

# Revenus des médecins-chefs et chefs de division dans la spécialité Gastro-entérologie après l'introduction du TarMed

Aux membres de la Société professionnelle des Gastro-entérologues FMH suisses SPGES

H. W. Aenishänslin

L'introduction du TarMed va exiger encore beaucoup de temps et de patience. Malgré cela, on peut comprendre que l'on continue à s'interroger sur la méthode de détermination du revenu du médecin gastro-entérologue hospitalier (médecin-chef, chef de division ou consultant) après l'introduction du TarMed. Après discussions au sein du Comité de notre société professionnelle, et avec son accord, je vous fais part de mes réflexions dans ce courrier. Je vous rappelle que je vous avais déjà fait parvenir une «lettre ouverte» sur ce sujet le 7 février 1999.

## Situation actuelle

La composition du revenu des médecins hospitaliers est réglée différemment dans chaque canton. Dans certains cantons, Zürich p.ex., pour la gastro-entérologie, il se compose en partie d'un fixe, en partie d'un montant provenant de l'activité endoscopique ambulatoire et des consultations. Dans d'autres cantons, Bâle-Ville p.ex., l'ensemble de l'activité du médecin hospitalier est honoré correctement par une somme fixe. Dans les deux exemples s'ajoutent les honoraires provenant de l'activité hospitalière privée.

Correspondance:

Dr. H. W. Aenishänslin

Président Société professionnelle des Gastro-entérologues FMH suisses SPGES

Oristalstrasse 25

CH-4410 Liestal

E-mail: hw.aenishaenslin@bluewin.ch

Les montants des revenus provenant de l'endoscopie ambulatoire diffèrent selon les contrats. En règle générale, la base tarifaire est définie par le catalogue des prestations hospitalières (CPH). Actuellement, le médecin hospitalier reçoit une part plus ou moins importante du prix global d'une prestation technique. Le partage est arbitraire. Pour bien comprendre la suite des explications, il faut se souvenir que le catalogue des prestations hospitalières (CPH) ne fait pas de différence entre la composante médicale (CM) et la composante technique (CT).

## CM et TL, nouveautés du TarMed

Dans le TarMed, le prix pour une prestation, p.ex. une endoscopie, se compose d'une prestation médicale (CM) et d'une prestation technique (CT). Le TarMed est, conceptuellement, un tarif basé sur l'économie d'entreprise et, fondamentalement, un tarif au temps. L'estimation mesurée de la composante médicale (CM) dépend du facteur temps, de la dignité et de la productivité, celle de la composante technique (CT) dépend de l'infrastructure, des locaux nécessaires, du personnel etc. En fonction de l'importance de l'infrastructure nécessaire à une prestation, la composante technique (CT) peut être très élevée.

Lors de la future organisation de la rémunération des médecins hospitaliers pour une activité en endoscopie ambulatoire, l'administration de l'hôpital concerné pourrait envisager de n'octroyer à son médecin qu'une partie du prix total de la prestation, à savoir la composante médicale (CM), gardant pour elle la totalité de la composante technique (CT). Une telle solution pourrait entraîner, pour les médecins hospitaliers, une baisse de salaire conséquente.

Les règlements spéciaux, comme il en existe encore dans de nombreux hôpitaux (p.ex. double facturation pour une prestation technique, l'une pour la caisse de l'hôpital, l'autre pour celle du médecin), seront à l'avenir impossibles. Il existe donc un *seul prix* valable basé sur le TarMed (sous réserves d'arrangements spéciaux, p.ex. les forfaits). Ce prix, composé de la CM et de la CT, doit être partagé entre le médecin et l'administration hospitalière. Question en suspens, comment et sur quels critères? TarMed ne prévoit aucun règlement. Les administrations des hôpitaux peuvent décider de garder pour elles toute la CT et ne donner que la CM, ou une partie, au médecin. Comparé à la situation actuelle, le médecin hospitalier ne pourra se satisfaire de cette CM relativement basse. Citons pour exemple l'œso-gastro-duodénoscopie au prix global de Fr. 514.-: la composante médicale (CM) n'est que de Fr. 81.- et la composante technique (CT) de Fr. 433.-

On pourrait admettre la position de l'hôpital si le médecin était aussi rémunéré par un salaire de base équitable. Si, comme jusqu'à maintenant dans certains cantons, le revenu provient en partie de son activité ambulatoire, le médecin hospitalier doit se soucier de renégocier son contrat.

---

### Arguments pour le médecin hospitalier dans cette situation

Le médecin hospitalier mettra en évidence que les endoscopies ambulatoires (et celles des patients privés hospitalisés) sont une des plus importantes sources de revenus d'un hôpital. En cas de dédommagement insuffisant du médecin hospitalier, ce dernier pourrait perdre son intérêt pour l'endoscopie ambulatoire et réduire sa disponibilité. Par la suite, le nombre des examens pourrait régresser, et par conséquent les recettes diminuer. Pourrait aussi régresser l'attrait pour un département ambulatoire actif. Un tel recul du nombre des examens pourrait aussi avoir des conséquences graves sur le plan de l'occupation des lits d'hôpitaux par des patients privés et mi-privés admis par le service ambulatoire.

De plus, en cas de réduction des revenus, les médecins hospitaliers, au contrat fixe, pourraient quitter le service de l'hôpital pour s'installer en cabinet ou travailler dans un hôpital privé. Le médecin hospitalier pourra encore argumenter qu'il fait partie du système et que, sans lui, l'ambulatoire ne saurait fonctionner (comme en l'absence d'infirmières ou de l'administration). Le médecin hospitalier dans l'endoscopie ambulatoire faisant partie de l'infrastructure économique de l'hôpital, il a droit à une part de la composante technique.

Vu les circonstances, un renouvellement des contrats s'impose. Il y a plusieurs possibilités:

1. Le médecin hospitalier continue à travailler «à grands frais» et reçoit une part contractuelle pour un travail technique précis, p.ex. pour une endoscopie la CM et la CT.
2. Les services d'endoscopie, particulièrement ceux des petits hôpitaux, deviennent indépendants sous la responsabilité administrative et médicale de un ou de deux médecins, qui, accessoirement, se chargent aussi, comme médecin-chef ou chef de division, des intérêts de la partie stationnaire de l'hôpital.
3. La dernière possibilité consisterait à rémunérer les médecins hospitaliers titulaires par un salaire fixe, dont le montant dépendrait de la formation post-graduée, de la compétence et de la responsabilité. Ce salaire honorerait l'ensemble du travail médical, y compris les prestations techniques entrant dans le cadre de l'assurance de base (chambre

commune). S'y ajouterait l'ensemble des revenus provenant des assurés complémentaires, mi-privés et privés.

Ces suggestions doivent cependant tenir compte de la tendance qu'ont les hôpitaux de moyenne importance à vouloir engager de plus en plus de médecins à emploi fixe.

---

### Remarques

Le TarMed ne favorise pas le médecin indépendant au cabinet. Son revenu dépend également de la composante médicale (CM). Avec la part technique (CT) il s'acquitte des frais de cabinet comme l'hôpital le fait. A l'hôpital et au cabinet, il se peut, avec une bonne organisation et une bonne clientèle, qu'une partie de la CT puisse constituer «un bénéfice d'entreprise».

La concurrence toujours plus grande entre l'hôpital et le cabinet, mais également entre hôpitaux et entre cabinets, suite à l'augmentation constante des médecins qualifiés, soulève un problème que le TarMed ne peut pas résoudre. Le risque économique augmente dans tout le corps médical, ambulatoire ou hospitalier.

Il ne faudra pas attendre une prise de position du TarMed pour le développement des nouveaux contrats, TarMed ne possède pas de tels règlements. Contrats et déterminations des revenus sont du ressort des cantons, des communes et des hôpitaux.

---

### Recommandations

C'est aux médecins hospitaliers, médecins-chefs et chefs de division des cantons concernés, de se réunir et de discuter avec leurs administrations et leurs directeurs de l'introduction du TarMed en ayant comme objectif le renouvellement de leurs contrats. Plus ces médecins acceptent de prendre un risque économique, plus les nouveaux contrats devront en tenir compte. Mais si, en tant que médecins-chefs, directeurs de centre de formation, membres du corps enseignant, ils désirent se consacrer essentiellement à l'activité de leur choix, alors ils devront négocier un salaire honorant l'ensemble des leurs activités.