.

Pour la direction des systèmes d'information :

- le directeur des systèmes d'information ;
- le responsable de la production des factures et rappels.

Pour le département de chirurgie des HUG :

- un médecin adjoint, responsable de l'unité de chirurgie de la main ;
- l'administrateur³ ;
- la responsable des soins ;
- le responsable et des collaborateurs et collaboratrices du centre d'admission et de facturation.

Pour le département de l'enfant et de l'adolescent des HUG :

- un médecin adjoint, responsable de l'unité d'allergologie pédiatrique ;
- l'administrateur ;
- le responsable et des collaborateurs et collaboratrices du centre d'admission et de facturation.

Pour le département de gynécologie et d'obstétrique des HUG :

- l'administratrice ;
- le responsable et des collaborateurs et collaboratrices du centre d'admission et de facturation.

³ Au sein de chaque département des HUG, l'administrateur est responsable des services administratifs et doit veiller au bon respect des règlements, directives et procédures institutionnelles. Cette fonction n'a pas de rapport avec celle de membre d'un Conseil d'administration.

Pour le département de médecine communautaire, de premier recours et des urgences des HUG :

- le médecin-chef responsable du service des urgences ;
- le responsable de l'unité de médecine interne d'accueil et d'urgences ;
- la responsable de l'unité d'urgences ambulatoires ;
- l'administrateur ;
- la responsable des soins ;
- le responsable et des collaborateurs et collaboratrices du centre d'admission et de facturation.

Pour le département des spécialités de médecine des HUG :

- l'administrateur ;
- la responsable des soins ;
- le responsable et des collaborateurs et collaboratrices du centre d'admission et de facturation.

Pour le canton de Genève, au département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé :

- le directeur du Service de la planification et du réseau de soins (SPRS) ;
- le chef du secteur planification et économie de la santé au SPRS.

En outre, la Cour a rencontré plusieurs acteurs de la santé en Suisse, ou leurs représentants au niveau national, pour comprendre le fonctionnement du système de santé en Suisse (assurances, hôpitaux et cliniques, médecins) :

- deux représentants de la société tarifsuisse SA ;
- deux représentants d'une compagnie d'assurance membre de la centrale d'achat HSK ;
- le directeur, la responsable des tarifs et eHealth et le responsable du département de gestion de H+ ;
- Le directeur financier de cliniques privées ;
- le président actuel et son prédécesseur ainsi que le secrétaire général de l'association des médecins genevois.

Lors du lancement de cet audit, le Service d'audit et de contrôle interne (SACI) des HUG avait planifié une intervention en 2014 sur le processus de recouvrement des créances selon la procédure légale. En conséquence, la Cour avait décidé de ne pas intervenir sur cet aspect et de s'appuyer sur les travaux du SACI. Toutefois, en cours d'audit et à la demande du directeur du SACI considérant des modifications de priorité sur d'autres objets d'audit, la Cour a finalement effectué des travaux d'audit sur le processus de recouvrement.

Par ailleurs, la Cour a effectué des tests de détail sur plusieurs activités du processus de facturation et encaissement, notamment sur les rejets lors de l'admission des patients, les rejets lors de la saisie des prestations, la gestion des dépôts de garantie, les retours de factures et le recouvrement des créances douteuses.

Enfin, dans le cadre des entretiens et de ses travaux d'audit, la Cour relève qu'elle n'a pas eu accès aux dossiers médicaux afin de respecter le secret médical qui est garanti par les dispositions légales.

Comme prévu par sa base légale, la Cour privilégie avec ses interlocuteurs une démarche constructive et participative visant à la **recherche de solutions améliorant le fonctionnement de l'administration publique**. De ce fait, la Cour a pu proposer aux intervenants rencontrés différentes possibilités d'amélioration de leur gestion, dont la faisabilité a pu être évaluée et la mise en œuvre appréciée sous l'angle du **principe de proportionnalité**.

La Cour a conduit son audit conformément aux **normes internationales d'audit** et aux **codes de déontologie** de l'International Federation of Accountants (IFAC) et de l'Organisation Internationale des Institutions Supérieures de Contrôle des Finances Publiques (INTOSAI), dans la mesure où ils sont applicables aux missions légales de la Cour.

En pratique, la méthodologie de la Cour des comptes est la suivante :

1^{ère} phase : Planification

Cette phase consiste à définir et à mobiliser les ressources et les compétences les mieux adaptées à la mission, que ce soit auprès des collaborateurs de la Cour des comptes ou auprès de tiers, et à déterminer les outils méthodologiques à utiliser.

2^{ème} phase : Préparation de l'audit

Cette phase consiste à identifier auprès de l'entité auditée quels sont ses bases légales et ses intervenants-clés, à comprendre son organisation et son fonctionnement, à collecter des données chiffrées et à procéder à l'analyse des risques qui lui sont propres. À ce stade, un plan de mission est rédigé avec notamment les objectifs de la mission, les moyens à disposition, les travaux dévolus à chaque intervenant de la Cour et les délais impartis dans le déroulement de la mission.

3^{ème} phase : Récolte d'informations

Cette phase consiste à déterminer les sources de l'information pertinente, à savoir quelles sont les personnes-clés à contacter et quelles sont les informations qui sont nécessaires à l'atteinte des objectifs. Ensuite, les collaborateurs de la Cour ou les tiers mandatés procèdent à des entretiens et collectent les informations requises.

4^{ème} phase : Vérification et analyse de l'information

Cette phase consiste d'une part à s'assurer que les informations récoltées sont fiables, pertinentes, complètes et à jour et d'autre part à les analyser et à les restituer sous la forme de documents de travail.

5^{ème} phase : Proposition de recommandations

Cette phase consiste à établir les constatations significatives, à déterminer les risques qui en découlent et enfin à proposer des recommandations afin de rétablir la légalité des opérations, la régularité des comptes ou d'améliorer la structure ou le fonctionnement de l'organisation.

6^{ème} phase : Rédaction du rapport

Cette phase consiste à rédiger le rapport conformément aux documents de travail et à la structure adoptée par la Cour des comptes.

7^{ème} phase : Validation du rapport

Cette phase consiste à discuter le contenu du rapport avec l'entité auditée, avec pour objectif de passer en revue les éventuelles divergences de fond et de forme et de s'accorder sur les priorités et délais des recommandations.

Chaque thème développé dans ce rapport fait l'objet d'une mise en contexte, de constats, de risques découlant des constats et de recommandations (numérotées en référence aux constats) soumis aux observations de l'auditée.

Les risques découlant des constats sont décrits et qualifiés en fonction de la **typologie des risques encourus**, telle que définie dans le Glossaire qui figure au [chapitre 8](#). Afin de faciliter le suivi des recommandations, la Cour a placé au [chapitre 7](#) un tableau qui **synthétise les améliorations à apporter** et pour lequel l'entité auditée indique le niveau de **risque**, le **responsable** de leur mise en place ainsi que leur **délai de réalisation**.

3. CONTEXTE GÉNÉRAL

3.1. Le système de santé en Suisse

3.1.1. Principales bases légales

Au niveau fédéral

La loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1996, régit l'assurance-maladie sociale qui comprend l'assurance obligatoire des soins et une assurance facultative d'indemnités journalières, faiblement rencontrée en pratique. Elle prévoit l'allocation de prestations en cas de maladie, d'accident et de maternité. Elle est obligatoire pour toute personne domiciliée en Suisse et doit être contractée dans les trois mois qui suivent la prise de domicile ou la naissance en Suisse.

Les personnes tenues de s'assurer choisissent librement leur assureur qui doit, dans les limites de son rayon d'activité territorial, les accepter. Les cantons veillent au respect de l'obligation de s'assurer.

L'assurance-maladie obligatoire est l'un des piliers de la sécurité sociale. En Suisse, elle remplit une triple fonction :

- elle assure le remboursement des frais de soins ;
- elle prend en charge les prestations spécifiques de la maternité ;
- elle permet la couverture de la perte de gain due à l'incapacité de travail provoquée par la maladie ou la maternité.

La loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA), du 2 avril 1908, traite du contrat d'assurance. Elle régit les relations de droit privé entre le preneur d'assurance et l'entreprise prestataire. Dans le domaine de l'assurance maladie, les assurances complémentaires et l'assurance indemnités journalières de maladie selon la LCA (la plus courante en pratique) tombent sous le coup du contrat d'assurance privé. Les assurances complémentaires couvrent des prestations qui ne sont pas prises en charge par l'assurance de base telles que des prestations médicales ambulatoires plus nombreuses (correction des dents pour les enfants, traitements médicaux complémentaires tels qu'ostéopathie), assurent un confort supérieur en cas d'hospitalisation ou donnent le libre choix du médecin lors d'un séjour en hôpital.

Pour les assurances relevant de la LCA, les assureurs peuvent refuser l'admission d'une personne en raison de son âge, sexe, état de santé ou d'autres critères (liberté contractuelle). Ils sont libres également de proposer des contrats collectifs avec des rabais sur les primes.

Au niveau cantonal

Les principales bases légales et réglementaires cantonales qui encadrent le système de santé genevois sont les suivantes :

La **loi sur la santé**, du 7 avril 2006 (K 1 03), a pour but de contribuer à la promotion, à la protection, au maintien et au rétablissement de la santé des personnes, des groupes de personnes, de la population et des animaux, dans le respect de la dignité, de la liberté et de l'égalité de chacun. Elle garantit une égalité d'accès de chacun à des soins de qualité. Elle a pour but d'encourager les responsabilités individuelle, familiale et collective ainsi que la solidarité.

La **loi cantonale d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie**, du 29 mai 1997 (J 3 05), régit l'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie en traitant, notamment, des compétences du Grand Conseil et du Conseil d'État, de la planification et financement des établissements hospitaliers, des subsides en faveur de certains assurés.

La **loi sur les établissements publics médicaux**, du 19 septembre 1980 (LEPM K 2 05), désigne les établissements publics médicaux du canton de Genève et définit leurs activités, leur mode d'organisation, leurs moyens de financement et de fonctionnement.

Le **règlement concernant l'admission des malades dans les établissements publics médicaux**, du 7 novembre 1984 (RAMEPM ; K 2 05.04), définit les personnes pouvant être admises dans les établissements publics médicaux ainsi que les conditions d'exception.

3.1.2. Principaux intervenants

Administration fédérale⁴

- **L'Office fédéral de la santé publique (OFSP)**. Sa mission est de surveiller l'application des lois et ordonnances dans plusieurs domaines, notamment les assurances sociales maladie et accidents, les médicaments et la promotion de la santé.
- **L'Office fédéral des assurances sociales (OFAS)**. Il est responsable du système suisse de sécurité sociale : l'assurance-vieillesse et survivants (AVS), l'assurance-invalidité (AI), les prestations complémentaires, la prévoyance professionnelle (caisses de pension), les allocations pour perte de gain en faveur des personnes servant dans l'armée, le service civil ou la protection civile et en cas de maternité, ainsi que les allocations familiales.
- **L'Office fédéral des assurances privées (OFAP)**. Il surveille l'activité des compagnies d'assurance privées dans les domaines de l'assurance-vie, de l'assurance contre les accidents et contre les dommages et de la réassurance. Il délivre les agréments, contrôle et approuve les produits d'assurance dans l'assurance-vie et l'assurance-maladie, vérifie les comptes annuels, inspecte les compagnies et prend le cas échéant des mesures pour remédier aux situations préjudiciables pour les assurés.⁵

Acteurs opérationnels suisses

- **tarifsuisse SA⁶**, filiale de santésuisse⁷, défend les intérêts de ses membres et négocie pour leur compte les tarifs avec les fournisseurs de prestations et les autorités politiques. À ce jour, 47 assureurs actifs sur le territoire genevois sont affiliés à tarifsuisse SA, ce qui représente 74% du portefeuille total des assurés. Les 26% restants sont représentés par HSK (communauté d'achat regroupant les assureurs Helsana, Sanitas et CPT).

⁴ Source : site internet de la Confédération :
- <http://www.edi.admin.ch/org/00344/00353/?lang=fr>

⁵ Source : site internet de l'OFAP :
<http://www.finma.ch/archiv/bpv/f/org/00447/00585/index.html?lang=fr>

⁶ Source : <https://www.santesuisse.ch/fr/tarifsuisse.html>

⁷ Santésuisse : association faitière de la branche de l'assurance maladie dont les buts sont de garantir et défendre les intérêts communs de ses membres et de s'engager en faveur du maintien d'une assurance maladie d'essence libérale (art. 4 des statuts)

- **HSK⁸** est une communauté d'achat constituée d'Helsana, de Sanitas et de la KPT. Elle poursuit le même but que tarifsuisse SA, à savoir l'achat conjoint de prestations médicales pour l'assurance-maladie obligatoire. Elle représente 2,2 millions d'assurés de base, soit 26% du marché.
- **H+⁹** (Les Hôpitaux de Suisse) est l'association nationale d'hôpitaux, cliniques et institutions de soins publics et privés. Située à Berne, elle regroupe 236 hôpitaux (dont les HUG), cliniques et établissement médico-sociaux en tant que membres actifs avec 369 sites et près de 200 associations, administrations, institutions, entreprises et particuliers avec statut de membres partenaires.
- **La Fédération des médecins suisses¹⁰** (FMH) est l'association professionnelle du corps médical suisse et l'organisation faîtière des sociétés cantonales de médecine et des sociétés de discipline médicale. Elle compte plus de 38 000 membres, soit environ 95% des médecins en activité dans notre pays.
- **Les caisses maladies et les compagnies d'assurances** négocient directement avec les établissements médicaux les tarifs qui concernent les divisions semi-privée et privée (assurances complémentaires). Actuellement, cinq caisses maladie (sur les 85 encore en activité) ont plus de 500'000 membres et couvrent à elles seules la moitié des personnes assurées.

Canton

- **La Direction générale de la santé (DGS)**, outre la direction, comprend deux secteurs : planification et économie de la santé, et réseau de soins. Le premier a notamment pour activité :
 - l'identification et l'estimation des besoins et de leur évolution en matière de santé dans le canton de Genève ;
 - la planification de l'offre future pour répondre aux besoins ;
 - la gestion des mandats de prestations qui lient l'État aux cliniques privées ;
 - l'établissement du projet de liste LAMal du Canton de Genève (liste des établissements reconnus pour bénéficier de subventions cantonales) ;
 - La gestion des demandes de garantie de paiement et des factures concernant l'hospitalisation dans d'autres cantons.
- **L'association des médecins genevois** poursuit, notamment, le but de défendre les intérêts de ses membres, à savoir préserver et promouvoir les intérêts généraux et économiques ainsi que la liberté et l'indépendance de la profession médicale.¹¹

3.1.3. Le financement de la santé en Suisse

Le coût global du système de santé est évalué à plus de 68 milliards de francs pour 2012¹² : les hôpitaux représentent 37% des coûts des prestations de biens et services liés à la santé alors que les institutions médico-sociales représentent 30% et les prestataires de services ambulatoires 17%. Il est principalement

⁸ Source site internet HSK - www.ecc-hsk.info

⁹ Source : rapport annuel 2013 H+

¹⁰ Source : site internet de la FMH www.fmh.ch

¹¹ Source : statuts de l'AMGE

¹² Données disponibles les plus récentes à la date de l'audit

financé par les assurances sociales (42%), par les ménages privés (25%) et par l'État (20%)¹³

3.1.4. Les tarifs applicables

La LAMal prévoit que les parties (assureurs, établissements hospitaliers et de soins, médecins) doivent obligatoirement entamer des négociations afin de conclure une convention tarifaire. Dans le cas d'une entente avec les assureurs, une convention tarifaire est établie qui doit être d'abord validée par le Conseil d'administration des HUG, puis approuvée par le Conseil d'État. Si les parties n'arrivent pas à s'entendre, les HUG ou les assureurs s'adressent au Conseil d'État afin que ce dernier édicte, par arrêté, un tarif après avoir consulté les intéressés.

Le Conseil d'État est en charge également de fixer les tarifs de référence applicables aux hospitalisations des patients domiciliés hors canton.

La négociation des tarifs des prestations en division privée et semi-privée est du ressort de chaque assureur qui traite directement avec les HUG. Dans le cadre de ces négociations, qui sont réglées dans la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA), l'approbation par le Conseil d'État n'est pas nécessaire.

Il existe près d'une centaine de conventions tarifaires aux HUG qui ont en général une validité d'une année, plus rarement de deux années voire plus. Elles sont mises en place à des dates différentes, en fonction du résultat des négociations qui généralement ne sont pas terminées au début de l'année civile. Cette situation explique pourquoi la facturation des HUG ne peut démarrer qu'au moment où le tarif est approuvé ce qui engendre, dans certains cas, un décalage entre la date des prestations rendues et leur facturation.

Au sein des HUG, c'est le service Tarifs et Clientèle (ci-après T&C) qui est chargé de la négociation et de la gestion des tarifs et conventions.

Les deux principaux systèmes appliqués en Suisse sont les suivants :

TARMED

Pour la facturation des prestations ambulatoires¹⁴, les HUG appliquent un tarif uniforme : le TARMED. Avec plus de 4'600 positions, il comprend la quasi-totalité des prestations médicales et paramédicales fournies au cabinet médical et dans le domaine hospitalier ambulatoire.

Un certain nombre de points tarifaires est attribué à chaque prestation en fonction du temps nécessaire, du degré de difficulté et de l'infrastructure requise. En outre, le TARMED fait la distinction entre la prestation médicale et la prestation technique.

Chaque canton applique des valeurs différentes du point tarifaire. Par exemple, en 2014, le canton de Genève avait une valeur de point de 0,96 alors que la plus

¹³ Source :

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/05/blank/key/ueberblick.html>

¹⁴ Source : site H+. Sont considérées comme prestations ambulatoires des hôpitaux toutes les prestations prodiguées à l'hôpital telles que des examens, des traitements et des soins aux patients qui ne sont pas définies comme des prestations stationnaires ou semi-stationnaires (voir définition des prestations stationnaires en page suivante)

élevée se trouvait dans le canton du Jura à 0,97 et la moins élevée dans les cantons de Lucerne, Schwyz, Valais et Zoug à 0,82.¹⁵

Swiss DRG (Diagnostic Related Groups)

Le tarif SwissDRG est un système qui fonctionne selon le principe d'un forfait « all inclusive » par séjour hospitalier¹⁶ et pour les soins aigus. Les HUG facturent leurs prestations hospitalières selon ce modèle depuis le 1er janvier 2007, mais il n'est obligatoire pour toute la Suisse que depuis le 1er janvier 2012.

Le principe de base des DRG est que chaque séjour hospitalier est catégorisé par diagnostic principal qui fait l'objet d'un traitement médical identifié par des numéros ou « codes » et indemnisé de manière forfaitaire. La liste exhaustive des diagnostics est arrêtée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Chaque code représente un nombre de points DRG qui peuvent être facturés.

La valeur du point DRG est différente d'un canton à un autre et est négociée entre les HUG et les représentants des assureurs (tarifsuisse et HSK principalement). Pour les années 2014 et 2015, elle s'élève à 10'500 F et 10'400 F¹⁷ respectivement.

Pour certaines pathologies, telles que la gériatrie, la psychiatrie et la réadaptation, le système DRG n'est pas applicable. Comme la durée du séjour est très variable d'un patient à un autre, sans que les médecins puissent la déterminer précisément, la facturation s'effectue sur le nombre de jours de séjour ou forfait journalier.

Si, à la suite d'un traitement prévu en ambulatoire, un patient doit être hospitalisé, il passe sous le régime des DRG. Dès lors, les prestations fournies en ambulatoire ne peuvent plus être facturées (régime TARMED) car elles sont incluses dans le DRG applicable. Par contre, lors d'une hospitalisation prévue (« élective »), si des consultations sont données par le personnel médico-soignant un jour au moins avant l'intervention, elles sont facturées comme prestations ambulatoires.

¹⁵ Source : http://www.newindex.ch/__temp/TPW_F_2014.pdf

¹⁶ Source : site H+. Sont considérés comme des séjours stationnaires ou hospitalisations les séjours à l'hôpital d'une durée de 24 heures au moins à des fins d'examen, de traitement et de soins. Les séjours à l'hôpital de moins de 24 heures durant lesquels un lit est occupé pendant une nuit ainsi que les séjours hospitaliers lors de décès comptent également comme hospitalisation

¹⁷ Source : communiqué de presse des HUG du 19 mars 2014

3.2. Les Hôpitaux Universitaires de Genève

3.2.1. Mission et organisation¹⁸

La loi genevoise sur la santé confie aux HUG trois missions principales :

- **soigner**: les HUG répondent aux besoins en soins d'une communauté de 500'000 personnes et assurent quelque 80'000 urgences par an ;
- **enseigner**: avec leurs partenaires (l'Université et les écoles professionnelles), les HUG assurent la formation de la relève médicale (670 médecins, 1'250 professionnels de santé et 100 apprentis par an) ;
- **chercher**: en lien étroit avec la Faculté de médecine de l'Université de Genève, les HUG mènent une activité de recherche médicale de premier plan et contribuent activement aux progrès de la médecine.

En tant qu'hôpital universitaire, les HUG accueillent également des patients d'autres cantons, des patients frontaliers et des patients étrangers (fonctionnaires internationaux, touristes, clientèle étrangère privée, etc.). Par ailleurs, conformément à la loi sur la santé, les HUG sont soumis à l'obligation d'admettre, ce qui signifie qu'aucun patient qui se présente aux urgences ne peut être refusé, notamment pour des raisons administratives.

Les HUG sont placés sous la surveillance du Conseil d'État, plus particulièrement du DEAS.

Les HUG sont organisés selon le principe de la décentralisation des activités médicales et de gestion. Les soins sont dispensés dans le cadre de 12 départements médicaux, regroupant 66 services et 112 unités. Huit centres transversaux assurent la coordination des différentes expertises autour du patient. Le département d'exploitation regroupe toutes les fonctions logistiques, techniques et hôtelières. Les autres fonctions de support sont assurées par 11 directions et services communs. L'organigramme est présenté à la page suivante.

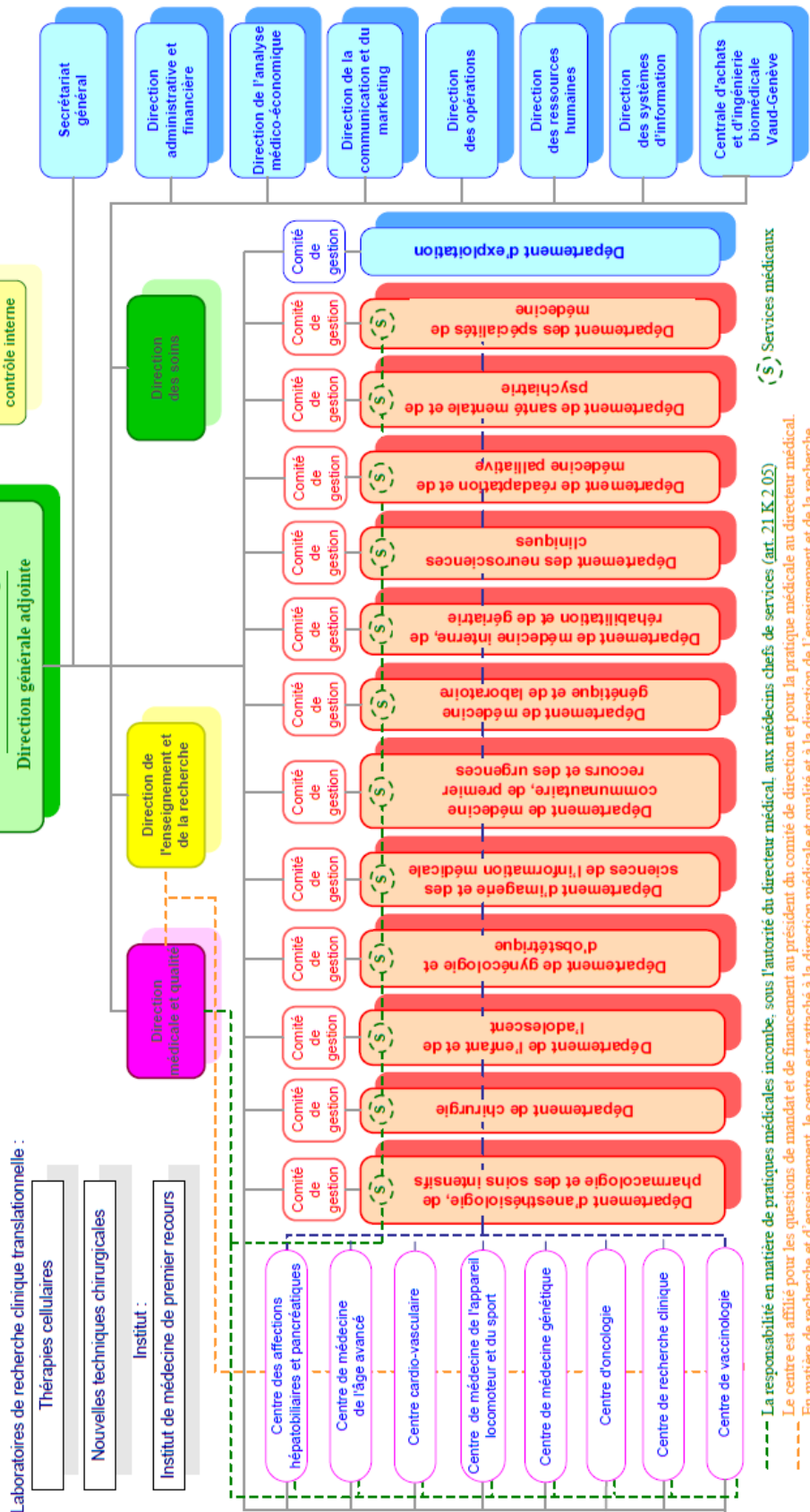
Sur la base des chiffres 2014, les activités des HUG sont réparties dans 8 hôpitaux et 40 lieux de soins avec 1'800 lits. Les HUG emploient 10'334 collaborateurs dont 4'648 actifs dans les soins infirmiers et 1'519 médecins.

¹⁸ Source : site internet des HUG www.hug-ge.ch



Organigramme institutionnel officiel 2014

Validé par le CA le 16.12.2013
SG/Chancellerie/Secteur du référentiel documentaire



--- La responsabilité en matière de pratiques médicales incombe, sous l'autorité du directeur médical, aux médecins chefs de services (art. 21 K. 2 OS)
 - - - Le centre est affilié pour les questions de mandat et de financement au président du comité de direction et pour la pratique médicale au directeur médical.
 - - - En matière de recherche et d'enseignement, le centre est rattaché à la direction médicale et qualité et à la direction de l'enseignement et de la recherche.
 - - - Le centre est une structure médicale transdépartementale regroupant des unités et/ou services médicaux.

3.2.2. Les chiffres clés

En 2014, les chiffres-clés¹⁹ des interventions de soins ont représenté :

- 965'364 (912'145 en 2013) prises en charge ambulatoire ;
- 26'318 (25'664 en 2013) interventions chirurgicales dont 6'902 (6'579 en 2013) en ambulatoire (désignées sous la terminologie de « One day surgery ») ;
- 4'129 (4'127 en 2013) naissances ;
- 87'205 (85'145 en 2013) urgences.

Données sur l'activité médicale

Activité stationnaire²⁰

En 2014, les séjours stationnaires (qui peuvent être pris en compte plusieurs fois lorsque le séjour se déroule sur différentes zones de soins) ont représenté plus de 61'300 cas, dont 80% pour les soins aigus. Les séjours stationnaires pour soins aigus ne représentent que 43% des journées d'hospitalisations alors que ceux en lien avec la réadaptation et la gériatrie représentent plus de 40% des journées.

Par rapport à 2013, les journées d'hospitalisation stationnaire sont pratiquement inchangées à 656'598 journées en 2014 ; par contre, depuis 2010, les HUG constatent une diminution de leur nombre de 1.2%. Cette variation s'explique par la réduction de la durée moyenne de séjour qui passe de 13.8 jours en 2010 à 13.7 jours en 2014. Les variations les plus significatives concernent les soins aigus (de 6.1 jours en 2013 à 5.9 jours en 2014) et la réadaptation (de 73.7 en 2013 jours à 64 jours en 2014). La diminution des durées de séjour a permis aux HUG de faire face à l'augmentation de la demande avec la même capacité d'accueil en lits.

Activité ambulatoire²¹

Depuis plusieurs années, l'activité ambulatoire, mesurée par le nombre de prises en charge ambulatoires, augmente régulièrement. En 2014, 965'364 prises en charge ont été comptabilisées, qui se répartissent en 855'636 visites (813'610 en 2013) et 109'728 cas de semi-hospitalisation (98'535 en 2013).

Les plus importants contributeurs à l'activité ambulatoire sont : le département de santé mentale et psychiatrie (20.4%), le département de médecine communautaire et de premier recours (18.6%) ainsi que le département des spécialités de médecine (15.5%).

Dans le contexte ambulatoire, il est aussi important d'indiquer l'évolution des indicateurs institutionnels suivants :

- l'indicateur « nombre de points TARMED facturés » indique qu'en 2014, 169.7 millions (160.2 millions en 2013) de points TARMED ont été facturés ;
- l'augmentation est très nette en ce qui concerne le nombre de points TARMED facturés par visite ambulatoire, passant de 178 en 2013 à 183 en 2014, ce qui correspond à une progression de 3 % ;
- l'indicateur « nombre de points de laboratoires (OFAS) facturés » indique qu'en 2014, 33.2 millions de points de laboratoires ont été facturés, contre 32 millions en 2013, soit une augmentation de + 1.2 mio (+ 3.4 %).

¹⁹ Source : HUG en bref - chiffres clés 2014

²⁰ Source : rapport de gestion 2014 des HUG

²¹ Source : rapport de gestion 2014 des HUG

Une partie des évolutions susmentionnées s'explique par le fait que les HUG (essentiellement le département de chirurgie) effectuent de plus en plus des interventions désignées « One day surgery » (le patient quitte les HUG le jour même de l'intervention chirurgicale ; il n'y a donc pas d'hospitalisation) qui sont facturées selon tarif ambulatoire.

Données financières

Les chiffres du compte de résultat des exercices 2013 et 2014 sont présentés dans le tableau qui suit ²²:

HUG (en million de F)	2013	2014
Total Recettes médicales	762.5	853.3
Total Autres recettes	51.9	52.1
Total Recettes	814.4	905.4
Indemnité monétaire de fonctionnement Etat	824.9	836.3
Indemnité à restituer (contrat prestation)	-0.1	-17.3
Indemnité non monétaire	85.1	0
Produits différés de subventions d'investissement	33.5	32.3
Indemnités complémentaires	0.4	0.7
Financement par réduction de la réserve quadriennale	0	0
Total Subvention Etat	943.8	852
Autres subventions et dotations internes	1.5	1.5
Total Subventions	945.3	853.5
Total des Produits	1759.7	1758.9
Charges de personnel	1291.5	1288.6
Matériel médical d'exploitation	169.8	180.4
Charges de produits alimentaires	19.6	20.7
Charges de ménage	15.4	16.8
Entretien et réparations	25.3	28.8
Charges d'utilisation des immobilisations (part monétaire)	31.8	44.7
Charges d'utilisation des immobilisations (part non monétaire)	60.9	0
Investissements liés aux projets de lois activés	33.5	32.3
Charges d'énergie et eau	17.4	17.6
Charges financières (part monétaire)	1	0.9
Charges financières (part non monétaire)	24.2	0
Charges de l'administration et de l'informatique	25.6	28
Autres charges liées aux patients	8.6	8.9
Autres charges non liées aux patients	34.7	39.2
Charges de matériel, de marchandises, et autres charges d'exploitation	467.8	418.3
Total des Charges	1759.3	1706.9
Résultat de fonctionnement	0.4	52

Il ressort de ce tableau que les recettes médicales sont en augmentation entre 2013 et 2014 avec un accroissement de près de 12%. Cette évolution se traduit également dans le nombre de factures émises par les HUG, à savoir 907'388 en 2014 contre 899'730 en 2013. De manière plus générale, l'augmentation des recettes médicales (tant avant qu'après prise en compte des pertes sur débiteurs, celles-ci étant directement déduites des recettes médicales dans le tableau ci-avant) est constante depuis plusieurs années, alors que les pertes sur débiteurs comptabilisées²³ diminuent, passant de 23.7 millions de F en 2013 à 20.2 millions de F en 2014 (voir également le chapitre 6.1).

²² Source : rapport de gestion 2014 des HUG

²³ La méthode actuelle de comptabilisation utilise un compte de charge qui comptabilise les dotations de provision pour pertes sur débiteurs et enregistre également, à son crédit, des paiements de débiteurs effectués directement aux HUG qui ont déjà fait l'objet d'un provisionnement total.

3.2.3. Le contrat de prestations avec l'État de Genève

Depuis 2008, les relations entre les HUG et l'État de Genève sont régies par un contrat de prestations, qui sert de base à la détermination de la subvention et décrit les missions qui s'y rapportent. Le contrat de prestations actuel porte sur les années 2012 à 2015. Dans le cadre du contrat de prestations signé entre l'État et les HUG, ces derniers s'engagent à fournir les prestations suivantes ²⁴ :

- « *Les prestations de soins concernent l'ensemble des prestations inhérentes à la mission des HUG au sens des assurances sociales (notamment LAMal, assurance invalidité (LAI), assurance accident (LAA), etc.). [...]* »
- *Les prestations de formation pré-graduée, post-graduée, et de recherche clinique concernent l'ensemble des prestations inhérentes à la mission des HUG au sens de son statut de centre de formation universitaire pour les professions médicales et paramédicales et de centre de formation continue pour les professions paramédicales.*
- *Les prestations de missions d'intérêt général sont celles que l'État de Genève confie aux HUG et qui sortent du cadre des prestations inhérentes à la mission des HUG au sens des assurances sociales. Y compris les prestations relevant de la médecine humanitaire. [...]* ».

L'État finance une partie de l'activité des HUG, que ce soit au titre du fonctionnement ou de l'investissement. Dans ce coût, il faut prendre en compte les éléments suivants :

- les HUG ont l'obligation d'accueillir tous les patients 24h/24 et 7j/7 et de mettre à disposition des équipes médicales complètes, ce qui génère des coûts non imputables aux forfaits facturés aux patients. Les coûts globaux des grands hôpitaux sont donc plus élevés que ceux des petits hôpitaux spécialisés ;
- les hôpitaux universitaires traitent des affections complexes et sont des leaders technologiques, ce qui implique l'utilisation de biens et services médicaux relativement chers. Cet état de fait n'est pas suffisamment pris en compte dans les structures tarifaires actuelles. À défaut de dispositifs adaptés pour financer les innovations thérapeutiques et diagnostiques, ce sont les cantons qui, au travers de leur subvention, soutiennent cette activité pourtant nécessaire au progrès de la médecine.²⁵

Indemnité de fonctionnement

L'État verse aux HUG une indemnité forfaitaire de fonctionnement comme suit :

Indemnité de l'État aux HUG				
Année	Indemnité pour prestations de soins	Indemnité pour les prestations de formation et d'enseignement	Indemnité pour les prestations relatives aux missions d'intérêt général	Total
2012	506'550'000	188'800'000	127'800'000	823'150'000
2013	509'150'000	190'700'000	129'900'000	829'750'000
2014	509'450'000	192'100'000	130'300'000	831'850'000
2015	511'050'000	193'900'000	132'300'000	837'250'000

²⁴ Source : Contrat de prestations entre l'État de Genève et les HUG 2012-2015

²⁵ Source : rapport de gestion des HUG

Dans cette indemnité de fonctionnement est comprise la participation de l'État définie par les dispositions légales de la LAMal selon lesquelles les cantons doivent prendre en charge 55% au moins de la rémunération de l'hôpital. Cette participation est octroyée selon les conditions suivantes :

- les patients doivent être domiciliés dans le canton de Genève ;
- les patients doivent être admis pour des prestations hospitalières ;
- les patients doivent recevoir des prestations couvertes par la LAMal.

À Genève, cette part de 55% est englobée dans le montant de la subvention de fonctionnement prévue par le contrat de prestations ; en conséquence, seuls les 45% de la facture LAMal sont envoyés à l'assureur ou au patient résidant à Genève. Pour les patients venant d'autres cantons, une facture comprenant le 100% des coûts est adressée au canton de domicile selon les règles de la libre circulation et les tarifs cantonaux.

Subventions et crédit d'investissement

Les HUG bénéficient pour les années 2012 à 2015 de subventions cantonales d'investissement d'un montant total de 178 millions, destinées à financer les équipements généraux, médicaux, informatiques et l'entretien des bâtiments (« crédit de programme »).

Les HUG bénéficient également pour les années 2012 à 2015 d'un crédit global d'investissement de 22 millions pour financer l'acquisition de matériel de haut niveau (« crédits d'ouvrage »).

3.2.4. Les applications informatiques (système d'information)

Le système d'information des HUG est composé de plus de 200 applications informatiques. Ces dernières répondent aussi bien aux besoins administratifs de l'institution qu'aux besoins opérationnels (clinique). Les outils en place sont issus de solutions commerciales ou de développements en interne.

La Cour présente ci-dessous les principales applications utilisées par les HUG dans le cadre du processus d'admission et de facturation :

Dossier Patient Administratif (DPA)

DPA est un outil développé au sein des HUG qui permet de consigner l'ensemble des informations socio-administratives du patient telles que le nom, coordonnées et assurances. L'application permet également de gérer les épisodes de soins, c'est-à-dire la prise en charge d'un patient (date d'arrivée et de sortie, nature du cas et attribut tarifaire).

Dossier Patient Informatisé (DPI)

DPI est une application développée par les HUG qui permet à l'utilisateur de répertorier les informations et les prestations médicales d'un patient (ensemble des prescriptions et données de prise en charge). Le niveau de développement et son utilisation ne sont pas uniformes au sein des HUG. En effet, DPI fonctionne en parallèle à une documentation papier dans certains services ou départements alors qu'il permet d'intégrer la totalité du processus de soins dans d'autres services ou départements. Les données administratives du patient sont reprises automatiquement de DPA.

Opale

Opale est une application commerciale de gestion hospitalière (gestion des patients, facturation, gestion des débiteurs, etc.) dont les HUG n'ont retenu que le module spécifique de facturation hospitalière. Elle permet de saisir l'ensemble des prestations de soins effectuées par le personnel médico-soignant pour la facturation. Elle est utilisée directement par le personnel médico-soignants pour la saisie de prestations sous sa forme « OpaleWeb » ou par le personnel administratif des centres d'admission et facturation (CAF) lorsque la saisie des prestations est effectuée par ces derniers à partir de fiches remplies à la main. Les données administratives du patient sont reprises automatiquement de DPA.

Qualiac

Le progiciel de gestion intégrée utilisé par les HUG est Qualiac. C'est notamment sur cette application que la comptabilité financière et la gestion des débiteurs sont tenues.

Cash In

Ce module est exclusivement utilisé par le service de comptabilité pour traiter le recouvrement des débiteurs. Il permet de gérer les procédures du contentieux tels que les rappels, sommations et réquisitions de poursuites.

3.3. Les éléments clés du processus de facturation et de recouvrement

Étapes et éléments-clés des processus

Le processus de facturation est composé des étapes suivantes : l'admission (hospitalière ou ambulatoire), la saisie des prestations, l'émission de la facture et le recouvrement.

L'admission et la saisie des prestations sont traitées par deux entités des HUG : les centres d'admission et de facturation (CAF) et la gestion administrative des patients (GAP). Les CAF procèdent aux admissions pour les activités et les lieux suivant (ce qui représente 76 sites géographiques) :

- l'activité ambulatoire exercée dans le bâtiment des lits (BDL) ;
- l'activité ambulatoire et l'activité stationnaire (admissions électives et programmées) y compris les urgences, exercées sur les sites de l'hôpital ophtalmologique, de l'hôpital des enfants ainsi que de la maternité ;
- l'activité ambulatoire et l'activité stationnaire (admissions électives et programmées) y compris les urgences, exercées sur les sites de Belle-Idée, Beau-Séjour, Trois-Chêne, Collonge-Bellerive et Loëx.

La gestion administrative des patients (GAP) procède à l'admission des patients électifs ou programmés du bâtiment des lits (BDL) et traite les dossiers des patients des urgences adultes du BDL. Elle a comme autres fonctions transversales, notamment :

- le lancement des travaux de facturation pour l'ensemble des HUG ;
- la formation des collaborateurs des centres d'admission et de facturation (CAF) sur les applications et le métier lié au processus de facturation ;
- la rédaction des procédures métiers et des documents d'information et de soutien à l'attention des utilisateurs des HUG.

C'est la trajectoire du patient, identifiable dans l'application DPA, qui permet de déterminer s'il a été hospitalisé ou non. L'outil informatique (DPA) est paramétré

pour identifier le système de facturation à appliquer en tenant compte notamment du domicile légal du patient, de la nature du cas, du type d'assurance et de la classe de prise en charge. En fonction du système de facturation proposé par DPA, Opale détermine le tarif qui lui est lié.

Les rejets et les retours de facturation

Le processus de facturation peut être affecté par des rejets de dossiers, des rejets de prestations ou des retours de factures. Les rejets de dossiers et de prestations empêchent la facturation d'être effectuée automatiquement et nécessitent une intervention manuelle pour permettre une facturation ultérieure. Les retours concernent des factures envoyées par les HUG mais que La Poste n'a pas pu délivrer pour des raisons qui sont détaillées au chapitre 4 ; ils nécessitent également une intervention manuelle pour permettre une facturation ultérieure.

Les HUG catégorisent les rejets selon qu'ils ont des causes structurelles ou des causes opérationnelles.

Cause structurelle : la cause trouve son origine hors du processus et ne peut être remédiée par les services des HUG impliqués dans la facturation. Il s'agit :

- des tarifs en attente d'être approuvés par le canton à la date concernée : certains tarifs ne font pas l'objet de négociations avec les assurances, mais sont de la compétence de l'État (patients extra-cantonaux, patients frontaliers). Dès lors, tant que les autorités cantonales n'ont pas approuvé les tarifs, la facturation des patients concernés ne peut pas être réalisée ;
- des conventions tarifaires en attente d'être validées : une fois que les tarifs ont été négociés avec les assureurs, ils font l'objet de conventions qui doivent être adoptées par les différentes instances des HUG. Or, ce processus prend du temps car lesdites conventions passent d'abord au comité de direction, puis au bureau du Conseil d'administration, ensuite au Conseil d'administration et enfin sont envoyées au Conseil d'État pour validation. Il en résulte que les services impliqués dans le processus de facturation ne disposent pas de toutes les conventions tarifaires en début d'année ;
- des délais inhérents à l'implémentation des Swiss DRG pour les soins aigus : les outils relatifs à la facturation des soins aigus sont d'abord émis en allemand en septembre par Swiss DRG, puis font l'objet d'une version française qui n'est disponible qu'au mois de décembre ; dès lors, le temps disponible pour leur implémentation dans le système d'information des HUG est trop court pour permettre de démarrer la facturation dès le mois de janvier. De plus, SwissDRG impose aux établissements hospitaliers un délai d'attente de 18 jours après la sortie du patient pour pouvoir coder un dossier.

Causes opérationnelles, elles ressortent à l'activité courante des HUG. Il s'agit principalement de dossiers qui sont en suspens pour cause d'informations manquantes (liées à l'adresse du patient, au garant et au traitement des garanties) ou parce que le personnel des HUG les a volontairement mis en attente.

La Cour a effectué ses analyses sur les rejets pour causes opérationnelles et non sur les rejets ressortant de causes structurelles, ces derniers étant indépendants du périmètre d'action des services impliqués directement dans le processus de facturation.

Au 5 novembre 2014, date de l'analyse de la Cour, le nombre de rejets toutes causes confondues, soit les factures qui n'ont pas pu être émises

automatiquement et qui nécessitaient une intervention de la part du personnel administratif s'élevait à 18'881 dont 8'294 concernaient le processus de saisie des données d'admission (voir le chapitre 4.1) et 10'587 le processus de saisie des prestations (voir le chapitre 5.1).

Parmi ces rejets, 11'478 (dont la valeur estimée est de 33.6 millions de F) devaient être traités par le personnel administratif ou médical ; les 7'403 rejets restants ne pouvaient être traités par ce dernier parce qu'ils concernent des cas liés aux causes structurelles :

Rejets de facturation	au 05.11.2014	Rejets > à trois mois	Rejets > à un an
Nombre de rejets à traiter par le personnel médical ou administratif	11'478	2'978	950
Nombre de rejets dû à l'absence de tarification	3'214	1948	47
Nombre de rejets dû au respect du délai d'attente du codage	1'930	0	0
Nombre de rejets pour prestations inférieures à 10 F	2'259	2188	2033
Total	18'881	7'114	3'030
Valeur estimée en F	61'873'855	19'756'323	2'629'443

En ce qui concerne les retours de factures, soit les factures émises par les HUG mais qui ont été retournées par la poste parce qu'elles n'ont pas pu être délivrées, ils se sont élevés à 15'792 en 2014. La valeur en francs de l'ensemble de ces retours n'étant pas disponible, la Cour a analysé ceux provenant des quatre principaux départements, soit 8'060 retours de factures pour une valeur totale de 8'311'612 F (état au 5 novembre 2014).

Lorsque le dossier du patient est prêt à être facturé, le processus de facturation est initié par la GAP qui lance périodiquement les opérations (hebdomadaires ou mensuelles), sur la base d'une planification annuelle des dates. C'est ensuite le service de l'édition des HUG qui génère les fichiers électroniques et les envoie à une société externe pour l'impression, la mise sous pli et l'envoi des factures aux patients et aux assurances. Pour ces dernières, les envois s'effectuent de plus en plus par la voie électronique.

Enfin, le recouvrement des factures est géré par le service des comptabilités des HUG avec l'assistance de deux mandataires : une étude d'avocat pour les débiteurs domiciliés en Suisse et une société de recouvrement de créances pour les débiteurs domiciliés à l'étranger. Dès la fin du mois de juin 2015, cette organisation a été modifiée par les HUG qui ont repris en interne le processus de recouvrement lié aux débiteurs domiciliés en Suisse.

Les rejets et retours liés à une admission inadéquate des patients sont traités au **chapitre 4** du présent rapport.

Les rejets liés à une saisie inadéquate des prestations sont traités au **chapitre 5** du présent rapport.

Le **chapitre 6** décrit le processus de recouvrement des factures ouvertes en indiquant la procédure, les acteurs et les montants en jeu.

4. ANALYSE DU PROCESSUS D'ADMISSION

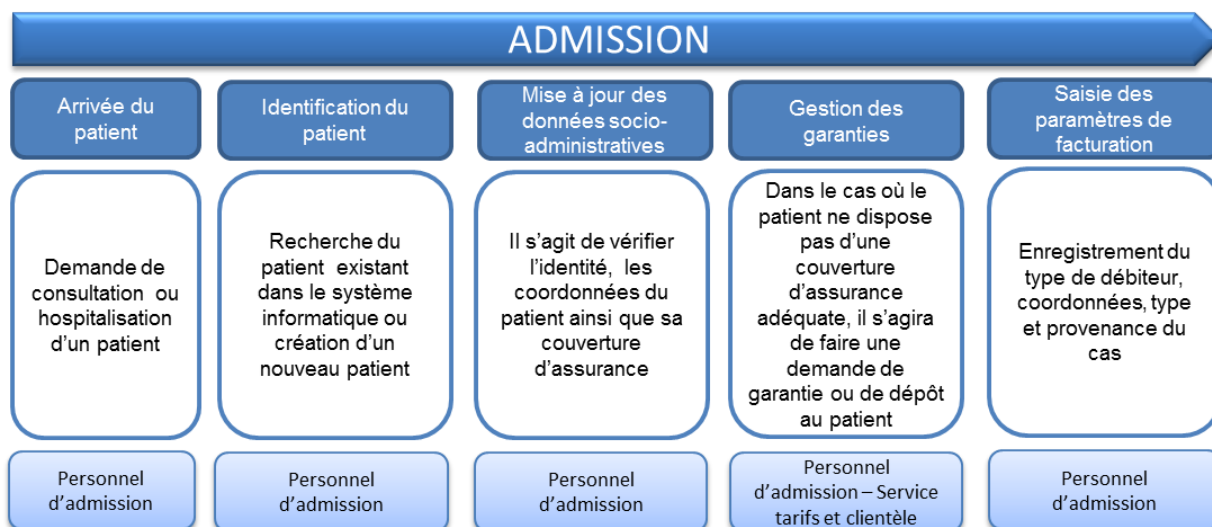
4.1. Contexte

4.1.1. Organisation des admissions

Pour chaque patient qui se présente aux HUG, une admission administrative est nécessaire. Il s'agit de renseigner le système avec les données liées au patient (nom et prénom, date de naissance, adresse, nom et type de couverture d'assurance, système de facturation, etc.), ce qui correspond aux données socio-administratives. L'admission ne concerne pas uniquement les patients physiquement présents, mais également une personne pour laquelle une analyse ou un diagnostic a été demandé aux HUG.

Il existe deux types d'admissions : l'admission prévisible (« élective ») et l'admission en urgence. Lorsque la visite est planifiée (pour une consultation ambulatoire ou un séjour hospitalier), les collaborateurs de l'admission sont en mesure de « pré-admettre » un patient. Dans ce cas, les données et informations médicales des patients sont pré-saisies dans le système avant l'arrivée du patient aux HUG.

Schématiquement, l'admission des patients aux HUG se déroule de la manière suivante :



L'admission s'effectue dans l'application informatique DPA qui comporte les modules/onglets contenant les données suivantes :

- Patients : liste exhaustive des patients.
- Données socio-administratives : informations personnelles (données administrative du patient), telles que le nom, l'adresse, l'assurance, etc.
- Épisodes de soins (EDS) : informations sur le secteur, l'unité de soins du patient, la classe d'hospitalisation (1^{ère}, 2^{ème}, 3^{ème}).
- Facturation : informations permettant de définir le/les débiteurs de la/des factures (assureur, canton, patient) au moyen notamment du système de facturation, de l'identification du/des débiteurs (tiers payant ou tiers garant).
- Garantie : informations relatives à la demande de garantie et à son suivi (échéance notamment).

Les informations saisies dans DPA se déversent automatiquement dans Opale qui est l'application permettant la saisie des prestations et la facturation.

Pour les **traitements ambulatoires**, ce sont les dix centres d'admission et de facturation (CAF), voire les secrétariats médicaux, qui procèdent à l'admission administrative. Une fois l'admission effectuée, le CAF crée un épisode de soins (EDS) dans le système²⁶.

La GAP s'occupe de l'admission des **patients hospitalisés** au bâtiment des lits (site de Cluse-Roseraie). Toutes les admissions concernant les autres sites des HUG sont effectuées par les CAF des centres de soins concernés. S'agissant du service des urgences (SU), le CAF effectue les enregistrements nécessaires, notamment l'admission médicale du patient. En cas d'hospitalisation suite à la première visite du médecin, les dossiers sont transmis à la GAP.

Au **service des urgences**, le nombre de patients et leur répartition selon les niveaux d'urgence²⁷ sont les suivants pour les quatre dernières années :

Année	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Total
2014	5'106	17'127	37'156	3'078	62'467
2013	4'859	16'097	36'837	3'023	60'816
2012	3'247	14'518	40'438	2'545	60'748
2011	2'751	13'421	41'303	2'087	59'562

Il ressort de ce tableau que près des deux tiers des patients qui se présentent au service des urgences sont de niveaux 3 et 4 et qu'en principe ces cas vont être traités en ambulatoire.

L'admission aux HUG est réglée dans plusieurs documents qui décrivent les actions à entreprendre et les documents à obtenir et dont le contenu s'applique à l'ensemble des HUG ou à chaque département ou centre de soins. Ces documents se trouvent dans la base documentaire HUGO²⁸. Notamment, le RSCP²⁹, dont « l'application est impérative pour tous », mentionne clairement que « l'enregistrement des patients se fait sur la base d'une pièce d'identité (carte d'identité, passeport, permis de séjour, permis de conduire, [...]). Si nécessaire, une copie du document est conservée dans le dossier ». De plus, certains services ou centres de soins ont établi des documents spécifiques au fonctionnement de ces derniers.

Par ailleurs, le personnel d'admission doit demander la carte d'assuré au patient, ce qui lui permet également de compléter les données relatives à la couverture

²⁶ L'EDS est une pathologie du début à la fin de son traitement ; dès lors, un patient peut se voir attribuer plusieurs EDS selon les traitements qu'il suit lors de son séjour. L'EDS se matérialise par un « numéro de passage unique ». Les CAF ont les droits de création pour les centres de soins qui leur sont rattachés.

²⁷ Urgence 1 : Situation aiguë pouvant entraîner la mort, la perte d'un membre ou d'un organe si la prise en charge n'est pas immédiate
Urgence 2 : Situation qui n'engage pas le pronostic vital mais est susceptible de s'aggraver rapidement

Urgence 3 : État de santé jugé stable à l'arrivée et le temps ne constitue pas un facteur déterminant

Urgence 4 : Cas pour lequel un médecin privé aurait dû être consulté

²⁸ HUGO : Nom du répertoire informatique de l'intranet des HUG dans lequel se trouvent les documents institutionnels à disposition des collaborateurs

²⁹ Règles de saisie des coordonnées du patient, version 01.05.2012 / V3

d'assurance. A ce sujet, l'Ordonnance sur la carte d'assuré³⁰ indique à son art. 10 que : « La personne assurée doit présenter sa carte d'assuré au fournisseur de prestations lors du recours à des prestations. Si elle ne présente pas sa carte d'assuré et qu'elle occasionne de ce fait des dépenses supplémentaires lors du remboursement des prestations, l'assureur peut prélever un émolument approprié. ». Si le patient n'a pas sa carte d'assuré, les HUG ont la possibilité d'effectuer une recherche multicritères auprès du site d'OFAC³¹ qui gère le système « Covercard »³² ; ce système permet aux assureurs d'héberger les données de leurs assurés en toute sécurité, et aux fournisseurs de soins (HUG) de vérifier en ligne les données administratives des assurés au moment même de l'admission ou de la prise en charge des patients.

Mentionnons également que le site internet des HUG³³ indique clairement tous les documents que les patients doivent prendre avec eux pour permettre une admission adéquate, en particulier la carte d'assurance la pièce d'identité et l'obligation de faire un dépôt financier dans les cas prévus à cet effet.

Une fois que toutes les informations administratives sont à jour dans DPA, le dossier d'admission est mis dans un statut dit « à facturer », ce qui se produit dans 80% des admissions. Si des informations manquent ou doivent encore être vérifiées par les HUG (adresse incomplète, assurance inconnue, couverture d'assurance non définie, etc.), le dossier est alors mis dans le statut « en attente » ; par exemple, en attente d'un numéro de sinistre dans le cas d'un accident LAA, d'une garantie d'assurance, d'une garantie d'un canton ou d'un dépôt financier. Un dossier « incomplet » est un dossier qui n'a pas encore été traité par les HUG (par exemple un patient venu aux urgences qui doit être hospitalisé et dont l'admission par la GAP n'a pas encore été effectuée).

Selon les règles internes, lorsqu'un patient refuse volontairement de déclarer son identité complète, son adresse exacte ou les coordonnées d'un garant valable, le patient sera dirigé vers un service social ou un service d'urgence. Des soins programmés ne sauraient être donnés dans ce genre de cas. Seuls des soins d'urgence sont acceptés³⁴.

4.1.2. Demandes de garantie ou de dépôts

Si la couverture d'assurance du patient est insuffisante pour les soins hospitaliers prévus ou si le patient n'a pas d'assurance, le dépôt d'une garantie financière lui est demandé. C'est une procédure transverse qui définit les modalités d'application des demandes de dépôts³⁵, à savoir :

- la procédure s'applique aux consultations et aux traitements ambulatoires et hospitalisés des patients qui ne peuvent fournir une attestation de garantie en tiers payant ou pour lesquels l'assurance ne prend pas en charge tout ou partie des soins ;
- tout collaborateur qui effectue l'enregistrement du patient ou de sa consultation est tenu d'appliquer la procédure et de réclamer le dépôt prévu, selon le devis ou le document élaboré par les départements.

³⁰ Ordonnance sur la carte d'assuré pour l'assurance obligatoire des soins (OCA) du 14 février 2007 (RS 832.105)

³¹ OFAC : Office de facturation, coopérative professionnelle pour les pharmaciens suisses

³² Covercard system a été développé par la société OFAC et permet au prestataire de soins, quel qu'il soit, de disposer instantanément du taux de couverture de chaque assuré.

³³ <http://www.hug-ge.ch/admission-new>

³⁴ Règles de saisie des coordonnées du patient (RSCP) des HUG

³⁵ Gestion des dépôts de garantie – DAF/procédure transverse du 12.09.12 V02

Pour les consultations ambulatoires, le montant du dépôt est fixé par les administrateurs des départements. Pour les admissions électives, le montant du dépôt correspond à une estimation préalablement effectuée par Tarifs et Clientèle, et doit être versé avant l'arrivée aux HUG ; si l'hospitalisation est immédiate, des montants minimum sont fixés par arrêté du Conseil d'État et varient de 20'000 F à 30'000 F selon le domicile du patient.

Si le patient n'est pas couvert par une assurance et qu'il n'a pas les moyens de verser un dépôt, les assistants sociaux des HUG l'accompagnent afin de déterminer la prise en charge possible aux HUG (CAMSCO³⁶ par exemple) ou ailleurs.

4.1.3. Contrôles mis en place

Dans l'activité ambulatoire, les CAF sont responsables de suivre les dossiers incomplets ou en attente. Chaque jour, le système d'information (application DPA) édite la liste des dossiers qui ne peuvent être facturés et que les collaborateurs doivent traiter. S'agissant des listes qui concernent son secteur, la GAP a pris des mesures de suivi et de contrôle afin de s'assurer que les dossiers sont traités dans les délais.

La GAP effectue le suivi des dossiers non facturables et des prestations en suspens pour les admissions des secteurs ambulatoire ou hospitalier. À cet effet, elle édite à chaque fin de mois la liste des dossiers non facturables (appelés rejets parce qu'ils ne permettent pas de déclencher la facturation des prestations) pour l'ensemble des HUG. Cette liste est remise à chaque CAF pour traitement et parallèlement, la GAP commente le résultat dans le rapport mensuel d'activité et rejets. L'objectif est de montrer la situation des dossiers qui méritent une attention et un suivi particuliers et de s'assurer de leur traitement.

Quant à la direction des finances, elle reçoit tous les mois des statistiques sur le nombre de prestations en attente de facturation. Parmi celles-ci, elle porte une attention particulière aux prestations en attente depuis plus de six mois et à celles dont le montant estimé est supérieur à 100'000 F.

Il existe également un groupe « qualité » piloté par le service Tarifs et Clientèle qui vérifie la bonne application des procédures en place en effectuant des tests sur l'admission et la facturation dans les CAF. Les résultats font l'objet d'un rapport qui est remis aux CAF concernés ainsi qu'à la direction des finances. En règle générale, les constats conduisent à fournir un appui aux collaborateurs des CAF sous la forme d'une formation dispensée par la GAP.

S'agissant des CAF, comme le traitement est de la responsabilité de chaque département, la GAP ne peut qu'informer.

4.1.4. Rejets de dossiers après l'admission

Dans le cadre des travaux d'audit, la Cour a obtenu la liste des rejets (le stock) au 5 novembre 2014. Il en ressort que 8'294 dossiers ne pouvaient être facturés pour les raisons structurelles ou opérationnelles suivantes :

³⁶ Camasco : Consultation ambulatoire mobile de soins communautaires

Nombre de rejets issus du processus d'admission

Type de rejets	Prestations ambulatoires	Prestations hospitalières	Prestations semi-hospitalières	Total
Blocage OPA/BLOFAC	333	2'868	13	3'214
DPA/ Dossier incomplet	1'681	440	21	2'142
0	891	771	2	1'664
DPA: En attente	410	864	-	1'274
Total	3'315	4'943	36	8'294

Les types de rejets correspondent aux éléments suivants :

Blocage OPA/BLOFAC: il s'agit des dossiers pour lesquels les tarifs n'ont pas encore été fixés par le Conseil d'État ou les conventions n'ont pas encore été signées.

DPA: Incomplet / Dossier incomplet : les HUG peuvent être en attente d'un numéro de sinistre dans le cas d'un accident couvert par la LAA, d'une garantie d'assurance, ou encore le patient n'est pas passé par l'admission et s'est présenté directement au bureau du médecin. 26 cas sont antérieurs à 2014.

0 (VIDE): cela correspond aux blocages effectués manuellement par les gestionnaires de la GAP ou des CAF. Il s'agit d'un moyen d'empêcher la facture de partir dans les cas suivants : lorsqu'un patient est chez un logeur (employé/ées de maison), lorsque le patient désire payer sa facture à la caisse des HUG ou lorsqu'un mineur ne souhaite pas que la facture soit envoyée à l'adresse de ses parents.

DPA: En attente : pour les plus anciens cas, il peut s'agir de dossiers en attente d'une décision de l'AI sur le taux d'invalidité. En ce qui concerne le département de chirurgie, il s'agit d'études cliniques effectuées par les médecins pour lesquelles il manque des renseignements sur les garants qui vont les financer.

La charge de travail liée au traitement des rejets représente 5.5 ETP pour les CAF analysés par la Cour³⁷.

Il n'existe pas de comptabilité annuelle du nombre de rejets parce que la liste est mise à jour après chaque lancement de la facturation et traitement des dossiers concernés.

4.1.5. Retours

Les retours de factures aux HUG suivent deux flux : papier ou électronique (pour certaines assurances). Le premier représente approximativement 80% des retours.

Tous les retours de courriers dus à des noms de patients ou à des adresses de patients inconnus sont retournés par La Poste au service des débiteurs des HUG. En 2014 et pour l'ensemble des HUG, le nombre de retours s'est élevé à 15'792 (2013 :15'375) et comprend des factures, des rappels voire des sommations. Ces courriers qui n'ont pas pu être livrés sont retournés dans les différents CAF où les collaborateurs effectuent des recherches pour obtenir la bonne adresse ou la bonne assurance et renvoyer le document.

³⁷ Source : estimation effectuée par les responsables de CAF.

La Cour a obtenu la situation des retours auprès des 4 CAF principaux au mois de novembre 2014 et les a agrégés, la situation consolidée n'étant pas disponible.

Types de retours	Total des retours en nombre	Total des retours en F
ANGER - Nom débiteur erroné	3'039	2'595'001
FPRRE - Prestations refusées	1'327	1'270'707
AINTR - Introuvable	1'250	661'987
FPRER - Fact. prestations err.	453	1'266'950
AAUTR - Autres retours	321	177'617
AAPER - Adr. patient Erronée	317	91'325
ADEL - Avis Dele/Entree/EEE/HH	264	485'773
ADEMG - Déménagé	234	74'482
AAGER - Adr. débiteur erronée	158	191'064
FFDBL - Double facturation	136	122'089
ADPIN - Données pat./refs inco	114	146'212
ANKER - Nature du cas erronée	109	61'709
AGAI - Attente Garantie AI	103	748'002
FTAER - Tarif erroné	98	357'414
ANREC - Non réclamé	58	19'294
TRTEXT - Traitement demande d'extourne	33	16'963
CTQM - Contestation Fac Elec	16	2'580
ACPNV - Case Postale Non Vidée	11	2'928
ADEER - Erreur Patient	11	4'660
AAPNC - Adr. pat. non conforme	4	1'132
FAPDRG - Fac. APDRG contestée	3	8'479
FTREF - contestation tarifaire	1	5'244
Total	8'060	8'311'612

Il ressort de ces 4 CAF que deux catégories représentent plus de 85% des retours aux HUG : 65% des retours sont dus à des erreurs d'adressage (ANGER, AINTR, AAPER, ADEMG, AAGER, ADPIN, ANREC, ACPNV, AAPNC) et 21% sont liés à des contestations de l'assurance.

En outre, 19% des retours des quatre CAF en suspens à cette date sont antérieurs à 2014 et s'élèvent à 1'623'406 F.

Début novembre 2014, les retours en suspens liés à des erreurs d'adressage représentaient 2.6% du chiffre d'affaires ambulatoire de ces quatre départements pour un montant de 3'783'425 F.

La charge de travail liée aux recherches suite à des retours représente 3.5 ETP pour les CAF analysés par la Cour³⁸.

Finalement, si les recherches sont infructueuses, le personnel des CAF fait une demande d'abandon de créance au service de la comptabilité. Les pertes liées à un mauvais adressage se sont élevées à environ 4,4 millions pour les factures émises durant l'année 2012 et 2,4 millions pour l'année 2013. Les pertes enregistrées sur les factures de 2014 ne seront pas connues avant la fin 2015.

4.1.6. Projet en cours

En cours d'audit, les HUG ont engagé en mars 2015 un projet visant à l'amélioration de la qualité des admissions³⁹.

Ce projet identifie la problématique de la manière suivante : « Actuellement, les admissions sont décentralisées dans l'ensemble des HUG. L'analyse du

³⁸ Source : estimation effectuée par les responsables de CAF.

³⁹ Document « Mandat de projet » portant sur la qualité des admissions, donné par la Direction des finances des HUG qui a été approuvé le 6 août 2015.

processus d'admission montre plusieurs problématiques. Tout d'abord, la qualité des admissions n'est pas uniforme au sein des HUG et les pratiques divergent selon les lieux d'admission. Ensuite, nous constatons que les problématiques d'admissions se répercutent sur tous les processus de prise en charge du patient, aussi bien au niveau administratif que médical et soignant. L'état des lieux fait ressortir de nombreux retours liés à des erreurs de données. Cet élément est un indicateur du manque de qualité des données d'admission ».

Après avoir identifié les problématiques majeures, le groupe de travail en charge du projet a défini des thématiques prioritaires auxquelles ont été rattachés des objectifs et des indicateurs de mesure :

- fiabiliser l'enregistrement des données des patients et des garants ;
- sécuriser et fiabiliser l'enregistrement de l'identité des patients et améliorer la qualité de la base des patients des HUG ;
- homogénéiser les procédures et les pratiques. Définir et utiliser les procédures HUG ;
- anticiper les problématiques de paiement et de garanties lors de l'admission.

4.2. Constats

Parmi les nombreux documents existants aux HUG, tels que procédures, règles de saisie, informations métiers, etc.), certains s'appliquent à l'ensemble des HUG et d'autres sont propres à chaque département ou centre de soins. Le respect strict de ces différentes règles se heurte à plusieurs éléments :

- la mission des HUG, qui est d'abord de soigner toute personne qui se présente (essentiellement au service des urgences) ;
- la pratique des HUG qui accepte de soigner des patients qui refusent de décliner leur identité ou de fournir un document d'identité ou d'effectuer un dépôt ;
- les files d'attente de patients qui imposent aux collaborateurs en charge de l'admission de travailler à un rythme qui parfois les prive du temps nécessaire à entreprendre toutes les démarches pour une admission complète ;
- la pression du personnel médico-soignant sur le personnel administratif qui ne mesure pas toujours l'importance des procédures administratives dans le processus de facturation ;
- dans certains cas, le fait que des personnes s'adressent au service des urgences alors que leur état de santé ne le nécessite pas ou la mauvaise foi ou l'absence de scrupules de patients qui donnent sciemment de fausses informations.

De manière générale, les travaux effectués par la Cour ont démontré que les HUG avaient une maîtrise satisfaisante du processus d'admission.

Cependant, la Cour a relevé un certain nombre d'éléments du processus qui peuvent être améliorés.

Identification du patient

1. La Cour a relevé lors d'entretiens avec du personnel médico-soignant et surtout administratif ainsi que dans le cadre des tests qu'elle a réalisés, que la saisie des données socio-administratives n'était pas toujours adéquate (incomplète ou inexacte, notamment en raison d'une formation insuffisante du personnel) et débouchait sur des rejets (impossibilité de facturer les prestations fournies au patient) ou des retours (impossibilité de délivrer la

facture au patient) dont le traitement implique la consommation de temps et de ressources.

Les constats 2 à 10 illustrent ces irrégularités.

Documentation

2. La recherche documentaire est complexe et peut prendre du temps aux collaborateurs des CAF ; pour le seul processus d'admission, il existe plusieurs sources d'information dont HUGO, la base Vdoc et le module d'aide de l'application DPA. Ne disposant pas toujours du temps nécessaire aux recherches, les collaborateurs de l'admission doivent renoncer à faire des recherches tout de suite et y revenir plus tard. Il en résulte une application non uniforme des directives institutionnelles aux différentes portes d'entrées des HUG (urgences, CAF, secrétariats médicaux), ce qui conduit à des rejets et retours de factures ; en outre, cette lacune a des conséquences directes sur la gestion des débiteurs et l'encaissement des factures (voir chapitre 6).
3. Il n'existe aucune marche à suivre spécifique pour les collaborateurs des CAF concernant les patients qui sont susceptibles de représenter des difficultés en matière de facturation ou de recouvrement (patients de passage, patients domiciliés à l'étranger, patients refusant de donner un papier d'identité, etc.). À titre d'exemple, certains tribunaux étrangers exigent la preuve du passage du débiteur aux HUG ce que ces derniers ne sont pas en mesure de démontrer, puisqu'aucun document ne fait l'objet d'une signature par le patient à son entrée ou à sa sortie de l'Institution. La société de recouvrement externe indique que près de 80% des patients concernés par cette situation sont domiciliés en France, le reste provenant de pays du Moyen-Orient ou d'Asie.

Assurance

4. Des retours de courriers sont dus à des indications erronées concernant l'assurance (le patient a changé d'assurance d'une année à l'autre sans en informer spontanément les HUG lors de son admission), du fait que les contrôles ne sont pas effectués systématiquement dans les CAF afin de s'assurer de disposer de la bonne information (exactitude du nom et de la couverture de l'assurance). À titre d'illustration, le "groupe qualité" du service Tarifs et clientèle relevait, pour le département de gynécologie-obstétrique dans son rapport sur la facturation ambulatoire, que « Cette catégorie (Erreur ou changement de débiteur) représente plus de 44% des notes de crédit effectuées.... Lorsque nous évoquons ce point, l'équipe du CAF GYNOBS mentionne qu'il s'agit souvent d'erreurs à l'admission. En effet, il semblerait que les admissions ne mettent pas à jour les volets de facturation de DPA lorsque des nouvelles informations concernant les caisses maladies ou changements d'adresses sont communiquées. Les admissions ne semblent pas être conscientes des conséquences importantes de ces changements».

Adresse

5. Contrairement à la directive institutionnelle qui oblige d'enregistrer l'adresse légale du patient, dans certains cas d'admission, le CAF enregistre le patient avec une adresse d'hôtel ou d'un proche qui l'héberge à Genève. À défaut de l'adresse légale, il est impossible aux HUG de s'assurer que la facture est envoyée au débiteur et surtout de pouvoir, le cas échéant, le poursuivre par les voies légales. Ce point est surtout très important pour les patients domiciliés à l'étranger car les recherches à entreprendre par les CAF pour retrouver les informations correctes sont longues et onéreuses.



6. La validation automatique de l'adresse dans DPA n'existe pas lors de l'admission. En effet, le système ne compare pas automatiquement :
- l'adresse annoncée par le patient ou dans DPA à l'adresse indiquée sur la base de données Covercard ;
 - DPA n'utilise pas non plus de logiciel de correction et de validation des adresses.

Authentification des patients

7. L'authentification des patients n'est pas systématique. En cas d'absence d'une pièce de légitimation avec photo (carte d'identité ou permis de conduire), aucun contrôle d'authentification n'est effectué. Il en résulte un risque d'usurpation d'identité qui débouche sur un risque financier (envoi de la facture à la mauvaise personne et contestation de celle-ci) et un risque médical (administration de soins incompatible avec l'état de santé du patient).
8. Il arrive que la personne en charge de l'admission d'un patient ne vérifie pas systématiquement si le patient n'existe pas déjà dans la base de données DPA. Dès lors, certains patients figurent plusieurs fois dans la base avec, par exemple, une orthographe de nom différente ou encore des adresses diverses.

Alertes automatiques du système

9. Lorsqu'un patient qui n'a pas fourni d'adresse valable lors d'une précédente visite se rend à nouveau aux HUG, il n'existe pas d'alerte automatique signalant aux collaborateurs de l'admission cette information manquante.
10. Lorsqu'un patient, qui a des factures ouvertes échues, revient se faire soigner aux HUG, il n'existe aucune alerte pour les collaborateurs de l'admission. Pourtant, cette information est disponible dans DPA où l'état des factures (encaissées ou non) est consultable⁴⁰; cependant, ce volet n'est presque pas utilisé ou ce contrôle n'est pas fait systématiquement. En outre, aucun document des HUG ne décrit la gestion de ces cas. Souvent, des arriérés sont dus du fait que l'adresse légale n'est pas la bonne.

Gestion des rejets liés à l'admission et rejets liés à des retours

11. Pour l'activité ambulatoire, il n'y a pas de gestion centralisée ou du moins standardisée des rejets liés à l'admission, leur traitement étant de la responsabilité de chaque CAF. La GAP centralise l'information au niveau des HUG et informe chaque CAF tous les mois de la situation, mais elle ne dispose pas des mesures de coercition ou incitatives pour obtenir des résultats. Il en résulte que des dossiers peuvent apparaître en rejet depuis plusieurs années sans être traités (facturé ou annulé).

Le traitement des rejets et des retours est consommateur de ressources importantes dans les CAF. Ainsi, pour les quatre départements analysés, les ressources allouées représentent approximativement 3.5 ETP à la gestion des retours et 5.5 ETP à la gestion des rejets (rejets liés à l'admission et à la saisie des prestations, la répartition n'étant pas disponible) ; ce total de 9 ETP correspond à un coût potentiel de plus d'un million de francs.

⁴⁰ Volet « notice de facturation » dans DPA.

Dépôts de garantie

12. La Cour a obtenu la liste des dépôts reçus par les HUG en 2013, soit 1'194 dossiers pour un montant total de 32'099'955 F qui a été utilisé à hauteur de 31'721'542 F. Selon ce fichier, l'écart de 378'413 F est composé comme suit :
- 185 dossiers (15%) font état d'un solde en faveur des HUG pour un montant de 647'296 F ;
 - 634 (53%) ont un solde de zéro ;
 - 375 (32%) ont un solde en faveur du patient pour un montant de 1'025'709 F.

Le suivi et la supervision des dépôts de garantie sont complexes à réaliser pour des raisons techniques et d'organisation, à savoir :

- il n'y pas de facture émise lorsque le dépôt de garantie est demandé au patient et donc pas de compte débiteur ouvert; lorsque le dépôt de garantie est reçu par les HUG, il ne peut pas être lié à un patient ou débiteur, car l'admission n'est pas encore faite, et il est enregistré sur un compte d'attente. Le service de comptabilité doit faire, au moment de l'admission, un lien manuel entre DPA (admission avec création d'un EDS) et Qualiac (enregistrement du patient/débiteur avec un dépôt de garantie) ;
- il n'est pas possible de vérifier si le montant déposé en garantie couvre le prix des prestations effectivement reçues étant donné que ces dernières font l'objet d'une facturation plusieurs jours voire semaines après la sortie du patient ;
- les problèmes liés aux dépôts de garantie insuffisants ne sont détectés que lorsque le service des débiteurs voit apparaître les dossiers en recouvrement, mais pas au moment de la facturation.

Service des urgences adultes

13. Au vu du nombre de patients qui se présentent au service des urgences et qui ne nécessitent pas, à priori, des soins urgents, soit ceux qui sont triés en niveaux 3 et 4, il apparaît que la procédure actuelle n'est pas adéquate. Il y a plusieurs raisons à ce comportement, comme la difficulté de trouver un médecin disponible en ville en dehors des heures de bureau, l'absence d'un médecin traitant, le fait que les médecins en cabinets ne veulent plus soigner des patients qui ont des difficultés à régler leurs factures. En outre, la Cour a relevé que plusieurs patients, déjà débiteurs des HUG pour plusieurs milliers de francs, utilisaient le service des urgences pour se faire soigner.

Lors d'entretiens avec le personnel du service des urgences, il a été rapporté à la Cour que dans des cas de plus en plus nombreux, des médecins de ville voire des HUG conseillent à leurs patients d'aller aux urgences afin de réduire les délais de traitement ou d'hospitalisation. Ce point ressort également du rapport de la Cour des comptes sur les files d'attente⁴¹.

Dans le cadre de ses travaux sur les dépôts de garantie, la Cour a identifié un cas dont le dossier est en recouvrement depuis début 2013 pour un montant de près de 400'000 F.

⁴¹ Rapport no 72 : Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) - Gestion des files d'attente, page 20

4.3. Risques découlant des constats

Le **risque financier** est multiple :

- d'une part, le coût des travaux additionnels pour compléter les dossiers (rejets) ou pour les modifier (retours) est significatif et représente plusieurs centaines de milliers de francs par an ;
- d'autre part, les pertes sur débiteurs qui résultent de l'impossibilité d'identifier le patient (rejets), de lui transmettre la facture (retours) ou d'encaisser le montant de celle-ci (retours et dépôts de garantie insuffisants) sont importantes et se chiffrent à plusieurs millions de francs par an. Selon le service des comptabilités, les pertes dues à des adresses erronées se sont élevées à près de 7 millions de francs pour les années 2012 et 2013 ;
- enfin, le risque de pertes sur débiteurs dues à des montants de garantie insuffisants peut être important (400'000 F dans le cas présenté ci-avant).

Le **risque de conformité** est avéré dans la mesure où des admissions de patients sont effectuées sans respecter les directives émises par les HUG ou par les départements.

4.4. Recommandations

Identification du patient

Recommandation 1 (cf. constat 1)

La Cour recommande à la direction des finances d'analyser les erreurs les plus fréquentes et d'établir un plan de formation pour les collaborateurs concernés, afin d'atteindre une meilleure qualité du travail au vu des conséquences que lesdites erreurs engendrent, qu'elles soient financières ou opérationnelles.

Documentation

Recommandation 2 (cf. constat 2)

La direction des finances a lancé début 2015 un projet visant à améliorer l'accès aux documents. A la date du rapport, les documents ont été hiérarchisés, l'accès facilité aux documents a été réglé par la mise en place d'un moteur de recherche et la formation à l'utilisation a été faite pour la plupart des collaborateurs. Pour terminer le projet, il reste à procéder à la réécriture de certains documents dont la finalisation est prévue pour courant 2016.

Le projet n'étant pas terminé, la Cour invite la direction des finances à s'assurer de la clôture du projet en atteignant les objectifs initialement fixés.

Recommandation 3 (cf. constat 3)

La Cour recommande d'inclure des collaborateurs de plusieurs CAF dans le processus de réflexion de manière à permettre à ceux-ci d'indiquer les problèmes rencontrés et d'aider à proposer des solutions pour les résoudre. Notamment de s'assurer que le personnel des CAF sachent que faire et à qui s'adresser lorsque :

- le patient ne peut pas présenter une pièce d'identité ;
- le patient ne veut pas présenter une pièce d'identité ;
- le patient ne peut pas présenter sa carte d'assuré ;
- le patient ne veut pas présenter sa carte d'assuré ;
- le patient refuse d'effectuer un dépôt.

Ces points devront faire l'objet d'une formalisation dans l'un des documents élaborés ci-avant.

Par ailleurs, pour les pays dont les tribunaux exigent la preuve du passage du patient aux HUG, la direction des finances doit faire compléter le document d'admission en indiquant d'une part qu'il est venu aux HUG de sa propre volonté et, d'autre part, qu'en cas de retard dans le paiement, la facture sera transmise à une société de recouvrement. Puis, ce document devra être signé par le patient.

Assurance

Recommandation 4 (cf. constat 4)

La Cour recommande à la direction des finances de rappeler au personnel des CAF que les noms et couverture d'assurance sont automatiquement effacés en début de nouvelle année dans le système informatique. Cela signifie qu'il doit impérativement demander et obtenir ces informations des patients sur la base de la carte d'assuré ; si ces derniers ne sont pas en mesure de fournir cette information au moment de l'admission, les HUG devraient mettre à disposition des collaborateurs des CAF des bases de données permettant la recherche immédiate de ces informations.

Une des modalités à creuser serait de s'approcher des partenaires qui détiennent de telles informations, pour autant que les bases légales le permettent, et de les obtenir :

- soit par un échange d'informations plus complet entre les HUG et les assurances qui disposent des informations les plus récentes (mutations) ;
- soit avec le DEAS, et plus particulièrement le Service de l'assurance maladie du canton, qui doit s'assurer que toutes les personnes domiciliées sur le canton de Genève sont assurées selon les modalités de la LAMal.

Adresse

Recommandation 5 (cf constat 5)

Lorsque le personnel des CAF est confronté à des patients qui indiquent des adresses non usuelles (par exemple, domiciliés chez un tiers ou un parent en Suisse, domiciliés à l'étranger mais avec une adresse chez un tiers ou un parent en Suisse) ou qui sont domiciliés légalement à l'étranger, la Cour recommande au personnel des CAF de faire signer un document aux patients au moment de l'admission et de la sortie, de manière à ce qu'ils puissent justifier de la présence effective des patients en cas de contestation de la facture (voir recommandation 4).

Recommandation 6 (cf constat 6)

La Cour recommande à la direction des finances d'installer dans les postes de travail des CAF une application informatique de validation d'adresses qui permette de confirmer l'existence ou la vraisemblance de cette dernière au moment de la saisie.

Authentification du patient

Recommandation 7 (cf constat 7)

En cas de doute sur l'identité du patient qui se présente à l'admission, la Cour recommande d'utiliser la base de données des HUG "pièces d'identité" pour afficher le portrait du patient directement à l'écran afin de s'assurer de son authentification.

Recommandation 8 (cf constat 8)

En cas d'absence de pièce d'identité, pour des noms de famille dont l'orthographe est complexe (par exemple noms de famille composés), la Cour recommande aux collaborateurs des CAF de demander d'autres documents officiels permettant de vérifier le nom avec celui qui est déjà enregistré.

Les HUG doivent préciser la marche à suivre dans la procédure (par ex., revenir avec un document officiel, voire effectuer un dépôt de garantie, etc.) quand le patient n'est pas en mesure de fournir un tel document. En cas de refus, les HUG orienteront le patient vers les assistants sociaux, voire la CAMSCO.

Alertes automatiques

Recommandation 9 (cf constat 9)

À partir des données disponibles dans les applications informatiques des HUG, la Cour recommande à la direction des finances de mettre en place dans les postes de travail des CAF une alerte automatique lorsque l'adresse inscrite dans DPA est différente de celle ressortant de la carte d'assuré (covercard) ou est erronée (suite à un retour de courrier). Après s'être assuré de la validité de l'adresse auprès du patient, le personnel du CAF pourra ensuite valider l'information inscrite dans DPA (conserver ou modifier).

Recommandation 10 (cf constat 10)

Dans le cadre du projet en cours aux HUG portant sur la qualité des admissions (voir chapitre 4.1.6), la direction des finances étudie la possibilité d'indiquer aux collaborateurs de l'admission l'existence d'une facture ouverte lorsqu'un patient se présente. Dans de tels cas, la Cour recommande à la Direction des finances de mettre en place les moyens réglementaires de demander le paiement des factures ouvertes échues ou de demander un dépôt de garantie qui couvrirait d'une part les arriérés et, d'autre part, les consultations à venir.

Gestion des rejets liés à l'admission et rejets liés à des retours

Recommandation 11 (cf constat 11)

La Cour recommande à la direction des finances de renforcer la supervision des rejets liés à l'admission et des retours qui sont envoyés aux CAF afin de s'assurer qu'ils les traitent le plus rapidement possible. Notamment, les mesures suivantes devraient être envisagées :

- nommer un superviseur au niveau des HUG pour tous les centres d'admission, avec des responsabilités, des moyens d'action et des objectifs pour réduire le nombre de rejets ;
- statuer sur le sort des rejets non traités depuis plusieurs années, voire prescrits tels que les factures de télécommunication de plus de 5 ans ;
- fixer des délais de traitement aux CAF, au-delà desquels des mesures incitatives ou contraignantes pour le personnel en charge du traitement seront prises ;
- définir un ordre de priorité dans le traitement des rejets, par exemple selon l'ancienneté ou selon le montant.

Dépôts de garantie

Recommandation 12 (cf constat 12)

La Cour recommande à la direction des finances de mettre en place un suivi des dépôts de garantie. Par exemple, en établissant une procédure au niveau de l'institution permettant de définir les modalités de suivi des dépôts avant, pendant et après le séjour du patient, en tenant compte notamment :

- du montant minimum ;
- de la durée de séjour ;
- du type de pathologie.

Pendant le séjour du patient, il sera nécessaire de définir les actions à entreprendre en cas d'écart entre les hypothèses initialement retenues pour quantifier le dépôt et les prestations effectivement fournies au patient.

Service des urgences adultes

Recommandation 13 (cf constat 13)

La Cour recommande à la direction des finances de définir dans ses procédures les modalités de dépôt de garantie pour les patients qui se présentent au service des urgences et dont l'état de santé ne requiert pas de soins immédiats.

Dans les services des urgences, bien que l'aspect médical doive toujours primer sur les démarches d'admission, les collaborateurs des CAF devraient renforcer les contrôles en matière d'admission ; en particulier, s'assurer que les patients qui ont besoin de soins urgents sont au bénéfice d'une couverture d'assurance ou qu'ils sont solvables ou que l'adresse qu'ils ont donnée est correcte et non pas seulement celle d'un proche domicilié à Genève. En cas de doute, ils devraient demander un dépôt de garantie.

4.5. Observations de l'audit

Ad 4.2 Constats

Documentation

3. *Les procédures et règles métier existent pour pratiquement tous les cas de patients pouvant présenter des difficultés administratives (patients frontaliers, étrangers, NEMS, indigents, fonctionnaires internationaux, etc.). Elles ne sont malheureusement pas toujours connues et suivies par les CAF. Les contrôles qualité réalisés régulièrement par la DF permettent notamment de relever ces difficultés et de proposer des formations en conséquence.*

Dépôts de garantie

12. *La réconciliation avec le dépôt est bel et bien faite au moment de la facturation selon le processus suivant : les services de facturation et de comptabilité sont informés au moment du dépôt, lequel est enregistré dans DPA. Au moment de la facturation, une information est envoyée au service des comptabilités qui réconcilie les montants et adresse un courrier au débiteur pour l'informer de la situation et lui communiquer la facture avec le montant net à payer. Un rejet est généré automatiquement par le système pour éviter qu'une facturation fautive ne soit émise.*

13. *La prise en soins par le service des urgences de toute personne s'y présentant fait partie des missions d'intérêt général d'une institution telle que les HUG, il paraît sensible et difficile d'envisager un dépôt de garantie pour ces situations.*

5. ANALYSE DE LA SAISIE DES PRESTATIONS ET DE LA FACTURATION

5.1. Contexte

5.1.1. Organisation de la saisie des prestations

Au moment de l'admission, un « épisode de soin » (EDS) est attribué au patient. Il est impératif qu'un EDS soit ouvert dans DPA pour que des prestations y soient rattachées.

En vue de la facturation, les prestations à facturer doivent être présentes dans l'application Opale. Leur origine est diverse :

- la saisie manuelle des prestations sur des fiches papier qui sont ensuite saisies dans Opale (concerne principalement la division privée et ambulatoire) ;
- la saisie électronique des prestations dans Opale via Opaleweb ;
- la descente automatique de prestations (par exemple la radiologie) depuis des applications en amont d'Opale (quotidiennement) ;
- le forfait journalier ;
- le codage pour déterminer le forfait SwissDRG.

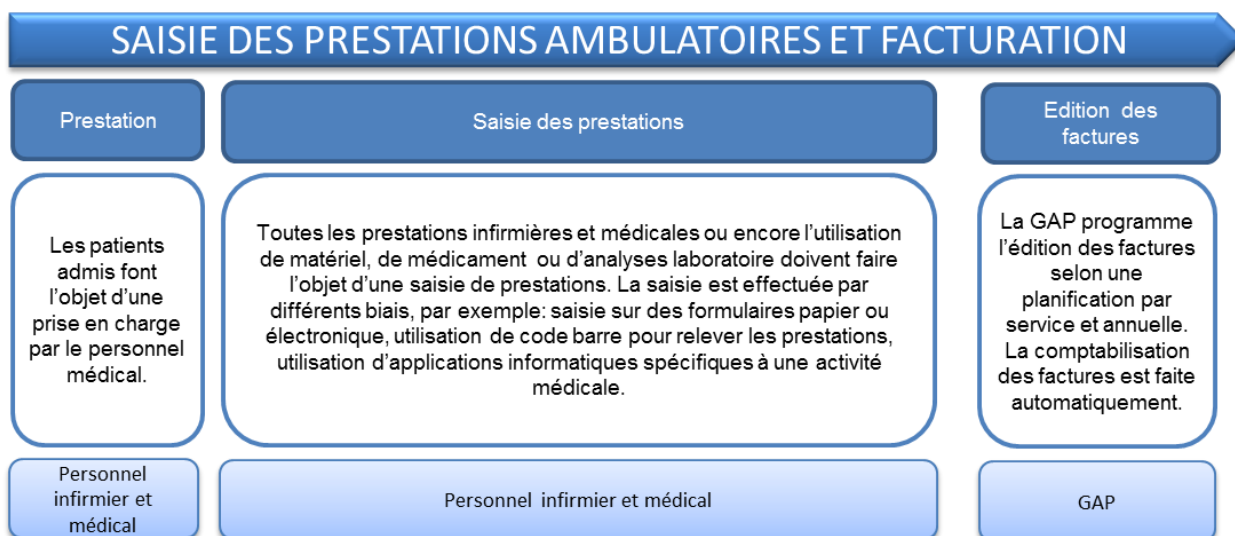
5.1.2. La saisie des prestations de l'activité ambulatoire

L'information médicale suit actuellement deux flux : un flux papier matérialisé par des « relevés de prestations » et un flux électronique par le biais d'Opale WEB.

Concernant le flux papier, les collaborateurs des CAF (facturistes) saisissent dans le système Opale l'information reçue du personnel médico-soignant sous format papier.

Pour le flux électronique, c'est le personnel médico-soignant qui saisit leurs prestations dans des masques (forme informatisée des fiches de prestations) directement disponibles à l'écran. Les médecins voient s'afficher le montant qui va être facturé au patient ce qui leur permet d'identifier d'éventuelles erreurs de saisie.

Schématiquement, le processus est le suivant :

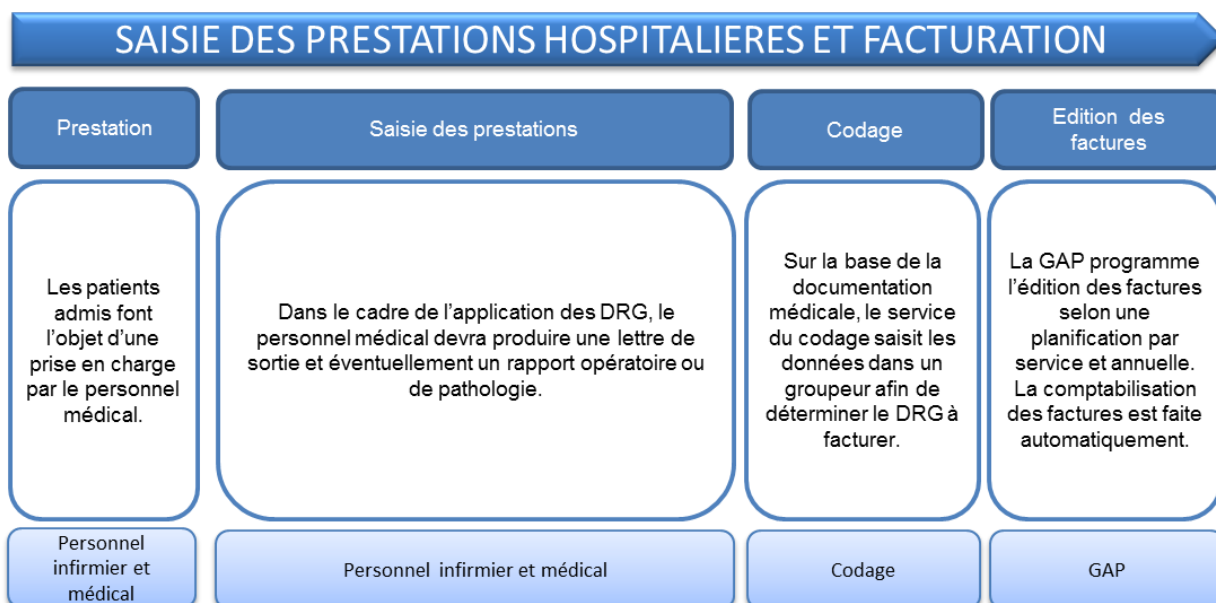


Le processus de saisie des prestations fait l'objet d'améliorations continues telles que :

- l'informatisation des saisies de prestations sur OpaleWeb et leur « chaînage » (par exemple, les gestes médicaux compris dans les soins prévus par TARMED sont déjà entrés dans le système, ce qui évite au médecin de les saisir) ; cela a permis également d'augmenter l' « exhaustivité » des prestations saisies ;
- les contrôles automatiques qui permettent de détecter des erreurs. Il y a par exemple un validateur TARMED qui permet au personnel médico-soignant de valider la saisie des prestations et de s'assurer que les prestations saisies sont cohérentes ;
- la formation des nouveaux médecins internes dont la saisie de prestations est supervisée pendant leurs 2 premiers mois de travail par les médecins-chefs ce qui permet de les former en matière de facturation.

5.1.3. Saisie des prestations de l'activité stationnaire en soins aigus

Schématiquement, la saisie des prestations est la suivante :



Dans le cadre de l'activité stationnaire et pour les soins aigus, les prestations sont facturées selon le tarif SwissDRG. Cette facturation nécessite d'effectuer des opérations de codage. Le codage est un outil de classification des différentes hospitalisations qui a pour objectif de valoriser un séjour en fonction de diagnostics et traitements associés ainsi que des coûts de l'hospitalisation. Le système du codage en Suisse est piloté par l'OFS qui se charge de la nomenclature et met à disposition des services de codage les documents suivants :

- manuel de codage (mis à disposition par l'OFS en collaboration avec SwissDRG) ;
- la classification internationale des maladies (CIM), qui est un manuel traduit de l'allemand (la version allemande fait toujours foi en cas de problème d'interprétation) ;
- la classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP) établie par l'OFS.

Il existe environ 15'000 diagnostics différents pour 1'100 codes.

Les collaborateurs du service du codage (15 ETP) aux HUG sont d'anciens membres du monde médical (infirmiers, physiothérapeutes, pharmaciens, médecins, etc.). Ils codent environ 46'000 dossiers par année.

Les collaborateurs peuvent coder un dossier dès le moment où il est complet, à savoir qu'il comprend au moins la lettre de sortie⁴², la lettre de transfert ou la lettre de décès, à laquelle il faut ajouter, le cas échéant, le compte-rendu opératoire et le compte rendu des soins intensifs.

Selon les règles de SwissDRG SA, le codage ne peut être effectué que 18 jours après la sortie du patient, ce délai devant permettre de regrouper les prestations en cas de réadmission du patient pour le même diagnostic. Les HUG ont fixé à 21 jours après la sortie du patient le délai pour coder un dossier : celui-ci tient compte du temps nécessaire pour permettre aux services médicaux de documenter les séjours (14 jours), auquel s'ajoute le temps à disposition du service du codage pour effectuer ses travaux (7 jours).

À fin 2014, la situation des dossiers codés et à coder en fonction de leur entrée dans la liste du codage était la suivante :

Mois	Total du mois	Reste à coder	Taux de codage
Décembre	4'116	3'650	11.3%
Novembre	3'841	922	76.0%
Octobre	4'189	233	94.4%
Septembre	3'881	110	97.2%
Août	3'568	51	98.6%
Juillet	3'952	40	99.0%
Juin	3'781	29	99.2%
Mai	4'015	18	99.6%
Avril	3'909	20	99.5%
Mars	3'927	8	99.8%
Février	3'732	9	99.8%
Janvier	3'944	7	99.8%
Total général	46'855	5'097	89.1%

Il ressort de ce tableau que 5'097 dossiers étaient à coder à fin 2014 dont près de la moitié ne pouvait l'être parce que la sortie du patient est inférieure à 21 jours. Il restait donc environ 2'600 dossiers qui auraient dû être codés au 31 décembre 2014. Parmi ceux-ci, 292 dossiers (soit ceux de janvier à septembre 2014) étaient au-delà des 90 jours.

5.1.4. Les contrôles mis en place

Activité ambulatoire

Des contrôles de la qualité de la saisie des prestations de l'activité ambulatoire sont réalisés de la manière suivante :

- lorsque le statut du dossier est « à facturer » (l'EDS est terminé et le compte-rendu opératoire a été émis), les collaborateurs du CAF (les facturistes) font une revue de l'exhaustivité des prestations sur la base de leur expérience : s'ils estiment qu'il manque une prestation (du matériel, un geste ou du temps), ils contactent le service médical et lui remettent un « Avis de non-conformité ». Les facturistes s'assurent que si un patient

⁴² Les lettres de sortie peuvent être multiples selon la trajectoire du patient (une par service ou centre de soins).

a plusieurs EDS, les prestations sont saisies sous le bon EDS par le médecin ;

- Opale dispose d'un contrôle programmé, appelé « vérificateur TARMED », qui a pour but de détecter des incohérences (prestations non cumulables par exemple) ;
- l'outil Opaleweb permet aux médecins de consulter le résultat de leur saisie sous la forme d'une facture proforma et ainsi d'identifier les consultations sous-facturées ;
- concernant les visites qui n'ont pas fait l'objet de saisie des prestations, un contrôle est effectué par les CAF pour comparer les visites enregistrées dans DPA avec les visites facturées dans Opale ;
- les facturistes effectuent également un croisement des données entre les applications DPA et Opale afin de s'assurer que les patients qui ont consulté ont tous été facturés. Certains départements sont également en mesure de croiser les rendez-vous pris par le biais des agendas électroniques avec la facturation. Si le patient ne s'est pas présenté à un rendez-vous, il n'y aura aucune information de saisie dans DPA ;
- chaque mois, la DSI (Direction des systèmes d'information) édite une liste des EDS n'ayant pas eu de prestations pendant les trois derniers mois et les transmet au CAF pour analyse et, le cas échéant, clôture.

Activité stationnaire

Le service du codage dispose de plusieurs niveaux de contrôle :

- 2 collaborateurs (2 managers) qui sont dédiés au contrôle de la qualité du codage, avec possibilité de remonter les cas litigieux aux deux médecins du service ;
- un contrôle qui est effectué par un groupe de suivi multidisciplinaire composé de collaborateurs de la GAP, de Tarifs & Clientèle et du service du codage, et qui porte sur la cohérence entre les règles du SwissDRG et les factures ;
- chaque année, le service est soumis au contrôle de réviseurs externes dont les spécialistes médicaux prennent environ 300 cas, les codent à nouveau puis comparent les résultats avec ceux du service du codage. En 2012, seuls 8 cas ont été identifiés comme erronés mais sans qu'il n'y ait eu d'écarts significatifs. Le rapport de révision est envoyé aux assureurs.

La direction des finances suit les délais effectifs du codage des dossiers par rapport aux indicateurs institutionnels. En particulier, elle contrôle les délais liés à la remise de la documentation des dossiers par les services médicaux (14 jours) ; à cet effet, elle communique mensuellement à chaque chef de service la situation des dossiers qui n'ont pas été documentés dans le délai de 14 jours. Afin d'inciter le personnel médical à remplir dans les délais les documents nécessaires au codage et permettre la facturation, la direction des finances des HUG a mis en place un système de bonus/malus : 10 F par jour d'avance ou de retard par rapport au délai de 14 jours et elle indique le montant sur le document envoyé aux chefs de service.

Si un dossier n'a pu être codé 90 jours après la sortie du patient, c'est alors le service du codage qui envoie des rappels aux différents centres de soins concernés et les contacte pour connaître les raisons du retard.

5.1.5. Les rejets après la saisie des prestations

Dans le cadre des travaux d'audit, la GAP a édité la liste des rejets au 5 novembre 2014. A cette date, près de 10'600 dossiers ne pouvaient être facturés pour les raisons structurelles ou opérationnelles suivantes :

Nombre de rejets issus du processus de saisie des prestations

Type de rejets	Prestations ambulatoires	Prestations hospitalières	Prestation semi-hospitalières	Total
DRG non attribué	-	4'293	-	4'293
Facture < 10 Frs.	-	2'259	-	2'259
Erreur : couplage anesthésie impossible	1'292	-	-	1'292
Erreur(s) validateur TARMED	1'093	-	4	1'097
DRG sans date de sortie	-	496	-	496
Erreur : couplage anesthésie impossible (0)	394	-	-	394
Erreur(s) validateur XML	306	51	-	357
SwissDrg : réadmission non codée	-	95	-	95
SwissDrg : codage suite à splitting non correct	-	78	-	78
SwissDrg : regroupement à traiter	-	68	-	68
Saisie du garant 8	-	57	-	57
Autres (concernent 15 types de blocage)	28	73	-	101
Total	3'113	7'470	4	10'587

Les causes les plus importantes de rejets sont :

DRG non attribué : il s'agit des dossiers pour lesquels le DRG n'a pas encore été attribué, soit parce que des dossiers ne sont pas encore facturables (le délai d'attente n'est pas atteint), soit parce que les documents de sortie ne sont pas encore rédigés par les médecins.

Factures <10 F. il s'agit des factures de télécommunication des patients, inférieures à 10 F, qui n'ont pas été éditées.

Erreur couplage anesthésie impossible : il s'agit de prestations d'anesthésie qui ne sont pas intégrées à la facturation de manière adéquate. Il peut s'agir de prestations non « descendues » dans Opale ou encore d'un choix d'EDS erroné par l'anesthésiste.

Erreur(s) validateur TARMED : les médecins qui saisissent leurs prestations ne corrigent pas forcément les erreurs identifiées par le validateur TARMED, étant précisé que cette alerte n'est pas bloquante. Il s'agit en général d'incohérences dans les prestations identifiées par l'outil. Sur les cas en question, 86 concernent les années 2009 à 2013 et n'ont pas fait l'objet d'une action par les médecins en 2014, ce qui représente un montant potentiel de 74'476 F.

5.1.6. Le processus de facturation

Organisation de la facturation

La planification et la préparation des travaux nécessaires au lancement de la facturation aux patients et aux assurances se font manuellement par la GAP. Une fois ces opérations effectuées, les dossiers prêts à être facturés sont pris automatiquement dans le flux de la facturation dont la périodicité est hebdomadaire s'agissant du site Cluse-Roseraie et mensuelle pour les autres sites.

L'édition des factures est préparée par le centre d'édition des HUG, alors que l'impression et l'envoi par la poste sont sous-traités à un centre d'édition privé situé à Neuchâtel.

A ce jour, les HUG n'ont pas de visibilité quant à l'activité du prestataire externe, ce qui oblige un collaborateur du service de l'édition des HUG à se rendre chaque mois chez le prestataire sis à Neuchâtel pour effectuer des contrôles. Afin d'éviter ces déplacements, il est prévu d'ici à fin 2015 que les HUG aient un accès à l'outil d'exploitation du prestataire externe. Cela permettrait de suivre, en temps réel, l'activité d'édition et d'avoir une visibilité sur la production et les coûts.

Une facture est émise par débiteur. Si, pour un même dossier, il y a plusieurs débiteurs (assurance, canton, patient), trois factures sont émises. Pratiquement toute la facturation ambulatoire est envoyée aux assurances sous format électronique, ce qui limite la multiplication des documents papier. Il en ira bientôt de même avec la facturation des hospitalisations.

Facturation de l'activité ambulatoire

Dans l'activité ambulatoire, la facturation est déclenchée entre 15 et 20 jours après les prestations effectuées. Ce délai a été arrêté afin de pouvoir prendre en compte les prestations éventuellement facturables (PEF) telles que des examens de radiologie ou de laboratoire et les regrouper sur une seule et même facture ; ce système permet d'éviter la multiplication des factures.

Chaque EDS donne lieu à une facture, voire plusieurs en cas de consultations multiples espacées dans le temps. À chaque fois que le patient change de centre de soins, un nouvel EDS est ouvert et donne lieu à une nouvelle facture. La facturation ne débouche pas sur la clôture de l'EDS ; celui-ci sera fermé automatiquement après trois mois s'il n'y a pas eu de prestations enregistrées durant cette période.

Facturation de l'activité stationnaire

Dans le cas d'une hospitalisation, le service médical où est admis le patient détermine la zone tarifaire qui est liée à une structure tarifaire prédéfinie ; ainsi, la zone de soins aigus est facturée via le forfait SwissDRG, les autres par des forfaits journaliers.

La facturation par SwissDRG est la plus fréquente puisqu'elle représente environ 45'000 dossiers (soit plus de 80% des cas d'hospitalisation). À la suite du codage, la facture est préparée par la GAP. La clôture d'un EDS dans le secteur hospitalier se fait automatiquement par la sortie du patient.

Retours et réclamations sur les prestations et tarifs

Les réclamations concernent généralement les cas enregistrés en tant que maladie au lieu d'accident et inversement, les demandes de renseignements médicaux complémentaires sur les prestations facturées ou encore des factures adressées au mauvais débiteur (par exemple, si des prestations ne sont pas couvertes par l'assurance). Les retours quant à eux sont par exemple le fait d'une mauvaise adresse du débiteur.

Dès qu'une facture fait l'objet d'une réclamation ou d'un retour, un code « litige » est renseigné dans Qualiacc afin de bloquer le processus automatique de rappel en cas de non-paiement dans les délais. Une liste de tous les retours, avec le numéro de facture et le motif du retour, est tenue par le service des débiteurs.

Si une modification doit être apportée à une facture, celle-ci est annulée par le biais d'une note de crédit et une nouvelle facture est émise. Le nombre de notes de crédit s'est élevé à 49'212 pour 2014 contre 42'422 pour 2013, et il représente environ 5% des factures émises.

5.2. Constats

De manière générale, les travaux effectués par la Cour ont démontré que les HUG avaient une maîtrise satisfaisante du processus de saisie des prestations et de facturation.

Cependant, la Cour a relevé un certain nombre d'éléments du processus qui peuvent être améliorés.

Saisie des prestations

14. Les modalités suivantes de saisie des prestations ne sont pas définies:
 - les délais dans lesquels le médecin traitant et le personnel infirmier doivent effectuer la saisie de leurs prestations ;
 - les délais dans lesquels le médecin superviseur doit effectuer le contrôle des prestations du médecin traitant ;
 - le suivi et la supervision des consultations et interventions qui ne sont pas saisies (apparaissent en rouge dans le workflow).

15. Il existe encore aux HUG deux méthodes de saisie des prestations : la saisie papier et la saisie électronique. Par ailleurs, ces deux moyens se retrouvent dans un même département (par exemple le DMCPUR). Enfin, dans certains centres de soins, les médecins saisissent toutes les prestations réalisées pour un patient (médecin, infirmière et matériel au DEA) alors que dans d'autres centres de soins, chaque personnel médico-soignant saisit ses prestations :
 - dans le département de médecine communautaire, la saisie des prestations est effectuée directement par les médecins dans Opale Web. Une fois les prestations saisies, le médecin doit cliquer sur le bouton « vérificateur TARMED » qui n'est pas une étape bloquante pour la facturation. Ainsi, il arrive que des médecins ne s'en servent pas systématiquement. Dès lors, comme tout est automatisé, les erreurs éventuelles ne peuvent pas être détectées à ce stade, notamment sur l'intégralité des prestations relevées/facturées ;
 - concernant le département des spécialités de médecine, ce sont les facturistes du CAF qui sont en charge de la saisie dans Opale sur la base des formulaires de relevés de prestations papier qui sont remplis par les médecins et les infirmières. Une fois les prestations saisies, les facturistes appliquent systématiquement le vérificateur TARMED. Ainsi, en sus d'effectuer la saisie, les facturistes ont une tâche de contrôle de la facturation. Toutefois, ce contrôle n'est pas absolu et la qualité de la facturation dépend avant tout de la saisie des prestations effectuée par les médecins et les infirmières ;
 - au service des urgences, seule la situation d'un EDS sans aucune facturation génère une alerte. Or le tri, dont bénéficie tout patient des urgences, est automatiquement facturé et du coup supprime l'alerte même si le reste des prestations n'est pas facturé. En effet, il n'y a pas de contrôle automatique qui assure que les prestations médicales sont saisies aux urgences, notamment les heures des médecins.

Du fait qu'il n'existe pas un unique processus de saisie des prestations, des contrôles différenciés selon le mode de saisie utilisé sont nécessaires, et la gestion de l'outil qui nécessite la mise à jour des formulaires dans les deux modes de saisie est complexe.

Gestion des rejets liés à la saisie des prestations

16. Il n'y a pas de gestion centralisée des rejets liés à la saisie des prestations, leur traitement étant de la responsabilité de chaque CAF. La GAP centralise l'information au niveau des HUG et informe chaque CAF tous les mois de la situation, mais elle ne dispose pas des mesures incitatives ou de coercition pour obtenir des résultats. Il en résulte que des dossiers peuvent apparaître en rejet depuis plusieurs années sans être traités (c'est-à-dire facturés ou annulés). Par exemple, début novembre 2014, il y avait plus de 2'200 dossiers en rejet concernant des "factures < à 10Fr". Cependant, aucun des interlocuteurs que la Cour a rencontrés ne savait qui devait traiter ces cas. Comme indiqué au constat no 12, le temps consacré par les collaborateurs des CAF concernés, soit 5.5 ETP, n'a pas pu être réparti entre les rejets liés à l'admission et les rejets liés à la saisie des prestations.

Gestion des rendez-vous

17. Il n'y a pas d'outil permettant d'assurer que les rendez-vous pris par les HUG font tous l'objet d'une facturation. En effet, l'utilisation systématique d'un agenda électronique standardisé n'est pas déployée dans tous les départements. Les agendas papier sont utilisés par certains médecins, ce qui ne permet pas de garantir que l'ensemble des rendez-vous pris par les HUG fait l'objet d'une facturation.

À titre d'exemple, le département de l'enfance et de l'adolescence gère environ 7'000 rendez-vous par mois. Cette gestion repose sur le logiciel GRECO qui est performant et permet notamment d'identifier :

- les rendez-vous non honorés et non décommandés qui vont faire l'objet d'une facturation (prévue par TARMED) ;
- les rendez-vous honorés qui n'ont pas fait l'objet d'une facturation.

18. La Cour a relevé que la facturation des rendez-vous non décommandés par les patients n'était pas appliquée de manière uniforme par les départements, à savoir :

- certains départements acceptent que les rendez-vous soient décommandés le matin même par téléphone avec un motif valable (DEA) ;
- certains départements ne facturent les rendez-vous décommandés qu'aux patients qui récidivent (Département de chirurgie).

19. Il n'y a pas de contrôle systématique permettant de s'assurer que toutes les visites de patients, enregistrées dans DPA avec des prestations, ont fait l'objet d'une facturation. Deux départements ont fait une comparaison entre les informations contenues dans DPA et celles dans Opale qui a abouti à un écart de 15'000 visites non facturées au début de 2014. Selon la responsable du CAF, il s'agit pour une grande partie de patients non facturables ou d'anomalies. Une année après la comparaison, il reste encore plusieurs centaines de cas à traiter pour quantifier un éventuel manque à gagner.

Gestion des dossiers à coder

20. Le traitement par le service du codage du dossier d'un patient hospitalisé doit se faire dans les 21 jours qui suivent la sortie du patient. A fin 2014, il restait environ 2'600 dossiers non encore codés après ce délai.

Parmi ceux-ci, 292 dossiers n'avaient pas été traités dans un délai de 90 jours, ce qui représente un montant global de 4 millions de francs⁴³. Compte tenu de la part qui est prise en charge par les assurances (45%), cela représente une immobilisation de fonds de 1.8 million qui n'était pas encore facturée par les HUG. La principale raison de ce retard tient au fait que les documents nécessaires au codage n'étaient pas encore établis par les médecins.

5.3. Risques découlant des constats

Le **risque opérationnel** tient au fait que deux modes de saisie des prestations coexistent encore aux HUG ce qui nécessite de mettre à jour et de contrôler deux processus (papier et électronique) au lieu d'effectuer ces travaux pour un seul processus (électronique).

Le **risque financier** tient à plusieurs raisons :

- d'une part, le coût des travaux de recherche à effectuer par le personnel administratif pour corriger les dossiers (rejets) est significatif et représente plusieurs centaines de milliers de francs par an ;
- d'autre part, des prestations ambulatoires peuvent ne pas être facturées puisqu'aucun contrôle n'est effectué systématiquement sur la concordance entre les rendez-vous existants et la saisie des prestations y relatives, de même qu'entre les prestations saisies et la facturation des prestations ;
- enfin, les dossiers non codés dans les délais institutionnels représentent une immobilisation de fonds importante et, à terme, un risque de perte sur des prestations non intégralement saisies.

Le **risque de contrôle** tient dans le fait que des moyens de contrôle existants (validateur TARMED) ne sont pas obligatoires pour les médecins et qu'en cas d'erreurs, c'est au personnel administratif de procéder aux corrections.

5.4. Recommandations

Saisie des prestations

Recommandation 14 (cf. constat 14)

La direction des finances, en accord avec la direction médicale, devrait définir des modalités de saisie des prestations en prescrivant notamment les éléments suivants :

- le délai pour procéder à la saisie des prestations de manière à effectuer le plus rapidement possible la facturation, voire traiter les rejets dont les processus sont très longs ;
- l'utilisation systématique du validateur TARMED, qui permet de détecter immédiatement des anomalies qui empêchent la facturation ;
- la tenue d'un tableau de bord avec des indicateurs pour chaque service et la mise en place des mesures incitatives ou contraignantes.

⁴³ Estimation reposant sur le fait que chaque dossier a un case-mix (degré de gravité d'un cas d'hospitalisation) de 1.14 et une valeur du Swiss DRG à 10'500 F (source : rapport annuel 2014 HUG).

Recommandation 15 (cf. constat 15)

La direction financière est invitée à déployer et à rendre obligatoire l'utilisation d'OpaleWeb dans tous les départements des HUG. Cela permettra d'améliorer les éléments suivants :

- la définition unique du processus de saisie des prestations, tout en permettant une modularité en fonction des spécialités de chaque département ou centre de soins ;
- la mise en place de contrôles standards dans tous les départements et centres de soins afin d'améliorer le fonctionnement d'OpaleWeb et son suivi ;
- la gestion simplifiée de l'outil, notamment par la mise à jour des formulaires uniquement dans OpaleWeb et non pas sur papier également ;
- la suppression des travaux de saisie du personnel des CAF qui pourraient se consacrer à des travaux de contrôle.

Par la suite, il s'agira de tendre vers un système entièrement intégré tel que "DPI-Urgences", développé par la DSI pour le service des urgences. Dans ce service, les médecins saisissent les prestations qu'ils ont délivrées aux patients dans l'application DPI. Cette dernière transfère automatiquement les données nécessaires à la facturation dans Opale-Web permettant ainsi d'éviter une saisie des prestations à facturer par le médecin.

Gestion des rejets liés à la saisie des prestations

Recommandation 16 (cf. constat 16)

La Cour recommande à la direction des finances de renforcer la supervision des rejets qui sont envoyés aux CAF afin de s'assurer que ces derniers les traitent le plus rapidement possible. Notamment, les mesures suivantes devraient être envisagées :

- nommer un superviseur au niveau des HUG pour tous les centres d'admission, avec des responsabilités, des moyens d'action et des objectifs pour réduire le nombre de rejets ;
- décider du sort des rejets non-traités depuis plusieurs années, voire prescrits tels que les factures de télécommunication de plus de 5 ans ou de moins de 10 francs ;
- fixer des délais de traitement aux CAF, au-delà desquels des mesures incitatives ou contraignantes pour le personnel en charge du traitement seront prises ;
- définir un ordre de priorité dans le traitement des rejets, par exemple selon l'ancienneté ou selon le montant estimé.

Dans la mesure où des actions sont prises pour améliorer les admissions en s'assurant de disposer des informations complètes et correctes, la Cour considère que le nombre de rejets se réduira et permettra d'affecter une partie des ETP, actuellement dédiés à leur traitement, à d'autres tâches.

Gestion des rendez-vous

Recommandation 17 (cf. constat 17)

Le comité de direction doit fixer un délai pour le déploiement et l'utilisation d'un agenda électronique tel que GRECO. Cette mesure permettra de mettre en place des contrôles quant à l'exhaustivité de la saisie des prestations, notamment de comparer les visites enregistrées dans les agendas et Opale, permettant de recenser les visites qui n'ont pas fait l'objet de facturation.

Recommandation 18 (cf. constat 18)

Compte tenu des difficultés pour les HUG à justifier la facturation des rendez-vous non décommandés et la lourdeur administrative de l'annulation des factures pour des montants peu importants, la Cour recommande à la direction des finances de s'assurer de l'application uniforme de la directive qui traite de ce sujet. Au besoin, cette directive pourrait être complétée et faire l'objet d'une information circonstanciée aux collaborateurs des CAF.

Dans le cadre de la désignation d'un responsable en charge du suivi de l'activité des CAF, la direction des finances a prévu de lui confier la mise en place de cette recommandation. Il s'agirait également de s'assurer que tous les appels de patients fassent l'objet d'une saisie dans leur dossier, quelle que soit la raison.

Recommandation 19 (cf. constat 19)

La Cour recommande à la direction des finances de mettre en place un contrôle automatique et systématique dans l'ensemble des départements⁴⁴ afin de s'assurer que l'exhaustivité des visites enregistrées dans DPA ont fait l'objet d'une facture dans Opale, qu'il y ait eu ou non des prestations (rendez-vous non décommandé). En outre, il devrait être effectué de manière régulière et de manière rapprochée (par exemple une fois par mois) afin d'éviter qu'un département se retrouve à devoir traiter plusieurs milliers de cas à la fois.

Gestion des dossiers à coder

Recommandation 20 (cf. constat 20)

Compte tenu de l'immobilisation de fonds dû à l'impossibilité de traitement des dossiers d'hospitalisation par le service du codage, la direction des finances doit renforcer les moyens pour réduire le nombre de dossiers non encore codés après 21 jours et surtout après 90 jours. En particulier :

- des mesures incitatives plus contraignantes que celles qui existent actuellement vis-à-vis des médecins devront être mises en place ;
- des mesures d'alerte devront être prises par les administrateurs de département pour s'assurer que les médecins en charge de la facturation, qui changent de département aux HUG ou qui quittent les HUG, ont complété les dossiers des patients pour qu'ils soient prêts à la saisie avant leur mutation.

⁴⁴ Actuellement, ce contrôle existe uniquement dans certains départements.

5.5. Observations de l'audité

5.2 Constats / gestion des dossiers à coder

20. Il est normal de terminer l'année civile avec des hospitalisations non codées vu le délai de 21 jours fixé à partir de la sortie du patient pour coder les cas. 2600 dossiers représentent environ l'activité de ce délai de latence. L'immobilisation de fonds de 1.8MF doit être mise en perspective avec le chiffre d'affaires total des HUG (1.8 milliard).

5.3 Risques découlant des constats

Risque financier, 3^{ème} puce : les dossiers non codés dans les délais représentent une immobilisation de fonds toute relative. Il n'existe pas de pertes sur ces prestations car à terme (au maximum en juin de l'année suivante), tous les séjours d'une année sont codés et facturés.

5.4 Recommandations

20. La direction des finances considère que toutes les mesures nécessaires à la maîtrise du risque sur le processus de codage ont été prises et qu'elles portent leurs fruits puisque les délais ne cessent de s'améliorer, ce qui est démontré par le biais de l'outil de pilotage « monitor-fact » qui a été présenté à la Cour.

6. ANALYSE DU RECOUVREMENT DES DÉBITEURS

6.1. Contexte

6.1.1. Organisation du recouvrement des débiteurs

Organisation

Au moment de l'audit, le recouvrement des créances est géré par le service des comptabilités avec l'assistance de deux mandataires : une étude d'avocat pour les débiteurs domiciliés en Suisse et une société de recouvrement de créances pour les débiteurs domiciliés à l'étranger. Dès la fin du mois de juin 2015, cette organisation a été modifiée par les HUG qui ont repris en interne le processus de recouvrement lié aux débiteurs domiciliés en Suisse.

Le service des comptabilités est organisé en 4 secteurs : caisses, comptabilité générale, débiteurs et fournisseurs. Le secteur des débiteurs est en charge de la gestion des débiteurs de prestations médicales (facturées par les CAF et par la GAP), qu'ils soient patients ou assureurs, de l'encaissement des factures, des dépôts de garanties ainsi que du recouvrement par voie judiciaire avec l'aide de mandataires.

Débiteurs

Par catégories de débiteurs, le solde au bilan ressortant des états financiers (présentés selon les normes IPSAS) est le suivant⁴⁵ :

Montant en CHF	2012	2013	2014
Débiteurs assurances suisses	80'572'215	95'395'429	78'593'202
Débiteurs assurances étrangères	4'474'216	6'170'623	5'687'789
Débiteurs cantons hors GE	6'503'155	5'717'242	1'311'645
Débiteurs patients suisses	31'223'661	26'502'815	25'577'224
Débiteurs patients étrangers	6'314'296	6'397'055	5'220'735
Débiteurs nets au bilan	129'087'543	140'183'164	116'390'595

Selon la comptabilité, les débiteurs nets présentés dans les états financiers se composent de différentes positions débitrices et créditrices, à savoir :

Montant en CHF	2012	2013	2014
Débiteurs patients et assurances	231'819'875	233'853'759	225'978'307
% Encaissements non affectés	-62'655'955	-44'404'202	-50'969'348
Débiteurs nets patients et assurances	169'163'920	189'449'557	175'008'959
% Provision sur débiteurs	-35'057'999	-46'790'399	-57'219'108
% Anciens comptes patients/assurances	-5'018'374	-2'475'993	-1'399'256
Débiteurs nets au bilan	129'087'543	140'183'164	116'390'595

⁴⁵ Selon états financiers audités

Il ressort du tableau que des montants très importants d'encaissements de patients et d'assurances n'ont pas encore été affectés aux comptes débiteurs correspondants. Les principales raisons de cette situation sont :

- des encaissements reçus dans les offices des poursuites, suite à des procédures de recouvrement, n'ont pas été affectés par les HUG dans les comptes débiteurs concernés ;
- des encaissements reçus par les HUG de débiteurs dont les factures ont été passées en pertes et qui ne figurent plus dans la comptabilité, ce qui implique qu'ils n'ont pas pu être affectés aux comptes débiteurs concernés.

Provision pour pertes sur débiteurs

En cours d'année, à chaque fois qu'une facture est émise par Opale, les HUG comptabilisent une provision de 3% du montant. Par ailleurs, un calcul extracomptable basé sur les échéances des factures ouvertes est effectué lors des clôtures intermédiaire et finale, selon les modalités suivantes : les factures de patients de plus de 6 mois sont provisionnées à 50% alors que celles à plus de 12 mois sont complètement provisionnées ; pour les assurances, il s'agit de respectivement 12 et 24 mois. Les deux montants sont comparés et la provision comptabilisée est ajustée au montant du calcul extracomptable.

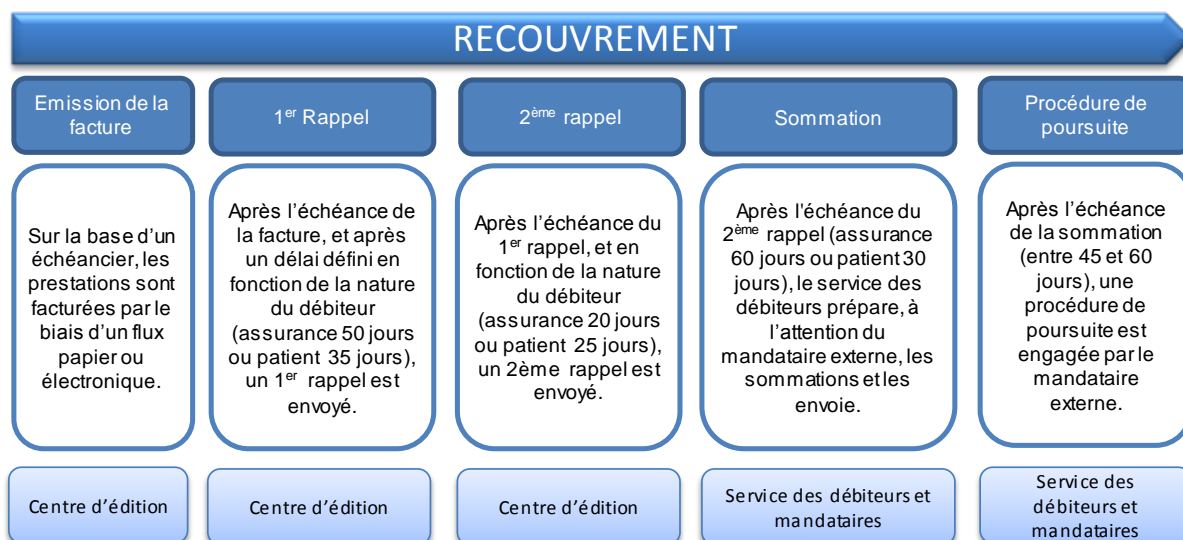
Le compte de charge qui comptabilise les dotations de provision pour pertes sur débiteurs enregistre également, à son crédit, des paiements de débiteurs effectués directement aux HUG qui ont déjà fait l'objet d'un provisionnement total. Avec la méthode actuelle de comptabilisation, le montant de ce compte (dotation à la provision et utilisation) sur les trois derniers exercices est le suivant :

- 2012 : 25'505'737 F ;
- 2013 : 23'690'410 F ;
- 2014 : 20'153'700 F.

Cependant, les encaissements reçus par les mandataires ne sont pas comptabilisés dans ce compte de charge (voir chapitre 6.1.5 et 6.2 constats 30 et 31). Si tel avait été le cas, le montant des pertes sur débiteurs aurait été réduit d'un montant de 3 à 4 millions de francs par exercice (précisément 3'537'523 F en 2013).

Processus

Le processus commence dès l'édition des sommations qui intervient après le 2^{ème} rappel envoyé par les HUG et se présente schématiquement comme suit :



À l'échéance du 2^{ème} rappel, les débiteurs ouverts sont transférés de l'ERP Qualiac dans l'application Cash-in qui gère le recouvrement des créances aux HUG. Les typologies de débiteurs telles que domiciliés en Suisse ou à l'étranger, mineurs ou majeurs, sous tutelle, assurances, etc. sont déjà créées dans Qualiac et sont transférées automatiquement dans Cash-in.

Le coût total du recouvrement (coûts internes directs des HUG, honoraires de l'étude et factures de la société de recouvrement), s'élevait à environ 8 millions de francs pour 2013.

Sommation

C'est le service des débiteurs des HUG qui prépare les sommations qui sont imprimées sur papier à en-tête de l'étude et signées par l'avocat mandaté. Ensuite, les HUG procèdent à leur envoi.

Pour 2012, le nombre de sommations envoyées est d'environ 32'000 pour les patients et de 6'700 pour les assurances, ce qui représente des montants de respectivement 21.5 millions et 13.8 millions ; il ressort que la moyenne en francs de toutes les sommations est de 912 F (672 F pour les patients et 2'059 F pour les assurances).

Pour 2013, le nombre de sommations envoyées est d'environ 30'000 pour les patients et de 4'000 pour les assurances, ce qui représente des montants de respectivement 17.2 millions et 14.9 millions ; il ressort que la moyenne en francs de toutes les sommations est de 944 F (573 F pour les patients et 3'725 F pour les assurances).

Les coûts de la procédure de sommation se sont élevés à 3.3 millions. Ces derniers sont principalement représentés par les émoluments et les honoraires de l'étude.

Concernant les assurances, les sommations qui leur sont envoyées sont pratiquement sans effet, les factures non payées résultant de différends qui font le plus souvent l'objet de discussions avec les HUG avant d'être réglés (factures encaissées, modifiées ou annulées).

Pour cette raison, selon les HUG, la direction des finances a régulièrement instruit oralement le service des comptabilités pour que ce dernier n'envoie plus de sommations aux assurances.

Ainsi, les encaissements de créances en recouvrement pour 2013 de 14.85 millions (assurances pour 11.25 et patients pour 3.6 millions) qui se réalisent suite à l'envoi des sommations (émises en 2013 et avant), ne résultent pas, pour une grande majorité d'entre eux, de l'effet de cette mesure. En effet, les résultats de l'envoi de sommations ne se font sentir que sur les patients, ce qui correspond à un montant de moins de 4 millions. Dès lors, la performance des sommations s'élève à environ 3.6 millions encaissés pour 3.3 millions dépensés.

Réquisition de poursuite pour les débiteurs domiciliés en Suisse

Concernant les débiteurs domiciliés en Suisse, les HUG transfèrent le dossier à l'étude. La procédure de poursuite s'effectue selon les dispositions de la LP⁴⁶. C'est le secteur des débiteurs des HUG qui prépare les réquisitions de poursuite et les réquisitions de continuer la poursuite qui sont signées par l'avocat mandaté. En 2013, 26'849 réquisitions de poursuite ont été émises pour un montant total de 13.6 millions de F, ce qui représente une moyenne par réquisition de 506 F.

Pour l'année 2013, les encaissements reçus suite à des réquisitions de poursuite lancées en Suisse se sont élevés à 3.5 millions. Pour la même période, les coûts des procédures de réquisition de poursuite ont représenté 3.9 millions. Ces derniers sont principalement constitués par les notes d'honoraires de l'étude, les frais de justice ainsi que les coûts internes des HUG.

Procédure de poursuite pour les débiteurs domiciliés à l'étranger

Concernant les débiteurs domiciliés à l'étranger, les HUG transfèrent le dossier à un collaborateur de la société de recouvrement qui travaille dans les locaux des HUG. Celui-ci prépare une 2ème sommation qui est envoyée aux débiteurs sur papier à en-tête de la société. Si une créance inférieure à 500 F n'est pas encaissée à ce stade, la norme de cadrage inscrite dans le contrat de mandat avec la société de recouvrement indique qu'aucune procédure judiciaire n'est engagée par les HUG.

Pour les factures supérieures à 500 F non encaissées, la société de recouvrement informe les HUG des probabilités de recouvrement et du coût de la procédure. La décision de continuer la procédure est prise par le chef du service des comptabilités et concerne environ une dizaine de dossiers par semaine.

Pour l'année 2013, les encaissements reçus suite à des procédures de recouvrement lancées à l'étranger se sont élevés à 930'000 F. Pour la même période, les coûts 2013 liés aux procédures de recouvrement ont représenté 820'000 F. Ces derniers sont principalement constitués par les honoraires, débours et factures de performance de la société de recouvrement.

Actes de défaut de biens

Les actes de défaut de biens (ADB) obtenus par les HUG sont conservés par les mandataires sans qu'ils en effectuent le suivi. A ce jour, il y a environ 64'000 actes de défaut de biens ouverts en faveur des HUG qui représentent un montant total de 74 millions de F, soit une moyenne de 1'156 F par acte.

Depuis la révision de la loi sur la poursuite pour dettes et faillite entrée en vigueur en 1997, les actes de défaut de biens se prescrivent par 20 ans.

⁴⁶ Loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite (RS 281.1)

6.1.2. Relations contractuelles avec les mandataires

Etude

La relation contractuelle avec l'étude est régie par les dispositions légales relatives au mandat (art. 394 ss CO). Les pouvoirs du mandataire résultent de la procuration signée par deux directeurs des HUG pour l'activité déléguée de représentation (modèle de procuration de l'Ordre des avocats de Genève) ; cette procuration ne mentionne aucun détail quant aux modalités de rémunération. Ce document a été complété par un courrier de l'étude adressé au chef du service des comptabilités, confirmant le taux horaire appliqué et un montant équivalent à 8% des créances recouvrées (success fee) sans autre précision.

Il ressort des documents (procuration et courrier) et de l'analyse des relevés de prestations que les types de rémunération pour l'étude sont les suivants :

- un pourcentage du montant des encaissements sur les patients (facture par facture) et un pourcentage dégressif pour les assurances (basé sur le montant annuel) ;
- un taux horaire (le détail des prestations fournies est annexé aux factures) ;
- un montant de frais forfaitaires par facture remise, débours inclus.

Société de recouvrement

La relation contractuelle avec la société de recouvrement est régie par un contrat de mandat signé en décembre 2007 (par deux directeurs pour les HUG) et amendé en 2013 (accord des HUG donné par le chef du service des comptabilités) portant sur le recouvrement des créances exigibles des HUG ; bien que la pratique des HUG implique que les débiteurs domiciliés en Suisse soient traités par l'étude et ceux domiciliés à l'étranger soient traités par la société de recouvrement, les termes du contrat de cette dernière ne restreignent pas son champ d'application aux débiteurs domiciliés à l'étranger. Le contrat comprend toutes les modalités de rémunération de la société, y compris le montant forfaitaire de remise de facture.

Selon contrat, les types de rémunération pour la société de recouvrement sont les suivants :

- un pourcentage dégressif en fonction du montant de chaque facture ;
- le salaire du collaborateur de la société détaché aux HUG ;
- les honoraires des avocats et sociétés de recouvrement mandatés à l'étranger ;
- un montant de frais forfaitaires par facture remise, hors débours.

6.1.3. Gestion des encaissements

Les créances ayant fait l'objet d'une réquisition de poursuite sont encaissées par l'office des poursuites (OP) puis créditées de façon groupée sur différents comptes bancaires et postaux ouverts au nom de l'étude pour le compte des HUG. Les montants crédités par l'OP sont classés par numéro de commandement de payer. A ce stade, aucune réconciliation n'est effectuée par les HUG ou par le mandataire, entre les paiements reçus et les factures en recouvrement gérées par l'étude. Cette dernière verse ensuite les montants sur un compte bancaire des HUG.

Le système d'information utilisé par l'OP de Genève pour la gestion des dossiers de poursuite ne permet pas d'obtenir une liste des encaissements reçus en faveur d'un créancier. Il est prévu que l'OP migre vers un nouveau système dont le déploiement est prévu pour la fin de l'année 2015, ce qui lui permettra d'effectuer

une série de requêtes qui amélioreront le niveau d'informations qu'il pourra fournir à ses usagers.

6.1.4. Présentation des factures des mandataires

Étude

Les honoraires de l'étude font l'objet de trois factures différentes adressées aux HUG :

- les factures de performance établies par l'étude, mais qui sont basées sur des calculs effectués par le service des comptabilités ;
- les notes d'honoraires d'avocats établies par l'étude (sans décomptes horaires joints) ;
- les factures concernant les émoluments pour la signature des sommations établies par d'autres entités sous contrôle de l'avocat.

Les encaissements de créances gérées par l'étude sont reçus sur les comptes de cette dernière et sont déduits de ses honoraires ce qui peut conduire à ce que la balance soit un solde en faveur des HUG ou en faveur du mandataire. En pratique, le solde a toujours été en faveur de ce dernier.

Société de recouvrement

Les factures de la société de recouvrement font l'objet d'un décompte mensuel dans lequel sont indiqués le montant du salaire de la personne détachée aux HUG, le montant des honoraires et frais de procédure ainsi que le montant des encaissements.

Les encaissements de créances gérées par la société de recouvrement se font sur les comptes bancaires de cette dernière et sont déduits de ses factures ce qui peut conduire à ce que la balance soit un solde en faveur des HUG ou en faveur du mandataire.

6.1.5. Comptabilisation des factures des mandataires

Les HUG reçoivent entre 150 et 200 factures par année de leurs deux mandataires. La majorité de celles-ci ne comprend que des frais.

Cependant, certaines notes d'honoraires ou factures mentionnent également les encaissements de factures en recouvrement reçus par les mandataires pour le compte des HUG. Dans ces derniers cas, les factures présentent un solde « net » entre le montant des encaissements pour le compte des HUG et les honoraires pour les prestations des mandataires. La comptabilité n'enregistre que ce montant « net » (compensation des charges et des produits).

6.2. Constats

Processus

21. Il n'existe pas de document émis par la direction générale des HUG qui définit la politique générale de l'institution en matière de recouvrement des créances. Il n'existe pas non plus de directives d'application émises par la direction des finances. Cette absence de documents de référence ne permet pas à la direction générale, et en particulier à la direction financière, d'effectuer des contrôles de conformité et opérationnels de l'activité réalisée par le service des comptabilités en matière de recouvrement des créances.

Par exemple, malgré plusieurs demandes orales de la direction des finances adressées au service des comptabilités visant à arrêter l'envoi de sommations aux assurances, l'absence de directives claires et formalisées a contribué à la poursuite d'une pratique inefficace et coûteuse. En effet, le success fee revenant à l'Étude et lié aux encaissements des assurances après sommation s'est élevé à près de 900'000 F pour 2013.

Cette situation représente en outre une lacune de contrôle de la direction des finances de l'époque qui ne s'est pas assurée de la bonne réalisation de ses instructions.

22. Du point de vue opérationnel, la direction financière n'a pas mis en place de tableau de bord qui lui permette de connaître et de superviser l'activité du service des comptabilités en matière de recouvrement. Il en résulte que la direction financière n'est pas en mesure de juger de la qualité du travail fourni par le service des comptabilités, ni du bon emploi des fonds affectés à cette activité. En outre, cette absence de suivi l'empêche d'informer de manière circonstanciée et régulière les instances dirigeantes (Conseil d'administration et direction générale) afin que, le cas échéant, elles puissent prendre d'éventuelles mesures correctives.

Octroi des mandats

23. Conformément aux dispositions de l'AIMP et du RMP, les mandats confiés aux avocats et sociétés de recouvrement représentent des marchés de service nécessitant des procédures d'appels d'offres⁴⁷ : en procédure par invitation pour un marché d'un montant égal ou supérieur à 150'000 F et en procédure ouverte pour un marché supérieur à 250'000 F.

Depuis l'utilisation des deux mandataires dans la définition actuelle des marchés, soit depuis 2007, aucune procédure d'appels d'offres publics n'a été mise en place, bien que les sommes annuelles payées par les HUG soient de plusieurs millions pour l'étude et plus de 800'000 F pour la société de recouvrement. La procuration et le contrat qui engagent les HUG vis-à-vis des mandataires ne reposent donc pas sur une attribution de marché conforme à l'AIMP. Ces documents sont signés par des directeurs des HUG qui sont en fonction ou l'ont été.

Modalités de gestion des mandataires

24. Les activités liées au recouvrement des créances des HUG effectuées par l'étude et les modalités qui leurs sont liées ne sont pas toutes formalisées dans un document. Il manque les informations suivantes :
- l'accord sur le montant forfaitaire par sommation signée (y compris le contrôle de la qualité du document) ;
 - les taux dégressifs du calcul du « success fee », en particulier les différents paliers à partir desquels les taux changent ;
 - les pourcentages différents de « success fee » suivant qu'il s'agit d'un patient ou d'une assurance.

Par ailleurs, les mandats ou contrats signés avec les mandataires ne décrivent pas leurs obligations vis-à-vis des HUG, par exemple les informations et documents à remettre et avec quelle périodicité ; il en va de même pour les paiements reçus par le mandataire.

⁴⁷ Voir par exemple Étienne Poltier, *Droit des marchés publics*, Stämpfli Editions, Berne 2014, p. 135, ou Markus Beyeler, *Der Geltungsanspruch des Vergaberechts*, Schulthess Verlag, Zürich, 2012, pp. 572-574. Ces auteurs citent *expressis verbis* les prestations juridiques comme un exemple de services soumis au droit interne des marchés publics.

25. Il n'existe pas de réconciliation ni de contrôles effectués entre les montants versés par les offices des poursuites à l'étude et les versements effectués par cette dernière aux HUG. Il en résulte que ces derniers n'ont pas d'assurance raisonnable sur l'intégralité des versements qui leur sont dus.
26. Il n'existe pas de contrôles systématiques effectués par les HUG sur les montants des notes d'honoraires envoyées par l'étude d'avocat. En particulier, les HUG sont dans l'impossibilité de contrôler le temps passé par l'avocat mandaté ou ses collaborateurs sur les dossiers traités au vu de l'absence de décomptes horaires joints à la note d'honoraires.

Le même constat s'applique au calcul des « success fees » des mandataires :

- Étude d'avocat : les montants pris en compte par les HUG pour le calcul des success fees intègrent les notes de crédit et les opérations diverses de reclassement (2013 : 6'104'665 F). Ces notes de crédit et opérations diverses n'étant pas des encaissements, elles n'auraient pas dû être intégrées au calcul. Cela représente un success fee surévalué de près de 500'000 F pour l'année 2013.
 - Société de recouvrement : cette dernière calcule des « success fees » non seulement sur les créances recouvrées mais également sur les créances irrécouvrables ; or, cet élément n'est pas expressément mentionné dans le contrat comme étant à inclure dans le calcul sans que les HUG n'aient jamais contesté cette pratique. C'est ainsi un montant de commissions de 280'000 F, calculé sur les créances irrécouvrables, qui a été facturé aux HUG en 2013.
27. La transmission des données entre les HUG et les mandataires n'est pas efficace. En effet, les démarches suivantes sont en place :
 - Étude d'avocat : c'est le chef du service des comptabilités qui se rend toutes les semaines à l'étude de l'avocat pour lui remettre les nouveaux dossiers (sommations, décédés, faillites) et faire le point sur les dossiers en cours.
 - Société de recouvrement : c'est son collaborateur, détaché aux HUG, qui se déplace physiquement depuis les HUG jusqu'au siège de la société avec des copies papier.

Il résulte de ces pratiques des risques d'erreur et des coûts importants parce que :

- Les documents sont transférés des HUG aux mandataires sous forme papier, ce qui impose à ces derniers de ressaisir dans leur système d'informations de nombreuses données qui sont déjà disponibles sous format électronique aux HUG;
- Les déplacements hebdomadaires génèrent une perte de temps importante pour les mandataires et les personnes concernées.

La société de recouvrement a indiqué à la Cour avoir proposé à plusieurs reprises de procéder à ce transfert par voie électronique au vu du volume à traiter, soit environ 1'800 à 2'100 nouvelles factures par année ; cette démarche a été refusée par le service des comptabilités.

Qualification juridique des factures

28. Actuellement, les HUG suivent les modalités de la procédure juridique de recouvrement par voie ordinaire. Celle-ci requiert la présence obligatoire du créancier au tribunal pour la séance de conciliation, ce qui mobilise des ressources importantes des HUG et du tribunal civil (plusieurs demi-journées par semaine). Les HUG sont le deuxième pourvoyeur de poursuites du canton après l'AFC.



Cette procédure a un coût qui peut être estimé, pour 2013, à environ 4.7 millions de F ainsi répartis :

- honoraires de l'étude pour 2.5 millions de F ;
- honoraires de la société de recouvrement pour 800'000 F ;
- frais de justice pour 800'000 F ;
- coûts internes des HUG pour 600'000 F.

Ces coûts dépassent légèrement les encaissements suite à la réquisition de poursuite qui ont été d'environ 4.5 millions de F en 2013.

Actes de défaut de biens

29. Les actes de défaut de biens ne sont pas gérés par les HUG, ni par les mandataires, mais sont uniquement conservés par ces derniers. Aucune procédure d'identification et de recouvrement d'actes de défaut de biens n'a été entreprise. Suite à la révision de la LP entrée en vigueur au 1er janvier 1997, les ADB postérieurs à cette date seront prescrits par 20 ans; il en va de même pour les ADB antérieurs au 1^{er} janvier 1997 qui seront ainsi prescrits au 1^{er} janvier 2017. À court terme, les montants suivants seront prescrits :

- 1.0 MF d'ADB au 1^{er} janvier 2017;
- 1.3 MF d'ADB d'ici au 31 décembre 2018.

Sans action de la part des HUG avant l'expiration du délai de prescription, la récupération de tout ou partie des montants en jeu sera irrévocablement compromise.

Comptabilisation des honoraires et factures des mandataires

30. La comptabilisation des factures des mandataires, qui présentent un montant net (les encaissements de factures sont portés en diminution des charges générées par les activités de recouvrement), n'est pas conforme aux normes IPSAS. En effet, la norme IPSAS 1 « présentation des états financiers » indique à son chiffre 48 : « Les actifs, passifs, revenus et charges ne doivent pas être compensés sauf si cette compensation est imposée ou autorisée par une Norme comptable internationale du secteur public. ».

Le rapport de l'organe de révision ne mentionne pas ce point.

31. La comptabilisation des factures des mandataires « au net » ne permet pas à la direction des finances de disposer d'une information complète et exacte quant aux coûts de la procédure de recouvrement et d'en effectuer la supervision. Cette comptabilisation erronée est significative puisque des encaissements pour un montant de près de 4 MF ont été comptabilisés en diminution des charges et honoraires en 2013.

Tenue de la comptabilité

32. Il ressort de la comptabilité des HUG que des montants très importants d'encaissements de patients et d'assurances (portant sur environ 50 millions de francs) n'ont pas encore été affectés aux comptes débiteurs correspondants. Il en résulte que les HUG ne sont pas en mesure de fournir une situation financière à jour pour un certain nombre de débiteurs sans procéder à des recherches. A ce jour, les HUG ont indiqué que la situation serait rétablie pour la clôture des comptes 2016.

6.3. Risques

Le **risque opérationnel** tient à des actions du service des comptabilités qui ont été effectuées faute d'une stratégie en la matière formalisée et communiquée et qui ne sont pas conformes aux attentes de la direction générale. De plus, l'organisation nécessitant que le mandataire saisisse une nouvelle fois les factures des HUG présente des risques d'erreurs assez importants.

Le **risque financier** tient aux coûts élevés en frais de justice et honoraires de mandataires liés à l'application de la procédure juridique de recouvrement par voie ordinaire, à l'envoi de sommations à l'égard des assurances qui est une procédure coûteuse et peu efficace et au manque de contrôle des bases de calcul des success fees des mandataires.

Par ailleurs, considérant les paiements non encore affectés, des rappels et des sommations ont pu être envoyés alors que les paiements avaient été effectués et des procédures de recouvrement, impliquant des frais, ont pu également être initiées envers des patients qui avaient pourtant effectué le paiement de leur facture. Ces éléments représentent également un **risque de contrôle et d'image** pour l'institution.

Le **risque de contrôle** est avéré et tient à l'absence de politique en matière de recouvrement des créances ainsi qu'à la supervision insuffisante de la direction financière quant aux activités du service des comptabilités ainsi que des mandataires. Il découle également du manque de transparence des coûts liés au recouvrement.

Le **risque de conformité** est avéré et tient à la non-application des dispositions de l'AIMP et du RMP en matière de passation des marchés publics concernant les mandats confiés à des tiers pour les activités de recouvrement de créances. Il découle également du mode de comptabilisation des coûts liés au recouvrement qui n'est pas conforme aux normes IPSAS.

Le **risque de fraude** tient à la non-application des dispositions de l'AIMP et du RMP ainsi que de la supervision insuffisante de la direction financière des activités du service des comptabilités et des mandataires en matière de recouvrement des créances.

Le risque de fraude étant élevé selon l'appréciation de la Cour, elle a communiqué le 24 juin 2015 les éléments détaillés des constats y relatifs au Procureur général, en application des art. 33 LaCP et 44 al. 1 LSurv. Une copie de sa dénonciation a été transmise le même jour au président du conseil d'administration des HUG.

Auparavant, dans une démarche rendue publique le 22 juin 2015, le président du conseil d'administration des HUG avait décidé de l'ouverture d'une enquête administrative à l'encontre du responsable des comptabilités et sa suspension, se basant « *tant sur le résultat de l'audit interne des HUG que sur les constatations de [la Cour]*⁴⁸ ». Une plainte pénale a, par la suite, également été déposée. Par ailleurs, il sied de relever qu'à fin juin 2015, les HUG ont résilié le mandat les liant à l'Étude, avec effet immédiat.

⁴⁸ Lettre du président du conseil d'administration des HUG à la Cour du 22 juin 2015

6.4. Recommandations

Processus

Recommandation 21 (cf. constat 21)

Au vu des montants significatifs en jeu (plusieurs dizaines de millions de francs par année en recouvrement), la Cour recommande à la direction générale des HUG d'établir une politique en matière de recouvrement des factures qui définisse, entre autres éléments :

- les actions à mener en fonction du type de débiteurs : patients ou assurances, domiciliés en Suisse ou à l'étranger ;
- les seuils à partir desquels des actions sont à mener ;
- les modalités de recours à des mandataires et le périmètre d'action de ces derniers.

Dans ce cadre, les HUG sont invités à analyser le rapport coût / bénéfice d'une internalisation partielle ou totale des activités de recouvrement. En effet, l'externalisation du contentieux décidée en 2007 ne devait être que temporaire, le temps pour le service des débiteurs de se former avant de reprendre le processus mis en place par les mandataires.

Cette recommandation a été mise en place en fin d'audit par les HUG (décembre 2015).

Recommandation 22 (cf. constat 22)

La Cour recommande à la direction financière des HUG la mise en place d'une directive précisant :

- les tâches, les responsabilités et les informations à fournir à la direction financière et aux instances dirigeantes par le service des comptabilités ;
- les activités de contrôle et de supervision à réaliser par la direction financière ainsi que les éléments à transmettre aux instances dirigeantes.

Cette partie de la recommandation a été mise en place en fin d'audit par les HUG (décembre 2015).

Dans ce cadre, il est nécessaire que la direction financière mette en place un tableau de bord lui indiquant au moins les éléments suivants :

- montant des créances ouvertes en procédure de recouvrement et leur ancienneté ;
- facturation brute des mandataires (sans compensation avec les encaissements de factures), en cas de maintien de tout ou partie de ce type de mandats ;
- montant des encaissements de factures en recouvrement en fonction des étapes de la procédure juridique ;
- taux de sinistralité⁴⁹, taux de performance⁵⁰.

Ces informations devront être fournies par le service des comptabilités.

⁴⁹ Le taux de sinistralité financier est obtenu en calculant le rapport entre la totalité des créances en contentieux et le chiffre d'affaires. Le taux de sinistralité comptable est obtenu en calculant le rapport entre la somme de la dotation au du croire et les pertes sur débiteurs sur le chiffre d'affaires

⁵⁰ Le taux de performance est obtenu en calculant le rapport entre les encaissements de créances en contentieux et le montant total des créances en contentieux

Octroi des mandats

Recommandation 23 (cf. constat 23)

De manière à se conformer aux dispositions légales et réglementaires, la Cour invite la direction générale des HUG à effectuer un appel d'offres en procédure ouverte pour les activités de recouvrement confiées aujourd'hui à des mandataires, en cas de maintien de tout ou partie de mandats de prestations externes en matière de recouvrement.

Cette démarche devra être faite rapidement et via la CAIB⁵¹, après qu'une politique en matière de recouvrement des créances ainsi qu'une directive d'application auront été mises en place de manière à ce que l'objet des mandats soit conforme aux objectifs des instances des HUG.

Modalités de gestion des mandataires

Recommandation 24 (cf. constats 24 à 27)

La direction financière devra documenter la délégation de tout ou partie de la gestion du recouvrement à des mandataires externes dans un contrat faisant état :

- des rôles et responsabilités de chacun des acteurs ;
- de la politique de recouvrement pour les factures confiées à chacun des mandataires ;
- des tarifs appliqués en termes d'honoraires, débours, frais de dossier et autres « success fees ». Une attention particulière devra être portée au traitement des créances irrécouvrables.

Il s'agira également pour la direction générale de formaliser, dans la politique en matière de recouvrement des créances, certaines règles essentielles de fonctionnement avec les mandataires, soit notamment :

- les livrables en termes d'encaissements de factures, actes de défaut de biens et dossiers ouverts afin de permettre une supervision adéquate de la part des HUG ;
- les outils de communication et de transmission des données en vue de limiter le risque d'erreur et le temps consacré ;
- la périodicité des réunions incluant la direction générale des HUG et les mandataires en vue, notamment, de s'assurer que les lignes directrices et stratégiques en matière de recouvrement soient toujours comprises et appliquées par les mandataires.

Qualification juridique des factures

Recommandation 25 (cf. constat 28)

À l'instar de l'Hôpital de l'île du canton de Berne et de l'Hôpital universitaire de Zürich, la Cour recommande aux HUG la mise en place de la procédure sommaire en matière de recouvrement de créance. Cette procédure facilitée, régie par l'art. 80 LP, est applicable aux factures, considérées comme des décisions émanant d'une autorité administrative. Elle permet d'obtenir du juge la mainlevée définitive pour les commandements de payer frappés d'opposition.

Il en résultera que les HUG s'éviteront une action civile ordinaire et les coûts qui lui sont liés (essentiellement les frais de justice, les frais d'avocat et les coûts internes de suivi des dossiers et de présence aux audiences du tribunal). De manière pratique, il s'agira notamment de définir quel document (facture, rappel,

⁵¹ La Centrale d'achats et d'ingénierie biomédicale (CAIB) négocie les conditions d'achats et conclut les contrats afin d'assurer l'approvisionnement des HUG et du CHUV.

sommaton) fera office de décision émanant d'une autorité administrative. De plus, il conviendra de mentionner la possibilité de contester devant un juge antérieurement à une éventuelle procédure sommaire.

Il convient de relever que les HUG ont déjà effectué des recherches à cet égard : un premier avis de droit a été demandé en 2012 et un second en 2013. De plus, en 2014 la Direction des finances a également émis la proposition de rendre des décisions administratives dans le cadre de la recherche de revenus supplémentaires pour l'institution. Ces différents documents ne sont pas de nature à remettre en cause le fond de la recommandation, mais ils confirment la nécessité de prendre des précautions et adaptations pratiques telles que celles évoquées au paragraphe précédent.

En termes de temporalité, il conviendrait de mettre en place cette recommandation une fois que les actions consécutives au déploiement de la politique de recouvrement et de ses directives d'application (recommandations 21 et 22) auront pleinement produit leurs effets.

Actes de défaut de biens

Recommandation 26 (cf. constat 29)

La Cour recommande à la direction générale des HUG d'inclure, dans la politique en matière de recouvrement de créances décrite ci-avant, les modalités de la gestion des actes de défaut de biens.

À cette fin, la direction financière devrait établir une directive visant à :

- déterminer les démarches utiles à identifier les débiteurs revenus à meilleure fortune, afin de tenter de récupérer les montants dus en tout ou partie. Il s'agira dans un premier temps de se concentrer sur les actes de défaut de biens arrivant à échéance en 2017 et 2018 ;
- décider si ce travail sera effectué par le personnel des HUG ou sera confié à des mandataires; dans ce dernier cas, cette activité devra être incluse dans les contrats avec les mandataires et les modalités de rémunération précisées.

Comptabilisation des honoraires et factures des mandataires

Recommandation 27 (cf. constats 30 et 31)

Conformément au chiffre 48 de la norme IPSAS 1, la Cour recommande au service comptabilité des HUG de comptabiliser séparément les factures d'honoraires (charges de fonctionnement) et les encaissements de factures (par exemple, diminution de provision ou diminution des pertes sur débiteurs). Il en résultera une conformité aux normes comptables IPSAS et une information financière complète et exacte quant aux coûts du processus de recouvrement effectué par des mandataires.

Tenue de la comptabilité

Recommandation 28 (cf. constat 32)

La Cour invite la direction des finances à prendre des mesures organisationnelles à court terme pour affecter les paiements reçus des patients et des assurances aux factures correspondantes, et d'identifier les causes du problème. Cela permettra d'obtenir une situation claire et précise par débiteur (patients et assurances) et d'éviter des frais liés aux rappels, sommations et procédures de recouvrement.

6.5. Observations de l'audité

6.2 Constats / processus

22. Des indicateurs mis en place dès 2010 et inclus dans les tableaux de bord permettent de suivre les délais et les montants d'encaissement. Ils sont présentés trimestriellement au BCA. Il est exact toutefois qu'aucun indicateur ne permettait de mesurer le rapport coûts / bénéfices du recouvrement et que le chef de service des comptabilités n'avait mis en place aucun outil permettant le pilotage opérationnel des processus métier sous sa responsabilité.

23. Du point de vue des HUG, il n'apparaît pas certain que l'activité typique de l'avocat, soit le conseil au client et/ou sa représentation en justice puisse même faire l'objet d'un marché public. En effet, le lien de confiance très particulier qui doit exister pour la réalisation d'un tel mandat exclut de fait la notion d'une mise en concurrence d'une telle prestation.

À noter qu'il s'agit d'une question qui n'est pas tranchée par la jurisprudence, et que la doctrine est divisée, les ouvrages cités comme référence dans le présent rapport énoncent d'ailleurs des « prestations juridiques » comme pouvant tomber sous le coup des marchés de service, sans entrer dans le détail.

En revanche, il est exact que l'activité déployée par une société de recouvrement tombe sans équivoque sous le coup des marchés publics.

7. TABLEAU DE SUIVI DES RECOMMANDATIONS ET ACTIONS

Réf	Recommandation / Action	Mise en place (selon indications de l'audit)			
		Risque 4 = Majeur 3 = Significatif 2 = Modéré 1 = Mineur	Responsable	Délai au	Fait le
4.4	<p>Recommandation 1</p> <p>La Cour recommande à la direction des finances d'analyser les erreurs les plus fréquentes et d'établir un plan de formation pour les collaborateurs concernés, afin d'atteindre une meilleure qualité du travail au vu des conséquences que lesdites erreurs engendrent, qu'elles soient financières ou opérationnelles.</p>	2	DF, GAST	31.12.2015	
4.4	<p>Recommandation 2</p> <p>La direction des finances a lancé en début 2015 un projet visant à améliorer l'accès aux documents. A la date du rapport, les documents ont été hiérarchisés, l'accès facilité aux documents a été réglé par la mise en place d'un moteur de recherche et la formation à l'utilisation a été faite pour la plupart des collaborateurs. Pour terminer le projet, il reste à procéder à la réécriture de certains documents dont la finalisation est prévue pour courant 2016.</p> <p>Le projet n'étant pas terminé, la Cour invite la direction des finances à s'assurer de la clôture du projet en atteignant les objectifs initialement fixés.</p>	1	DF, GAST	31.03.2015	
4.4	<p>Recommandation 3</p> <p>La Cour recommande d'inclure des collaborateurs de plusieurs CAF dans le processus de réflexion en matière de documentation à demander de manière à permettre à ceux-ci d'indiquer les problèmes rencontrés et d'aider à proposer des solutions pour les résoudre. Notamment de s'assurer que le personnel des CAF sache que faire et à qui s'adresser lorsque le patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ne peut pas présenter une pièce d'identité ; • ne veut pas présenter une pièce d'identité ; • ne peut pas présenter sa carte d'assuré ; • ne veut pas présenter sa carte d'assuré ; • le patient refuse d'effectuer un dépôt. <p>Ces points devront faire l'objet d'une formalisation dans l'un des documents élaborés ci-avant.</p>	1	DF	Selon mandat de projet fourni (31.08.2016)	

Réf.	Recommandation / Action	Mise en place (selon indications de l'audit)			
		Risque 4 = Majeur 3 = Significatif 2 = Modéré 1 = Mineur	Responsable	Délai au	Fait le
4.4	Recommandation 4 La Cour recommande à la direction des finances de rappeler au personnel des CAF que les noms et couverture d'assurance sont automatiquement effacés en début de nouvelle année dans le système informatique. Cela signifie qu'il doit impérativement demander et obtenir ces informations des patients sur la base de la carte d'assuré ; si ces derniers ne sont pas en mesure de fournir cette information au moment de l'admission, les HUG devraient mettre à disposition des collaborateurs des CAF des bases de données permettant la recherche de ces informations.	1	DF / CAF	Selon mandat de projet fourni (31.08.2016)	
4.4	Recommandation 5 Lorsque le personnel des CAF est confronté à des patients qui indiquent des adresses non usuelles (par exemple, domiciliés chez un tiers ou un parent en Suisse, domiciliés à l'étranger mais avec une adresse chez un tiers ou un parent en Suisse) ou qui sont domiciliés légalement à l'étranger, la Cour recommande au personnel des CAF de faire signer un document aux patients au moment de l'admission et de la sortie, de manière à ce qu'ils puissent justifier de la présence effective des patients en cas de contestation de la facture.	1	DF / CAF	Selon mandat de projet fourni (31.08.2016)	
4.4	Recommandation 6 La Cour recommande à la direction des finances d'installer dans les postes de travail des CAF une application informatique de validation d'adresses qui permette de confirmer l'existence ou la vraisemblance de cette dernière au moment de la saisie.	1	DF	31.12.2016	
4.4	Recommandation 7 En cas de doute sur l'identité du patient qui se présente à l'admission, la Cour recommande d'utiliser la base de données des HUG "pièces d'identité" pour afficher le portrait du patient directement à l'écran afin de s'assurer de son authentification.	1	DG, DF	31.12.2017	
4.4	Recommandation 8 En cas d'absence de pièce d'identité, pour des noms de famille dont l'orthographe est complexe (par exemple noms de famille composés), la Cour recommande aux collaborateurs des CAF de demander d'autres documents officiels permettant de vérifier le nom avec celui qui est déjà enregistré.	1	CAF	Selon mandat de projet fourni (31.08.2016)	

Réf.	Recommandation / Action	Mise en place (selon indications de l'audit)			
		Risque 4 = Majeur 3 = Significatif 2 = Modéré 1 = Mineur	Responsable	Délai au	Fait le
4.4	Recommandation 9 A partir des données disponibles dans les applications informatiques des HUG, la Cour recommande à la direction des finances de mettre en place dans les postes de travail des CAF une alerte automatique lorsque l'adresse inscrite dans DPA est différente de celle ressortant de la carte d'assuré (covercard) ou est erronée (suite à un retour de courrier). Après s'être assuré de la validité de l'adresse auprès du patient, le personnel du CAF pourra ensuite valider l'information inscrite dans DPA (conserver ou modifier).	2	DF / DSI	30.06.2017	
4.4	Recommandation 10 Dans le cas des factures impayées, la Cour recommande à la Direction des finances de mettre en place les moyens réglementaires de demander le paiement des factures ouvertes échues ou de demander un dépôt de garantie qui couvrirait d'une part les arriérés et, d'autre part, les consultations à venir.	2	DF	Selon mandat de projet fourni (31.08.2016)	
4.4	Recommandation 11 La Cour recommande à la direction des finances de renforcer la supervision des rejets et retours qui sont envoyés aux CAF afin de s'assurer qu'ils les traitent le plus rapidement possible. Notamment, les mesures suivantes devraient être envisagées : <ul style="list-style-type: none"> • nommer un superviseur pour les CAF<, • statuer sur le sort des rejets non traités depuis plusieurs années<>, • fixer des délais de traitement aux CAF<>, • définir un ordre de priorité dans le traitement. 	2	DF	30.06.2016	
4.4	Recommandation 12 La Cour recommande à la direction des finances de mettre en place un suivi des dépôts de garantie. Pendant le séjour du patient, il sera nécessaire de définir les actions à entreprendre en cas d'écart entre les hypothèses initialement retenues pour quantifier le dépôt et les prestations effectivement fournies au patient.	2	DF	30.06.2016	

Réf.	Recommandation / Action	Mise en place (selon indications de l'audité)			
		Risque 4 = Majeur 3 = Significatif 2 = Modéré 1 = Mineur	Responsable	Délai au	Fait le
4.4	Recommandation 13 La Cour recommande à la direction des finances de définir dans ses procédures les modalités de dépôt de garantie pour les patients qui se présentent au service des urgences et dont l'état de santé ne requiert de soins immédiats.	2	DDF	Selon mandat de projet fourni (31.08.2016)	
5.4	Recommandation 14 La direction des finances, en accord avec la direction médicale, devrait définir des modalités de saisie des prestations ambulatoires en prescrivant notamment les éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> • le délai pour procéder à la saisie des prestations ; • l'utilisation systématique du validateur TARMED ; • la tenue d'un tableau de bord avec des indicateurs pour chaque service et la mise en place des mesures incitatives ou contraignantes. 	2	DF	31.12.2016	
5.4	Recommandation 15 La direction financière est invitée à déployer et à rendre obligatoire l'utilisation d'OpaleWeb dans tous les départements des HUG. Par la suite, il s'agira de tendre vers un système entièrement intégré tel que "DPI-Urgences", développé par la DSI pour le service des urgences.	2	DF / DSI	30.06.2016	
5.4	Recommandation 16 La Cour recommande à la direction des finances de renforcer la supervision des rejets liés à la saisie des prestations qui sont envoyés aux CAF afin de s'assurer que ces derniers les traitent le plus rapidement possible	2	DF / DSI	30.06.2016	
5.4	Recommandation 17 Le comité de direction doit fixer un délai pour le déploiement et l'utilisation d'un agenda électronique tel que GRECO. Cette mesure permettra de mettre en place des contrôles quant à l'exhaustivité de la saisie des prestations, notamment de comparer les visites enregistrées dans les agendas et Opale, permettant de recenser les visites qui n'ont pas fait l'objet de facturation.	1	DSI	31.12.2018	

Réf.	Recommandation / Action	Mise en place (selon indications de l'audit)			
		Risque 4 = Majeur 3 = Significatif 2 = Modéré 1 = Mineur	Responsable	Délai au	Fait le
5.4	<p>Recommandation 18</p> <p>Compte tenu des difficultés pour les HUG à justifier la facturation des rendez-vous non décommandés et la lourdeur administrative de l'annulation des factures pour des montants peu importants, la Cour recommande à la direction des finances de s'assurer de l'application uniforme de la directive qui traite de ce sujet. Au besoin, cette directive pourrait être complétée et faire l'objet d'une information circonstanciée aux collaborateurs des CAF.</p> <p>Il s'agirait également de s'assurer que tous les appels de patients fassent l'objet d'une saisie dans leur dossier, quelle que soit la raison.</p>	2	DF / Administrateurs de départements	30.06.2016	
5.4	<p>Recommandation 19</p> <p>La Cour recommande à la direction des finances de mettre en place un contrôle automatique et systématique dans l'ensemble des départements afin de s'assurer que l'exhaustivité des visites enregistrées dans DPA ont fait l'objet d'une facture dans Opale, qu'il y ait eu ou non des prestations (rendez-vous non décommandé). En outre, il devrait être effectué de manière régulière et de manière rapprochée (par exemple une fois par mois) afin d'éviter qu'un département se retrouve à devoir traiter plusieurs milliers de cas à la fois.</p>	1	DF	30.06.2016	
5.4	<p>Recommandation 20</p> <p>Compte tenu de l'immobilisation de fonds dû à l'impossibilité de traitement des dossiers d'hospitalisation par le service du codage, la direction des finances doit renforcer les moyens pour réduire le nombre de dossiers non encore codés après 21 jours et surtout après 90 jours. En particulier :</p> <ul style="list-style-type: none"> des mesures incitatives plus contraignantes que celles qui existent actuellement vis-à-vis des médecins devront être mises en place ; des mesures d'alerte devront être prises par les administrateurs de département pour s'assurer que les médecins en charge de la facturation, qui changent de département aux HUG ou qui quittent les HUG, ont complétés les dossiers des patients pour qu'ils soient prêts à la saisie avant leur mutation. 	N/A	Rejetée	N/A	

Réf.	Recommandation / Action	Mise en place (selon indications de l'audit)			
		Risque 4 = Majeur 3 = Significatif 2 = Modéré 1 = Mineur	Responsable	Délai au	Fait le
6.4	<p>Recommandation 21</p> <p>Au vu des montants significatifs en jeu (plusieurs dizaines de millions de francs par année en recouvrement), la Cour recommande à la direction générale des HUG d'établir une politique en matière de recouvrement des factures qui définisse, entre autres éléments :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les actions à mener en fonction du type de débiteurs : patients ou assurances, domiciliés en Suisse ou à l'étranger ; • les seuils à partir desquels des actions sont à mener ; • les modalités de recours à des mandataires et le périmètre d'action de ces derniers. <p>Dans ce cadre, les HUG sont invités à analyser le rapport coût / bénéfice d'une internalisation partielle ou totale des activités de recouvrement.</p>	4	DG, DF	01.12.2015	
6.4	<p>Recommandation 22</p> <p>La Cour recommande à la direction financière des HUG la mise en place d'une directive précisant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les tâches, les responsabilités et les informations à fournir à la direction financière et aux instances dirigeantes par le service des comptabilités ; • les activités de contrôle et de supervision à réaliser par la direction financière ainsi que les éléments à reporter aux instances dirigeantes. <p>Dans ce cadre, il est nécessaire que la direction financière mette en place un tableau de bord lui indiquant au moins les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • montant des créances ouvertes en procédure de recouvrement et leur ancienneté ; • facturation brute des mandataires (décompensé des encaissements de factures), en cas de maintien de tout ou partie de ce type de mandats ; • montant des encaissements de factures en recouvrement en fonction des étapes de la procédure juridique ; • taux de sinistralité, le taux de performance. 	4	DG, DF, CA	01.12.2015	
		4	DF	31.12.2016	

Réf.	Recommandation / Action	Mise en place (selon indications de l'audit)			
		Risque 4 = Majeur 3 = Significatif 2 = Modéré 1 = Mineur	Responsable	Délai au	Fait le
6.4	<p>Recommandation 23</p> <p>De manière à se conformer aux dispositions légales et réglementaires, la Cour invite la direction générale des HUG à effectuer un appel d'offres en procédure ouverte pour les activités de recouvrement confiées aujourd'hui à des mandataires, en cas de maintien de tout ou partie de mandats de prestations externes en matière de recouvrement.</p>	3	DG, DF	31.12.2016	
6.4	<p>Recommandation 24</p> <p>La direction financière devra documenter la délégation de tout ou partie de la gestion du recouvrement à des mandataires externes dans un contrat faisant état :</p> <ul style="list-style-type: none"> des rôles et responsabilités de chacun des acteurs ; de la politique de recouvrement pour les factures confiées à chacun des mandataires ; des tarifs appliqués en termes d'honoraires, débours, frais de dossier et autres « success fees ». Une attention particulière devra être portée au traitement des créances irrécouvrables. <p>Il s'agira également pour la direction générale de formaliser, dans la politique en matière de recouvrement des créances, certaines règles essentielles de fonctionnement avec les mandataires, soit notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> les livrables en termes d'encaissements de factures, actes de défaut de biens et dossiers ouverts afin de permettre une supervision adéquate de la part des HUG ; les outils de communication et de transmission des données en vue de limiter le risque d'erreur ; la périodicité des réunions incluant la direction générale des HUG et les mandataires en vue, notamment, de s'assurer que les lignes directrices et stratégiques en matière de recouvrement soient toujours comprises et appliquées par les mandataires. 	3	DG, DF	31.12.2016	

Réf.	Recommandation / Action	Mise en place (selon indications de l'audit)			
		Risque 4 = Majeur 3 = Significatif 2 = Modéré 1 = Mineur	Responsable	Délai au	Fait le
6.4	<p>Recommandation 25</p> <p>À l'instar de l'Hôpital de l'île du canton de Berne et de l'Hôpital universitaire de Zürich, la Cour recommande aux HUG la mise en place de la procédure sommaire en matière de recouvrement de créance. Cette procédure facilitée, régie par l'art. 80 LP, est applicable aux factures, considérées comme des décisions émanant d'une autorité administrative.</p> <p>De manière pratique, il s'agira notamment de définir quel document (facture, rappel, sommation) fera office de décision émanant d'une autorité administrative.</p>	1	DF, SJ	31.12.2017	
6.4	<p>Recommandation 26</p> <p>La Cour recommande à la direction générale des HUG d'inclure, dans la politique en matière de recouvrement de créances décrite ci-avant, les modalités de la gestion des actes de défauts de biens.</p>	2	DG, DF	31.12.2016	
6.4	<p>Recommandation 27</p> <p>Conformément au chiffre 48 de la norme IPSAS 1, la Cour recommande au service comptabilité des HUG de comptabiliser séparément les factures d'honoraires (charges de fonctionnement) et les encaissements de factures (par exemple, diminution de provision ou diminution des pertes sur débiteurs).</p>	4	DF	31.07.2015	
6.4	<p>Recommandation 28</p> <p>La Cour invite la direction des finances à engager des ressources temporaires pour affecter les paiements reçus des patients et des assurances aux factures correspondantes, et d'identifier les causes du problème.</p>	2	DF, DRH	31.12.2016	

8. DIVERS

8.1. Glossaire des risques

Afin de définir une **typologie des risques pertinente aux institutions et entreprises soumises au contrôle de la Cour des comptes**, celle-ci s'est référée à la littérature économique récente en matière de gestion des risques et de système de contrôle interne, relative tant aux entreprises privées qu'au secteur public. En outre, aux fins de cohésion terminologique pour les entités auditées, la Cour s'est également inspirée du « Manuel du contrôle interne, partie I » de l'État de Genève (version du 13 décembre 2006).

Dans un contexte économique, le **risque** représente la « possibilité qu'un événement survienne et nuise à l'atteinte d'objectifs ». Ainsi, la Cour a identifié trois catégories de risques majeurs, à savoir ceux liés aux objectifs **opérationnels** (1), ceux liés aux objectifs **financiers** (2) et ceux liés aux objectifs de **conformité** (3).

1) Les risques liés aux objectifs opérationnels relèvent de constatations qui touchent à la structure, à l'organisation et au fonctionnement de l'État et de ses services ou entités, et dont les conséquences peuvent avoir une incidence notable sur la qualité des prestations fournies, sur l'activité courante, voire sur la poursuite de son activité.

Exemples :

- engagement de personnel dont les compétences ne sont pas en adéquation avec le cahier des charges ;
- mauvaise rédaction du cahier des charges débouchant sur l'engagement de personnel;
- mesures de protection des données entrantes et sortantes insuffisantes débouchant sur leur utilisation par des personnes non autorisées ;
- mauvaise organisation de la conservation et de l'entretien du parc informatique, absence de contrat de maintenance (pannes), dépendances critiques ;
- accident, pollution, risques environnementaux.

2) Les risques liés aux objectifs financiers relèvent de constatations qui touchent aux flux financiers gérés par l'État et ses services et dont les conséquences peuvent avoir une incidence significative sur les comptes, sur la qualité de l'information financière, sur le patrimoine de l'entité ainsi que sur la collecte des recettes, le volume des charges et des investissements ou le volume et coût de financement.

Exemples :

- insuffisance de couverture d'assurance entraînant un décaissement de l'État en cas de survenance du risque mal couvert ;
- sous-dimensionnement d'un projet, surestimation de sa rentabilité entraînant l'approbation du projet.

3) Les risques liés aux objectifs de conformité (« compliance ») relèvent de constatations qui touchent au non-respect des dispositions légales, réglementaires, statutaires ou tout autre document de référence auquel l'entité est soumise et dont les conséquences peuvent avoir une incidence sur le plan juridique, financier ou opérationnel.

Exemples :

- dépassement de crédit d'investissement sans information aux instances prévues ;
- tenue de comptabilité et présentation des états financiers hors du cadre légal prescrit (comptabilité d'encaissement au lieu de comptabilité d'engagement, non-respect de normes comptables, etc.) ;
- absence de tenue d'un registre des actifs immobilisés ;
- paiement de factures sans les approbations requises, acquisition de matériel sans appliquer les procédures habituelles ;

À ces trois risques majeurs peuvent s'ajouter trois autres risques spécifiques qui sont les risques de **contrôle** (4), de **fraude** (5) et **d'image** (6).

4) Le risque de contrôle relève de constatations qui touchent à une utilisation inadéquate ou à l'absence de procédures et de documents de supervision et de contrôle ainsi que de fixation d'objectifs. Ses conséquences peuvent avoir une incidence sur la réalisation des objectifs opérationnels, financiers et de conformité.

Exemples :

- absence de tableau de bord débouchant sur la consommation des moyens disponibles sans s'en apercevoir ;
- procédures de contrôle interne non appliquées débouchant sur des actions qui n'auraient pas dû être entreprises ;
- absence de décision, d'action, de sanction débouchant sur une paralysie ou des prestations de moindre qualité.

5) Le risque de fraude relève de constatations qui touchent aux vols, aux détournements, aux abus de confiance ou à la corruption. Ses conséquences peuvent avoir une incidence sur la réalisation des objectifs opérationnels, financiers et de conformité.

Exemples :

- organisation mise en place ne permettant pas de détecter le vol d'argent ou de marchandises ;
- création d'emplois fictifs ;
- adjudications arbitraires liées à l'octroi d'avantages ou à des liens d'intérêt ;
- présentation d'informations financières sciemment erronées, par exemple sous-estimer les pertes, surestimer les recettes ou ignorer et ne pas signaler les dépassements de budget, en vue de maintenir ou obtenir des avantages personnels, dont le salaire.

6) Le risque d'image (également connu sous « risque de réputation ») relève de constatations qui touchent à la capacité de l'État et de ses services ou entités à être crédible et à mobiliser des ressources financières, humaines ou sociales. Ses conséquences peuvent avoir une incidence sur la réalisation des objectifs opérationnels, financiers et de conformité.

Exemples :

- absence de contrôle sur les bénéficiaires de prestations de l'État ;
- bonne ou mauvaise réputation des acheteurs et impact sur les prix,
- porter à la connaissance du public la mauvaise utilisation de fonds entraînant la possible réduction ou la suppression de subventions et donations.

8.2. Remerciements

La Cour remercie l'ensemble des collaborateurs des HUG qui lui ont consacré du temps.

L'audit a été terminé en octobre 2015. Le rapport complet a été transmis au président du Conseil d'administration et au directeur général des HUG dont les observations ont été dûment reproduites dans le rapport.

La synthèse a été rédigée après réception des observations de l'audit.

Genève, le 18 décembre 2015

Isabelle Terrier
Présidente

François Paychère
Magistrat titulaire

Stanislas Zuin
Magistrat titulaire

Vous pouvez participer à l'amélioration de la gestion de l'État en prenant contact avec la Cour des comptes.

Toute personne, de même que les entités comprises dans son périmètre d'action, peuvent communiquer à la Cour des comptes des faits ou des pratiques qui pourraient être utiles à l'accomplissement des tâches de cette autorité.

La Cour des comptes garantit l'anonymat des personnes qui lui transmettent des informations mais n'accepte pas de communication anonyme.

Vous pouvez prendre contact avec la Cour des comptes par téléphone, courrier postal, fax ou courrier électronique.

Cour des comptes – Route de Chêne 54 - 1208 Genève
tél. 022 388 77 90 - fax 022 388 77 99
<http://www.cdc-ge.ch>



Cour des comptes – Route de Chêne 54 - 1208 Genève
tél. 022 388 77 90 - fax 022 388 77 99
<http://www.cdc-ge.ch>