

Date de dépôt : 31 mai 2017

## Réponse du Conseil d'Etat

à la question écrite urgente de M. Eric Stauffer : Scandale aux HUG – Des dizaines de millions de pertes à cause des créances laissées prescrites pour les assureurs

Mesdames et  
Messieurs les députés,

En date du 12 mai 2017, le Grand Conseil a renvoyé au Conseil d'Etat une question écrite urgente qui a la teneur suivante :

*Selon les états financiers des HUG 2016, il y a une augmentation de 150% des créances contre les assurances suisses par rapport à 2015, avec la précision que ces créances sont provisionnées à hauteur de 52 millions, soit 27%, ce qui est absolument hallucinant. La présente question urgente écrite va dans le sens des observations faites dans le projet de loi déposé le 7 mars 2017 (<http://ge.ch/grandconseil/data/texte/PL12072.pdf>).*

*Selon la mission d'audit du recouvrement des HUG ordonnée par l'ancien directeur des HUG (Gruson) le 19 mars 2013, en 2011 les HUG ont passé par pertes 70 millions dont une grande partie était des créances prescrites dues par les assurances suisses aux HUG. Et un rapport confidentiel de juin 2015 concernant un audit du processus interne attesterait un abandon de 23,7 millions, ce qui est surprenant, car les assurances ont l'obligation de payer les prestations – ou s'agit-il d'étranger de passage à Genève sans assurances ?*

**Ainsi, les HUG ont perdu des dizaines de millions de créances dues par les assurances, parfaitement connues et solvables, juste parce qu'ils n'ont rien fait.** C'est un scandale surtout lorsque l'on considère que les HUG sont subventionnés par l'Etat, soit par les citoyens et leurs impôts. De plus, il sied de répéter que l'Etat en cas de non-paiement des primes LAMAL par les citoyens doit payer 85% à l'assurance, donc de facto les compagnies d'assurances doivent couvrir les prestations médicales fournies. Les HUG ont-ils juste poursuivi les citoyens en lieu et place des compagnies d'assurances ?

*Mes questions :*

1. ***Quel montant des pertes mentionnées dans la mission d'audit concernait les factures émises par les HUG à l'encontre des assurances suisses ?***
2. ***Pour quels motifs les créances des HUG contre les assurances suisses, notamment, ont-elles été perdues ? S'agissait-il notamment de créances devenues prescrites ? Si oui, dans quelle proportion ?***

*Je souhaite que les HUG fournissent les montants totaux des factures impayées par les assurances faisant partie des 70 millions ainsi que la quote-part des factures aux privés (les citoyens) ou de tout autre document probant décomposant les 70 millions.*
3. ***Pourquoi les créances prescrites visées par la mission d'audit n'étaient-elles pas comptabilisées en tant que pertes avant 2011 ?***
4. ***Cette pratique était-elle conforme aux réquisits de l'ICF ?***

*Je souhaite que les HUG et l'ICF transmettent dans le cadre de cette réponse tout rapport concernant cette pratique comptable pour le moins fumeuse, car dissimulant les pertes subies par les HUG à cause des assurances qui ne payaient pas.*
5. ***Il résulte de l'audit sur le recouvrement des HUG daté du mois de juin 2015 que de nombreuses sommations et poursuites ont été dirigées contre les assurances notamment en Suisse. Pourquoi les assurances tardaient-elles tant à payer les factures ?***
6. ***Avant l'envoi des sommations, les assurances recevaient-elles des rappels ? Si oui, combien ?***
7. ***Combien de temps s'écoulait-il entre l'émission de la facture et la sommation envoyée à l'assurance ?***
8. ***Les assurances qui faisaient l'objet du recouvrement étaient-elles astreintes à payer les intérêts de retard et à rembourser aux HUG les frais du recouvrement (frais de poursuite, frais judiciaires, etc.) ou les HUG leur faisaient-ils cadeau de ces frais-là aussi ?***
9. ***Quelles démarches les HUG ont-ils entreprises pour augmenter les encaissements de leurs créances contre les assurances notamment en Suisse ?***
10. ***Existe-t-il des conventions signées entre les HUG et les assurances suisses leur conférant l'immunité pour ne pas payer ou tout autre accord ?***

*Si oui, je demande que ces conventions soient produites dans leur intégralité dans le cadre de cette réponse.*

- 11. Est-ce qu'un système de facturation électronique a été mis en place de manière à ce que les factures soient envoyées pour paiement directement aux assurances et non plus aux patients ?*
- 11a. Dans l'affirmative, ce système explique-t-il l'augmentation drastique entre 2014 et 2015 du poste « débiteurs assurances » et la diminution simultanée des débiteurs patients (2014 : débiteurs assurances : 78 millions de francs, débiteurs patients 25 et en 2015 : débiteurs assurances 91 millions contre 8 millions de débiteurs patients) ?*
- 12. Comment les HUG justifient-ils qu'en 2016 une provision de 52 millions, soit de 27% a été inscrite dans les états financiers sur les créances des HUG contre les assurances notamment en Suisse alors que ces dernières doivent payer ?*
- 13. Les HUG considèrent-ils sérieusement que 27% de leurs factures ne seront pas payées par les assurances ?*
- 14. Entre 2006 et 2011 (de source bien informée) pourquoi les administrateurs n'ont-ils jamais été informés ?*
- 15. Comment le Gouvernement explique-t-il ce montant énorme de créances perdues, alors que si l'assuré ne paye pas ses primes LAMAL l'Etat a l'obligation de payer pour lui et de facto l'assurance doit payer les prestations médicales fournies ?!*
- 16. Le gouvernement ne considère-t-il pas qu'il y a un volet pénal de gestion déloyale des intérêts publics ?*

## RÉPONSE DU CONSEIL D'ÉTAT

### **1) *Quel montant des pertes mentionnées dans la mission d'audit concernait les factures émises par les HUG à l'encontre des assurances suisses ?***

Le montant exact des pertes liées à des factures émises envers des assureurs suisses entre 2000 et 2011 est de 8,9 millions de francs (MCHF).

Le chiffre de 70 MCHF de pertes comptabilisées en 2011 ne figure pas dans le rapport d'audit, mais dans le mandat d'audit, au niveau du constat justifiant la demande d'audit. Le montant exact de pertes passées en 2011 est de 68,5 MCHF, dont 58,1 MCHF concernent des débiteurs patients et 1,5 MCHF des débiteurs assureurs étrangers.

### **2) *Pour quels motifs les créances des HUG contre les assurances suisses, notamment, ont-elles été perdues ? S'agissait-il notamment de créances devenues prescrites ? Si oui, dans quelle proportion ?***

Les 8,9 MCHF de pertes sur assurances suisses comptabilisées en 2011, selon les informations que nous pouvons reconstituer (il n'y avait pas de monitoring clair sur ce sujet à l'époque), ont pour motifs principaux le non-paiement pour défaut de paiement des primes par l'assuré (pour 6,4 MCHF). La prescription représente 1,9 MCHF sur les dix années. Le solde de 0,6 MCHF est réparti sur de multiples motifs divers (éléments de facturation contestés, problèmes de garantie, réponses incomplètes à des demandes de renseignements médicaux).

A noter que le niveau de factures assurances refusées par les assureurs, au motif du non-paiement des primes par l'assuré, était plus élevé que les 6,4 MCHF finalement passés en pertes. De par des négociations et des actions de recouvrement, plusieurs assureurs d'envergure ont accepté de payer les factures. Cette problématique a depuis lors été réglée et nous n'avons plus de refus de paiement de factures au titre de non-paiement des primes par l'assuré.

### **3) *Pourquoi les créances prescrites visées par la mission d'audit n'étaient-elles pas comptabilisées en tant que pertes avant 2011 ?***

La mission d'audit concernait les pertes sur débiteurs. Les créances prescrites ne représentaient qu'un faible pourcentage de ces pertes, 1,9 MCHF sur 68,5 MCHF, soit moins de 3% des pertes totales.

Les pertes passées en 2011 concernent en fait des factures s'étalant sur plus de 10 années, soit de 2000 à 2011. La direction des HUG ignore la raison pour laquelle l'ancien responsable des comptabilités ne passait pas régulièrement

ces pertes au moment des bouclements comptables annuels, ce qui est la norme, et pourquoi elles ont été enregistrées en masse en 2011.

Des provisions pour pertes débiteurs étaient constituées à chaque bouclement annuel, l'impact réel sur les finances et la trésorerie des HUG de l'enregistrement de ces pertes sur une seule année, en 2011, est de ce fait réduit.

**4) Cette pratique était-elle conforme aux réquisits de l'ICF ?**

*Je souhaite que les HUG et l'ICF transmettent dans le cadre de cette réponse tout rapport concernant cette pratique comptable pour le moins fumeuse, car dissimulant les pertes subies par les HUG à cause des assurances qui ne payaient pas.*

Le rapport des réviseurs des comptes 2011 est bien entendu à disposition.

**5) Il résulte de l'audit sur le recouvrement des HUG daté du mois de juin 2015 que de nombreuses sommations et poursuites ont été dirigées contre les assurances notamment en Suisse. Pourquoi les assurances tardaient-elles tant à payer les factures ?**

Il y a peu de sommations et de poursuites dirigées contre les assureurs. Les retards ou les refus de paiement sont traités en priorité par des démarches de conciliation.

Les délais de paiement des factures par les assureurs ont pour causes :

- la contestation de certains éléments facturés;
- la demande de renseignements médicaux complémentaires;
- la demande de modification d'un garant (dont cas accidents par exemple);
- l'absence de garantie totale ou partielle sur les prestations facturées (restrictions dans certains domaines, notamment sur les couvertures privées).

La LAMal ayant confié aux assureurs le contrôle de l'économicité des prestations, un grand nombre de demandes faites par les assureurs sur les factures émises ont pour objectif de mettre en place ce contrôle. Il allonge de fait les délais de paiement.

**6) Avant l'envoi des sommations, les assurances recevaient-elles des rappels ? Si oui, combien ?**

Les assureurs recevaient un premier rappel dès que l'échéance de la facture était dépassée, puis un second rappel 20 jours plus tard.

**7) *Combien de temps s'écoulait-il entre l'émission de la facture et la sommation envoyée à l'assurance ?***

Le délai entre le deuxième rappel et la sommation était de 60 jours. Pour les factures ayant fait l'objet d'une contestation, le délai de 60 jours pour émettre la sommation partait de la date de contestation et non de celle du deuxième rappel. Il s'écoulait environ 125 jours entre l'émission de la facture et l'envoi d'une sommation.

Le recours à une action de recouvrement par poursuite n'était pas systématique, mais de l'ordre de la décision au cas par cas. La conciliation et la négociation étaient privilégiées pour régler les défauts de paiement par les assureurs.

**8) *Les assurances qui faisaient l'objet du recouvrement étaient-elles astreintes à payer les intérêts de retard et à rembourser aux HUG les frais du recouvrement (frais de poursuite, frais judiciaires, etc.) ou les HUG leur faisaient-ils cadeau de ces frais-là aussi ?***

Dès l'envoi d'une sommation, des frais forfaitaires selon l'article 106 du Code des obligations et des intérêts de retard étaient demandés.

Dans les faits, la plupart des assureurs réagissant à ces sommations payaient le montant initial des factures mises en sommation et, dans ce cas, les HUG ne poursuivaient pas l'action de recouvrement pour les frais et intérêts.

**9) *Quelles démarches les HUG ont-ils entreprises pour augmenter les encaissements de leurs créances contre les assurances notamment en Suisse ?***

Plusieurs démarches internes et externes ont été mises en place :

- Meilleur suivi des contestations ou demandes de renseignements médicaux pour une réponse plus rapide. Centralisation des demandes et création de workflows pour diriger celles-ci vers les bons interlocuteurs, monitoring de ces workflows axés sur :
  - la documentation des séjours en vue de la facturation;
  - le traitement des demandes des assureurs (renseignements administratifs ou médicaux);
  - le traitement des prestations sans facturation;
  - le traitement des dossiers d'admission incomplets.

- Monitoring systématique des activités :
  - nombre de cas admis, factures encaissées;
  - délais de facturation et délais d'encaissement;
  - motifs de blocages des processus;
  - responsable du traitement des blocages.
- Amélioration de la qualité des admissions et notamment de la prise de garantie (garantie confirmée en 24 ou 48 h, avec une équipe dédiée à ce point).
- Facturation électronique implémentée en lien avec tous les assureurs d'envergure.
- Echanges réguliers de fichiers avec les assureurs pour les factures dépassant l'échéance. L'interpellation par écrit ou par téléphone des assureurs en retard de paiement. Séances si nécessaire avec eux.
- Monitoring des factures supérieures à 100 000 F.
- Création d'une cellule des cas complexes pour instruire les cas compliqués, notamment d'urgences et sans garanties, afin de définir la suite de la prise en charge en conciliant les intérêts des HUG et le soin des patients concernés.

**10) *Existe-t-il des conventions signées entre les HUG et les assurances suisses leur conférant l'immunité pour ne pas payer ou tout autre accord ?***

Aucune.

**11) *Est-ce qu'un système de facturation électronique a été mis en place de manière à ce que les factures soient envoyées pour paiement directement aux assurances et non plus aux patients ?***

Oui, le système est mis en place et opérationnel pour les grands assureurs.

La mise en place a été relancée et intensifiée par la nouvelle équipe de direction de la direction financière des HUG.

Entre 2010 et 2014, du fait du recours des assureurs sur la valeur du point TARMED, les HUG ont fonctionné en tiers-garant. Depuis la décision du Tribunal administratif fédéral, à fin 2014, la facturation en tiers-payant et par voie électronique a pu être déployée. Les derniers groupes d'assureurs importants ont été déployés fin 2016, et il reste à finaliser quelques assureurs de moindre importance en termes de volume de facturation.

**11a.) Dans l'affirmative, ce système explique-t-il l'augmentation drastique entre 2014 et 2015 du poste « débiteurs assurances » et la diminution simultanée des débiteurs patients (2014 : débiteurs assurances : 78 millions de francs, débiteurs patients 25 et en 2015 : débiteurs assurances 91 millions contre 8 millions de débiteurs patients) ?**

En partie seulement. En effet, la facturation électronique a démarré réellement en 2015. Elle ne peut être considérée comme massivement implantée qu'en 2016. Par ailleurs, la présentation des états financiers jusqu'en 2014 ne reflète pas la réalité des comptes débiteurs, sujet intégré à la procédure en cours actuellement à l'encontre de l'ancien chef comptable.

Sur les états financiers 2014, le total des débiteurs correspond bien aux soldes comptables. Par contre, la ventilation entre assureurs et patients a été corrigée manuellement.

A partir de 2015, les états financiers présentent les positions des débiteurs selon leur exacte ventilation en comptabilité entre patients et assurances, et, à partir de 2016, en distinguant même les positions créditrices de certains débiteurs (remboursements à opérer suite à des doubles paiements par exemple).

**12) Comment les HUG justifient-ils qu'en 2016 une provision de 52 millions, soit de 27% a été inscrite dans les états financiers sur les créances des HUG contre les assurances notamment en Suisse alors que ces dernières doivent payer ?**

Il est tout à fait normal de ne pas constituer une provision pour pertes à hauteur du montant de factures émises et non encaissées avant leur date d'échéance, soit 139,6 MCHF au 31 décembre 2016. Aucun réviseur n'accepterait une provision construite de la sorte.

Lors du bouclage 2015, les HUG ont revu et formalisé le mode de calcul de cette provision, qui a toujours existé dans leurs comptes, avec deux objectifs, d'une part, adopter une méthode constante dans le temps, ce qui n'était pas le cas avant, et, d'autre part, s'aligner sur les règles de l'Etat telles qu'appliquées au sein du service du contentieux. Leurs réviseurs ont par ailleurs dûment validé ce nouveau mode de calcul.

Auparavant, le montant passé ne reflétait pas correctement le risque à couvrir, car la comptabilité, telle que pratiquée alors, compensait les factures impayées avec des crédits à rembourser à ces assureurs, alors que depuis 2015 les HUG sont en transparence totale sur ce point, en distinguant les positions débitrices et créditrices pour permettre une analyse correcte.

Il convient de rappeler que la provision pour pertes sur débiteurs ne représente en aucun cas une perte. Il s'agit d'une provision technique, calculée de façon mécanique sur les factures ouvertes au moment du bouclage annuel, avec une dépréciation progressive à partir de 30 jours de retard par rapport à l'échéance. La provision atteint 100% de la facture dès un retard de 60 jours par rapport à la date d'échéance. Il s'agit de la règle appliquée à l'Etat de Genève.

La provision de 52 MCHF figurant aux états financiers 2016 représente donc le montant des factures assurances suisses non encore payées, et dont l'échéance est dépassée d'au moins 30 jours.

*In fine*, la provision permet de couvrir très prudemment un risque de réduction du chiffre d'affaires facturé (dans le cas par exemple où une contestation amènerait à revoir à la baisse une facture établie). Le risque de non-paiement d'une facture fondée et due est extrêmement faible et ne représente même pas un demi-pourcent du montant total facturé.

A titre indicatif, les pertes sur factures assurances enregistrées annuellement après 2011 sont :

- 2012 0,4 MCHF de pertes
- 2013 4,3 MCHF d'annulations de pertes antérieures
- 2014 0,7 MCHF de pertes
- 2015 2,1 MCHF d'annulations de pertes antérieures
- 2016 0,8 MCHF de pertes

**13) Les HUG considèrent-ils sérieusement que 27% de leurs factures ne seront pas payées par les assurances ?**

Non, la provision dont il est question ici représente 27% des factures ouvertes au 31 décembre 2016 et en aucun cas 27% de toutes les factures émises sur l'année. Nous facturons pour plus de 900 MCHF par année dont 800 MCHF aux assureurs (783 MCHF en 2015, 827 MCHF en 2016)

On ne peut pas rapporter le montant de la provision (52 MCHF) au montant figurant au bilan au titre des créances ouvertes, les règles de calcul et les collectifs de factures étant différents.

Le monitoring des encaissements mis en place à partir de 2016 démontre qu'à terme, le taux d'encaissement des factures assurances est compris entre 99,70 et 99,80%.

Il peut être ainsi admis que le taux de pertes réel sur les factures assurances est compris entre 0,20 et 0,30%.

**14) Entre 2006 et 2011 (de source bien informée) pourquoi les administrateurs n'ont-ils jamais été informés ?**

Les états financiers des HUG pour les périodes visées ont été présentés et commentés au conseil d'administration qui est l'organe chargé de les adopter. Les pertes sur débiteurs et les provisions y figurent.

**15) Comment le Gouvernement explique-t-il ce montant énorme de créances perdues, alors que si l'assuré ne paye pas ses primes LAMAL l'Etat a l'obligation de payer pour lui et de facto l'assurance doit payer les prestations médicales fournies ?!**

Le montant de 70 MCHF n'est pas dû à des créances prescrites envers les assureurs sur l'année 2011.

Au moment du bouclage des comptes 2011, 68,5 MCHF de factures émises entre 2000 et 2011 ont été passées en pertes, dont 58,1 MCHF sur des factures émises à des patients, et 10,4 MCHF pour des factures émises à des assurances (dont 8,9 MCHF pour les assurances suisses et 1,5 MCHF pour les assurances étrangères). L'essentiel des pertes est donc en lien avec des patients « mauvais payeurs » et non des assureurs et il s'agit de pertes s'étalant sur plus de 10 ans ! L'impact direct et réel sur les comptes 2011 est en réalité très faible.

Ces factures de plusieurs années antérieures, étaient déjà provisionnées, pour la plupart d'entre elles, dans les comptes des années précédentes. Ces provisions ont été dissoutes d'un coup, sans que les motifs n'aient été formalisés.

A noter que le passage en pertes était effectué en masse (lot global selon l'ancienneté de la facture), sans analyse individuelle des factures, ce qui a pu conduire à passer en pertes en 2011 des factures qui ont ensuite été payées les années suivantes. Dans ce cas, des annulations de pertes ont alors été enregistrées lors des paiements.

Pour les patients, qui constituaient l'essentiel des pertes sur débiteurs, les motifs des pertes étaient essentiellement des absences, totales ou partielles, de garanties (malgré les indications du patient), des défauts ou des changements d'adresses (non déclarés volontairement ou non), des actes de défaut de biens, des insolvabilités avérées, des échecs dans les procédures de recouvrement, ou des successions en faillite.

Pour les assurances, les motifs de pertes étaient d'abord des factures impayées au motif du défaut de paiement des primes par l'assuré (environ 65% du total), des factures contestées qui auraient dû être corrigées et ne l'ont pas

été (éléments de facturation contestés, problèmes de garantie, réponses incomplètes à des demandes de renseignements médicaux), et enfin des factures prescrites. Ce dernier cas de figure concerne essentiellement des assureurs étrangers pour lesquels le délai de prescription est de deux ans, alors qu'il est de cinq ans pour les assureurs suisses. Il est difficile de retracer les raisons qui ont conduit entre 2000 et 2011 à la prescription de factures.

Le chiffre de 23,7 MCHF évoqué dans le rapport d'audit interne des HUG de 2015 n'est pas un montant de pertes. Il s'agit du montant de la provision calculée lors du bouclage des comptes 2013 pour couvrir le risque de non-paiement des factures (patients et assurances). A l'époque, le mode de calcul était différent et la provision était établie en pourcentage des montants facturés au cours de l'année (environ 2,8% de cette facturation).

**Les HUG ont en finalité passé en perte 6,4 MCHF de factures assurances au motif de non-paiement des primes par les assurés pour la période 2000-2011.**

L'augmentation des créances envers les assureurs entre 2015 et 2016 est de 54% et non de 150%. En effet, les états financiers, indiquent pour les assurances suisses un montant de créance de 139,6 MCHF en 2016, contre 90,9 MCHF en 2015, soit une augmentation de 48,7 MCHF et de 54%. Il s'agit de créances et non de dettes irrécouvrables, donc de factures émises mais non encaissées au 31 décembre 2016. Il va sans dire que la grande majorité de ces factures ont été encaissées durant les premiers mois de 2017.

L'augmentation constatée au bilan du poste des créances envers les assurances suisses est tout à fait explicable. Elle est liée à la mise en place de la facturation électronique qui a été difficile avec certains assureurs, dont Helsana, avec des périodes de tests et d'allers-retours pour valider le processus qui ont duré plusieurs mois. De ce fait, un montant plus important que d'habitude de factures assurances suisses n'a été émis qu'en novembre et décembre 2016, pour des prestations effectuées plus tôt dans l'année. Dès lors, leur date d'échéance est postérieure au 31 décembre 2016, ce qui augmente *de facto* le poste au bilan concernant les créanciers assureurs.

Les chiffres confirment cette situation. Le montant des factures assurances suisses émises en novembre et décembre 2016 est de 173,6 MCHF contre 127,4 MCHF en 2015 soit +46,2 MCHF, soit le même ordre de grandeur que l'augmentation constatée sur le bilan (+48,7 MCHF).

**16) *Le gouvernement ne considère-t-il pas qu'il y a un volet pénal de gestion déloyale des intérêts publics ?***

Une procédure pénale est en cours d'instruction suite au dépôt d'une plainte contre le chef comptable de l'institution, déposée par les HUG.

Au bénéfice de ces explications, le Conseil d'Etat vous invite, Mesdames et Messieurs les Députés, à prendre acte de la présente réponse.

AU NOM DU CONSEIL D'ÉTAT

La chancelière :  
Anja WYDEN GUELPA

Le président :  
François LONGCHAMP