



CONTROLE CANTONAL  
DES FINANCES

Rue Dr. César-Roux 37  
1014 Lausanne

# **Secrétariat général du Département de la santé et de l'action sociale (SG-DSAS)**

**Contrôle en lien avec l'organisation médicale  
des hôpitaux et la rémunération  
de leurs médecins cadres**

**Rapport de synthèse**

**Mars 2019**

La décision de diffuser ce rapport, en tout ou partie, auprès des médias et du public, respectivement de ne pas le diffuser, temporairement ou à titre définitif, relève de la seule compétence du Conseil d'Etat.

CONTROLE CANTONAL DES FINANCES  
www.vd.ch/ccf – T 41 21 316 19 70  
E-mail : info.ccf@vd.ch

# 1. Table des matières

	<b>Page</b>
<b>1. Table des matières</b>	<b>2</b>
1.1. Fiche signalétique du déroulement de l'audit	3
<b>Première partie</b>	<b>4</b>
<b>2. Synthèse</b>	<b>5</b>
2.1. Liminaire	5
2.1.1. Mandat du Conseil d'Etat	5
2.1.2. Périmètre de nos travaux	5
2.1.3. Les composants de rémunération analysés	8
2.2. Objectifs de nos contrôles	8
2.3. Constats synthétiques	9
<b>3. Conclusions</b>	<b>17</b>
<b>4. Liste des recommandations avec délai</b>	<b>20</b>
<b>Deuxième partie</b>	<b>21</b>
<b>5. Détail des constats et recommandations</b>	<b>22</b>
5.1. Comparaison des systèmes de rémunération à l'échelle nationale	22
5.2. Le périmètre de nos travaux	22
5.2.1. Les établissements concernés	22
5.3. Les médecins concernés	23
5.3.1. Les médecins cadres	23
5.3.2. Les médecins agréés	24
5.4. Intervenants rencontrés	25
5.4.1. Les composants de rémunération analysés	25
5.5. Structure du présent rapport	27
5.6. Données disponibles	28
5.6.1. Croisement des chiffres d'affaires par fournisseurs avec la liste des médecins	30
5.7. Typologies de relations juridiques entre les médecins et les hôpitaux	31
5.7.1. Approfondissement des « statuts mixtes » à la FHV	33
5.7.2. Les retenues de charges sociales des « statuts mixtes » et les risques fiscaux éventuels	35
5.7.3. Médecins détachés ou en prêt de service	36
5.7.4. Cabinets extra-muros	37
5.7.5. Cabinets intra-muros	37
5.7.6. Paiement des salaires via l'exploitation principale	39
5.8. Sélection des médecins analysés	40
5.8.1. Echantillonnage salarial	41
5.8.2. Catégorie et échantillons	42
5.9. Les composants de la rémunération des médecins pour les échantillons traités	44
5.9.1. Les bases légales et conventionnelles applicables par établissement	44
5.9.2. Résultat des extrapolations salariales – analyse des dépassements de plafonds salariaux	46
5.9.3. Les types de rémunération rencontrés	47
5.10. Qualité de la documentation justifiant les versements effectués	52
5.11. Modes de calcul des compléments variables de salaires	54
5.12. Le suivi des compléments variables de salaires payés sur la base des volumes de facturation à titre individuel (hors pools)	56
5.13. Le suivi des éléments variables de salaires à payer aux médecins via des pools des honoraires	57
5.14. L'exhaustivité de la « facturation patient » et l'impact sur les retenues pour overheads s'agissant des médecins agréés et des médecins salariés pour la portion de leurs activités faites à titre privé	63

5.15	Le suivi des ressources utilisées par les cabinets intra-muros	65
5.16	La gestion du recrutement et des nominations	68
5.17	La gestion des dossiers du personnel	69
5.18	La gestion des activités accessoires (autres que les cabinets privés dans l'hôpital)	70
5.19	La gestion du temps de travail, des plannings, des astreintes et des agendas	73
5.20	La supervision des services (notion de « chairman »)	77
5.21	La gestion des activités de formation et des autres charges payées pour le médecin	78
5.22	Les éléments de concurrence salariale – Constat général	80

**Troisième partie 81**

<b>6.</b>	<b>Réponse à la consultation</b>	<b>82</b>
<b>7.</b>	<b>Annexes</b>	<b>83</b>
7.1.	Liste des établissements audités	83
7.2.	Alimentation des fonds des honoraires – CHUV (simplifié)	86
7.3.	Documents justificatifs par types de versements	87
<b>8.</b>	<b>Bases légales applicables</b>	<b>88</b>
8.1.	Lois et règlements régissant l'entité	88
<b>9.</b>	<b>Lexique technique</b>	<b>89</b>
<b>10.</b>	<b>Liste des abréviations et des acronymes utilisés</b>	<b>93</b>

**1.1. Fiche signalétique du déroulement de l'audit**

Informations liées au déroulement de l'audit	
Mandant	Conseil d'Etat
LCCF	3.1 d
Date de l'entretien initial	28 février 2018
Période d'intervention	Mai à novembre 2018 (selon les établissements audités)
Date de l'entretien final	10 décembre 2018
Référente de la direction	Nathalie Ferland, CPA auditeur, CA ; LL. B.
Cheffes de mandat d'audit	Christine Braunstein, experte diplômée en finance et controlling Anne Favre Rapin, maîtrise universitaire ès sciences (Master HEC) Sylvie Gebhardt, agente fiduciaire avec brevet fédéral Isaline Henry, experte diplômée en finance et controlling Muriel Jousson, experte-comptable diplômée Fiorenza Terrien-Mariotta, économiste d'entreprise HES
Auditrices	Cristina Almeida Borges, Bachelor of Science HES-SO en économie d'entreprise Pauline Arlettaz, Bachelor of Science HES-SO en économie d'entreprise
Cheffe de mandat d'audit du Service d'audit interne du CHUV	Antonella Chanterane, experte-comptable diplômée

# **Première partie**

## **Synthèse et conclusions**

## 2. Synthèse

### 2.1. Liminaire

#### 2.1.1. Mandat du Conseil d'Etat

Par décision du 14 février 2018 en application de l'art. 9 al. 1 de la loi sur le Contrôle cantonal des finances (LCCF : RSV 614.11), le Conseil d'Etat du Canton de Vaud a confié au Contrôle cantonal des finances (CCF) un mandat spécial de contrôle en lien avec l'organisation médicale des hôpitaux et cliniques reconnus d'intérêt public et la rémunération de leurs médecins cadres.

Ni le mandat qui nous a été octroyé, ni les bases légales applicables ne permettaient de définir clairement un certain nombre de termes, vocables ou notions devant être appliqués de manière homogène dans le cadre de nos travaux. Pour ce faire, nous avons déterminé les définitions appliquées, celles-ci sont présentées au chapitre 9.

#### 2.1.2. Périmètre de nos travaux

##### 2.1.2.1. Les établissements concernés

Par établissements reconnus d'intérêt public on entend, pour les fins du présent rapport, ceux qui sont soumis à un contrat signé avec l'Etat de Vaud, couvrant pour tout ou partie les prestations médicales rendues suivant la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal) (pour des prestations de soins aigus, de réadaptation, de soins psychiatriques et d'urgence). Nous avons traité des données datant essentiellement de 2017, afin de vérifier une année complète de rémunération pour les médecins cadres pris en compte dans notre audit.

Nous tenons à signaler l'excellente collaboration reçue de la part des directions générales des hôpitaux / cliniques obtenant un financement de l'Etat de Vaud pour l'ensemble / une partie de leurs prestations médicales et de leurs collaborateurs concernés. Nous avons également rencontré les représentants de la Société vaudoise des médecins (SVM) qui se sont montrés réceptifs quant à la nature des travaux réalisés.

Pour le canton de Vaud, les établissements « sous contrat LAMal » englobent 19 entités ayant des statuts et tailles très divers à savoir :

#### Les établissements avec participation pour l'intégralité des missions médicales

##### Le CHUV

Le CHUV <sup>1</sup>	Abréviation	ETP 2017	Chiffre d'affaires d'exploitation 2017 (en CHF)
Centre hospitalier universitaire vaudois	CHUV	9'241	1'611'544'000

Le CHUV, en vertu de la Loi sur les Hospices cantonaux (LHC), « *dispense des prestations dans les domaines des soins, de la santé publique, de l'enseignement, de la recherche et du transfert technologique* » (art. 1 al. 1). Ses missions sont précisées par l'art. 8 du Règlement d'application de la loi sur les Hospices cantonaux (RLHC). Celles-ci sont donc plus larges que celles des autres établissements du canton. Il en découle que les activités des médecins sont parfois différentes car elles peuvent comporter davantage de temps dédié à l'enseignement ou à la recherche. L'activité du CHUV est couverte par un contrat de prestations signé avec la Direction générale de la santé (DGS), anciennement Service de la santé publique.

<sup>1</sup>Source : Rapport d'activité CHUV 2017

Toujours suivant les mêmes dispositions légales, le CHUV est un service de l'administration vaudoise, rattaché au Département de la santé et de l'action sociale (DSAS). Les médecins du CHUV sont au bénéfice d'un contrat de droit public.

**Les hôpitaux membres de la FHV et l'Hôpital ophtalmique Jules Gonin (ci-après « HOJG »)**

Les hôpitaux membres de la Fédération des hôpitaux vaudois (FHV) <sup>2</sup>	Abréviation	ETP 2017	Chiffre d'affaires d'exploitation 2017 (en CHF)
Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais	<b>HRC</b>	1'695	296'197'000
Etablissements hospitaliers du Nord vaudois	<b>eHnv</b>	1'346	217'259'000
Ensemble Hospitalier de la Côte	<b>EHC</b>	888	154'204'000
Groupement Hospitalier de l'Ouest Lémanique SA	<b>GHOL</b>	614	114'664'000
Hôpital intercantonal de la Broye	<b>HIB</b>	601	99'317'000
Fondation de Nant	<b>FN</b>	323	44'499'000
Réseau santé Balcon du Jura.vd	<b>BJ</b>	154	24'494'000
Fondation de l'Hôpital de Lavaux-Cully	<b>HL</b>	155	19'992'000
Fondation « Institution de Lavigny » – Département hospitalier	<b>IL</b>	116	15'797'000
Association de l'Hôpital du Pays-d'Enhaut	<b>PE</b>	109	12'082'000
Fondation Miremont*	<b>FM</b>	88	10'289'000
Fondation Rive-Neuve	<b>RN</b>	50	7'031'000
Asile des aveugles – Hôpital ophtalmique Jules-Gonin**	<b>HOJG</b>	492 <sup>3</sup>	53'128'000

\* La Fondation Miremont, qui devrait être intégrée dans le nouveau Pôle santé de l'Hôpital Riviera-Chablais n'a fait l'objet d'aucuns travaux.

\*\* L'Hôpital ophtalmique Jules-Gonin ne compte pas parmi les membres de la FHV. Cet établissement fait partie du groupe CHUV, à ce titre il figure en tant qu'affilié dans le contrat de prestations annuel entre la DGS et le groupe CHUV. Compte tenu de sa structure et de ses missions, nous le considérons comme les établissements de la FHV et dans la suite du rapport, il y a lieu de comprendre sous l'appellation FHV (FHV et HOJG).

Les hôpitaux membres de la FHV sont sous contrat de prestations auprès de la DGS pour l'intégralité de leurs missions hospitalières sous réserve des établissements également subventionnés par d'autres services de l'Etat de Vaud (ex. Institution de Lavigny) qui doivent signer en sus d'autres conventions de financement. Ces contrats se réfèrent à la liste LAMal vaudoise de 2012. Plusieurs hôpitaux membres de la FHV ont ratifié la convention collective de travail (CCT-FHV) du 22 janvier 2014. L'HOJG, qui est membre du groupe CHUV, a sa propre réglementation interne quant à la rémunération de ses médecins. Plus de précisions sur les missions de chacun de ces établissements figurent en annexe, au chapitre 7.1.

<sup>2</sup> Source : Reporting hôpitaux 2017 SSP et Rapport annuel 2017 pour la Fondation Asile des aveugles

<sup>3</sup> Total des ETP de la Fondation

## Les établissements avec une participation pour une part des missions médicales

### Les cliniques privées

Les cliniques privées
Fondation La Source – Clinique la Source à Lausanne (ci-après <b>CS</b> )
Hirslanden Lausanne SA (pour les cliniques Bois-Cerf et Cecil) à Lausanne (ci-après <b>CH</b> )
Clinique La Lignière SA à Gland (ci-après <b>CL</b> )
Clinique privée La Métairie Sàrl à Nyon (ci-après <b>CM</b> )
CIC Riviera SA à Montreux (ci-après <b>CR</b> )

Ces cliniques sont sous contrat de prestations pour une partie de leurs missions suivant la liste LAMal vaudoise de 2012. Ces mandats individuels sont fondés sur les besoins en soins de la population et constituent une garantie de l'offre des établissements figurant sur la liste hospitalière cantonale au sens de l'art. 58b al. 3 OAMal.

#### 2.1.2.2. Les médecins concernés

Les contrats signés entre les médecins et le CHUV relèvent du droit public (selon la Loi sur le personnel de l'Etat de Vaud-LPers) alors que ceux signés entre les médecins et les autres établissements relèvent du droit privé.

#### Les médecins cadres

Les bases légales en vigueur lors de nos travaux ne comportaient pas de définition harmonisée des notions de « **médecins cadres** », ou encore de « **médecins salariés** » ou de « **médecins agréés** » pouvant être assimilés à des cadres. Nous avons dû déterminer des définitions à appliquer de manière uniforme auprès de l'ensemble des établissements (voir chapitre 9).

Afin de qualifier ce que comporte la notion de « **médecins cadres** » nous avons adopté, comme base de référence, les définitions des art. 6 à 8 du « *Règlement sur les médecins chefs de département, les médecins chefs de service, les médecins cadres, les médecins agréés et les médecins hospitaliers du CHUV (R.méd)* » dont le champ d'application concerne uniquement le CHUV. Cela inclut les médecins chefs, les médecins adjoints et les médecins associés. La convention collective de travail de la FHV ne prévoit aucune définition de la notion de médecin cadre et s'applique uniquement aux médecins chefs (qui sont une catégorie de cadres). Ainsi, nous avons appliqué la définition du R.méd dans le cadre de nos travaux.

Les médecins cadres sont donc ceux qui pratiquent sous leur propre responsabilité médicale et, à ce titre, décident de l'hospitalisation d'un patient ou en délèguent la décision, à savoir notamment les médecins chefs responsables de service, les médecins chefs et les médecins adjoints. En principe, seuls les médecins salariés peuvent être des cadres. Il arrive toutefois que des hôpitaux incluent dans leurs cadres des médecins « agréés » (voir paragraphe suivant) dont le taux d'activité est important. Ainsi, les médecins agréés sont également considérés comme médecins cadres aux fins de nos travaux lorsqu'ils exercent des tâches équivalentes. En revanche, les médecins assistants, les médecins chefs de clinique et chefs de clinique adjoints, les médecins hospitaliers et les médecins stagiaires ne sont pas des médecins cadres<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> Art. 3, Règlement sur l'organisation médicale des hôpitaux reconnus d'intérêt public et sur la rémunération de leurs médecins cadres, du 21 décembre 2016. Finalement, invalidé en cour constitutionnelle

## Les médecins agréés

La notion de « **médecin agréé** » n'est définie légalement que pour le périmètre du CHUV (R.méd). Il arrive que les médecins agréés soient inclus dans les cadres de l'établissement lorsque leur taux d'activité est important. Nous nous sommes aussi référés, pour définir ce concept, au Règlement sur l'organisation médicale des hôpitaux reconnus d'intérêt public et sur la rémunération de leurs médecins cadres du 21 décembre 2016 qui a été abrogé suite à une décision de la Cour constitutionnelle du Canton de Vaud du 26 octobre 2017. Dans ce sens, le médecin agréé a son activité principale en dehors de l'établissement, il déploie dans ce dernier une activité inférieure à 50 %. Ce taux maximal de 50 % a par ailleurs été repris dans la nouvelle version du R.méd de 2016 (art. 1 al. 4). Une instruction de la FHV mentionne un taux d'activité des médecins agréés à 20 % mais ce taux n'est pas appliqué dans les faits. En principe, les médecins agréés agissent comme des « prestataires de services » et ne sont donc pas des « salariés » de l'hôpital. Dans le cadre de nos travaux, nous avons considéré comme étant des salariés tous les médecins au bénéfice d'un contrat à titre d'agréé mais qui recevaient un salaire (avec une fiche de salaire).

### 2.1.3. Les composants de rémunération analysés

La notion de « **rémunération** » des médecins cadres ne fait pas l'objet d'une définition harmonisée et celle-ci comporte de nombreux composants. Nous nous référons aux rémunérations obtenues par les médecins dans le cadre de leurs seules activités au sein des établissements audités.

La rémunération des médecins est souvent partagée entre leurs activités cliniques et de pratique privée dans les établissements reconnus d'intérêt public. Nous avons donc analysé toutes les formes de versements faits aux médecins de même que les autres types de rémunérations pouvant être obtenues en tant que « **prestations en nature** » dans le cadre de leurs activités réalisées au sein des établissements audités.

Au titre des potentielles rémunérations en nature, nous relevons notamment les cas de non refacturation des ressources de l'hôpital utilisées à des fins privées par les médecins que nous appellerons, dans le présent rapport, les « **retenues pour overheads** ».

Il convient de distinguer les rémunérations versées sous la forme d'un « **salaire** » de celles découlant davantage d'une « **prestation de services** » donnant lieu à des « **versements d'honoraires** ». Nous avons analysé le processus en place pour la facturation des honoraires par les médecins et, le cas échéant, le mode de calcul au regard des prestations fournies. Une attention particulière a été portée sur les médecins ayant des « **statuts mixtes** », c'est-à-dire ceux qui sont à la fois salariés et « prestataires de services » des établissements audités.

## 2.2. Objectifs de nos contrôles

Nous avons identifié les thématiques suivantes à savoir quel(le)s sont/ quelle est :

- Les typologies de médecins inclus dans la notion de « **médecin cadre** ». Nous avons également dû déterminer les divers types de statuts juridiques applicables dans les relations mises en place entre les hôpitaux et les divers types de médecins cadres (ex. mise à disposition d'un cabinet à des fins privées).
- Les principes de **rémunérations** accordées au cercle des « médecins cadres » (toutefois limitées à l'exercice de leurs activités dans le domaine clinique et en lien avec les fonctions d'intérêts publics). Les activités annexes, non cliniques, qui génèrent des revenus sont également appréciées, ainsi que les conditions de mise à disposition de ressources des établissements pour la réalisation d'activités à titre privé. Ainsi, tant les versements directs aux médecins que les potentielles sources de rémunérations en nature ont été analysés.
- **L'organisation administrative médicale** mise en place par les établissements publics pour la gestion de leurs relations avec les médecins cadres a été analysée. A ce titre, nous avons examiné de quelle manière les composants de la rémunération sont contractualisés, validés, justifiés, évalués, comptabilisés, décomptés et contrôlés.

Sur la base des analyses et des travaux conduits, le CCF expose dans le présent rapport :

- Sa compréhension des thématiques énumérées.
- Ses principaux constats et recommandations.
- Une appréciation sur les situations et constats rencontrés.

Nos travaux ont été réalisés sur la base de tests sur échantillons, d'entretiens, d'analyses de procédures internes, d'analyses de pièces comptables et de documents contractuels. Dans le cadre de ce mandat comme pour les autres mandats du CCF et en application des normes d'audit suisses, nous avons établi nous-même la stratégie d'audit et les procédés d'audit à appliquer afin de réaliser le mandat qui nous a été confié par le Conseil d'Etat sans directives particulières de la part de ce dernier.

### **Limitation**

La rémunération découlant des activités privées, qu'elle provienne d'un cabinet détenu dans l'hôpital ou à l'extérieur de l'hôpital, relève des affaires privées et n'a pas été considérée dans le cadre de nos travaux. Il en découle que les données de rémunération analysées ne donnent qu'une vision partielle des revenus des médecins concernés car nos analyses portent uniquement sur les rémunérations versées au titre de leurs activités professionnelles au sein des établissements audités.

## **2.3. Constats synthétiques**

### **Comparaison des systèmes de rémunération à l'échelle nationale**

Il n'existe pas d'études intercantionales sur les modalités de la rémunération des médecins cadres. Nous n'avons donc pas été en mesure de réaliser de travaux comparatifs en la matière.

### **Approfondissement du périmètre d'audit – données disponibles**

Les listes des médecins contenues dans les bases de données de l'Office du Médecin cantonal ne sont ni complètes, ni à jour pour des raisons d'évolution de bases légales, d'organisation et de manque d'information. Nous n'avons pas pu réaliser nos travaux d'audit sur la base de ces listes. Une mise à jour complète de ces bases de données, à l'aide d'une circularisation des cabinets, hôpitaux et cliniques de tout le canton s'avère être nécessaire. A ce titre, le DSAS nous a mentionné être conscient du problème relevé et va lancer prochainement un projet informatique visant le renouvellement de sa base de données.

Par ailleurs, tous les établissements audités nous ont fait part de dysfonctionnements dans l'émission des autorisations d'exercer qui créent divers problèmes pour l'organisation hospitalière voire engendrent une forte pénibilité pour le personnel déjà en place.

### **Typologies de relations juridiques entre les médecins et les hôpitaux**

Les statuts juridiques des médecins cadres intervenant dans les hôpitaux reconnus d'intérêt public sont variés et reposent sur des critères souvent peu clairs. Il nous a fallu déterminer des critères d'analyse et effectuer de nombreux tris de données pour établir les catégories de médecins à analyser.

### **Problème des « statuts mixtes » et paiements faits via les fournisseurs**

Dans plusieurs hôpitaux de la FHV, on retrouve des médecins cadres qui sont à la fois salariés et agréés ; ceci ne paraît pas être conforme aux directives AVS fédérales. Pour la part de leur activité comme agréés, les médecins agissant ainsi comme des fournisseurs de services ne facturent en général pas leurs honoraires aux hôpitaux (comme le font normalement les autres prestataires de services) et sont payés suivant des calculs réalisés directement par l'hôpital.

Dans au moins trois des grands hôpitaux de la FHV, des versements d'honoraires ont été comptabilisés dans le module de comptabilité auxiliaire des fournisseurs pour des montants correspondant au net des versements d'honoraires après déduction de retenues pour overheads.

Sur ces honoraires versés, aucune retenue pour charges sociales n'est prélevée et il existe un risque que des revenus n'aient pas fait l'objet d'annonce aux autorités fiscales. Des retenues permettant de refacturer le coût des ressources de l'hôpital utilisées par les médecins pour la réalisation d'actes à titre privé (ci-après appelés : overheads) sont déduites directement des honoraires à reverser.

### **Médecins détachés ou en prêt de service**

Il existe des médecins détachés de part et d'autre au sein du périmètre vaudois. Le CHUV procède à des prêts de services auprès d'établissements moyennant, le plus souvent, une refacturation du salaire compte tenu d'une majoration permettant notamment de couvrir les charges de vacances et autres prélèvements sociaux.

Le CHUV a de nombreux médecins bénévoles dont plusieurs n'ont aucune activité clinique. En cas d'activités cliniques, le CHUV signe en principe des conventions avec les autres établissements en vue du recouvrement des salaires de ceux-ci. Néanmoins, nous n'avons pas obtenu l'assurance que ces cas soient tous conventionnés.

### **Cabinets intra-muros et extra-muros**

Les hôpitaux emploient de nombreux médecins agréés ou médecins salariés à temps partiel qui sont aussi actifs dans des cabinets de ville. Plusieurs hôpitaux de la FHV permettent aussi l'installation de cabinets privés par les médecins salariés directement dans leurs murs.

L'encadrement de ces cabinets ainsi que la formalisation des rapports juridiques entre ces derniers et les hôpitaux font aujourd'hui gravement défaut. Ces situations posent de nombreuses questions qu'il convient de clarifier.

A ce jour, la documentation démontrant la plausibilité des calculs des retenues d'overheads, servant à couvrir les charges assumées par les hôpitaux pour les ressources mises à disposition des médecins dans le cadre de la réalisation de leur pratique privée, n'est pas suffisamment étayée. Nous avons vérifié si les hôpitaux s'assurent de facturer toutes les charges à ce titre mais nos contrôles n'ont pu être concluants. Ainsi, pour des catégories d'actes médicaux réalisés, il est possible que plus le nombre d'actes facturés est important, plus les hôpitaux sont déficitaires.

### **Cliniques privées**

Les travaux réalisés dans les cliniques privées ont été très succincts de par la structuration des relations juridiques liant celles-ci à leurs médecins cadres. Ceux-ci ne sont le plus souvent pas des salariés et ils interviennent au cas par cas dans le cadre d'un contrat simple d'affiliation. Nous n'avons pas analysé l'organisation médicale des cliniques privées et la rémunération des médecins, étant entendu qu'il y a très peu de médecins cadres salariés dans ces établissements. Nous avons donc seulement analysé le mode de formalisation des rapports contractuels existant dans ces cliniques et les contrats types utilisés pour ce faire et n'avons pas de commentaires particuliers à formuler à ce sujet.

### **Paiement des salaires via l'exploitation principale**

Les hôpitaux de la FHV paient l'ensemble des salaires des médecins cadres via l'exploitation principale.

Au CHUV, les salaires sont également payés via l'exploitation principale. Nous relevons toutefois de très nombreuses réaffectations de salaires entre les centres de coûts de l'exploitation principale et des fonds non liés à l'exploitation principale. Le processus de suivi et de validation de ces réaffectations est à améliorer afin de s'assurer du financement correct par rapport à des fonds de tiers.

### **Sélection des médecins analysés**

Sur la base des listes réconciliées et sur la base des tris de données que nous avons effectués aux étapes précédentes, nous avons sélectionné les médecins cadres pour lesquels la rémunération a été décomposée et analysée.

### **Analyse de la rémunération des médecins**

Les bases documentaires applicables pour le calcul du salaire des médecins sont très variées. Le CHUV applique le R.méd, pour les hôpitaux de la FHV, les règles applicables ne sont de loin pas toutes les mêmes, en dépit de la ratification d'une convention collective de travail (CCT-FHV).

L'analyse de la rémunération des médecins a entre autres consisté à vérifier si leur plafonnement, prévu dans le R.méd (pour le CHUV) ou les conventions collectives et règlements internes (pour la FHV) a été correctement appliqué. Ces plafonds sont fixés à CHF 550'000 pour le CHUV et en général à CHF 500'000 pour la FHV. Le mécanisme consistant au calcul du respect de ces plafonds est appelé « l'écrêtage ».

Nous relevons un grand nombre de types de rémunération découlant de l'activité professionnelle des médecins cadres au sein des hôpitaux. Aucun médecin n'est au bénéfice de toutes les catégories de rémunérations relevées.

Les rémunérations se détaillent en composants fixes (salaires fixes plus indemnités diverses) et en composants variables (ex. compléments variables de salaires sur la base de la production effective d'actes privés ou non, indemnités diverses comme les gardes).

Certains établissements de la FHV ne prévoient aucune rémunération variable alors que chez d'autres, les rémunérations variables sont plus importantes que les rémunérations fixes. En sus des salaires, nous relevons des versements faits aux médecins via le module de comptabilité auxiliaire des fournisseurs ou via la comptabilité générale.

### **Résultat du mécanisme d'écrêtage**

Nous avons procédé à une analyse des listes salariales des médecins cadres fournies comportant 1'045 médecins au total pour le CHUV et les autres hôpitaux sous revue. A partir de ces listes, nous relevons 22 médecins dans les établissements de la FHV et de l'HOJG sur les 475 inclus dans ces listes pour lesquels le plafond de CHF 500'000 a été excédé. Sur ces 22 cas, neuf ont dû faire l'objet d'une extrapolation salariale car leur taux d'activité était inférieur à 100 %. Ainsi, nous avons relevé 13 cas pour lesquels le salaire excédait clairement ce plafond. Ces écarts découlent du fait qu'un établissement calcule ce plafond sur la base du salaire net au lieu du brut et du fait que certains types d'indemnités ne sont pas inclus dans le calcul des plafonds.

Contrairement à certains hôpitaux de la FHV, s'agissant du CHUV (soit 570 médecins), aucune nature de versements faits aux médecins n'excède le plafond pour 2017 (année analysée).

De plus, des montants ont été versés à des médecins salariés à partir de la comptabilité des fournisseurs. Ces cas n'ont pas été pris en considération dans nos calculs d'écart d'écrêtage. Si ces éléments avaient pu être pris en considération, le nombre de cas dépassant le plafond aurait été très vraisemblablement supérieur.

### **Qualité de la documentation justifiant les versements effectués**

La complexité du mode de calcul des salaires est trop importante et ce, en particulier pour ce qui a trait aux calculs des compléments variables qui sont d'une grande lourdeur administrative et propices aux erreurs. Nous avons analysé la documentation supportant les divers composants de salaires. Nous avons constaté, quant à la gestion documentaire et à la validation que :

- Des contrats de travail ne sont pas à jour ou sont manquants dans les dossiers du personnel et en particulier pour les plus anciens (FHV). Plusieurs ne sont pas signés (FHV et CHUV).
- Plusieurs contrats pour les médecins agréés sont manquants et en particulier pour les plus anciens (FHV).
- Des contrats visant l'établissement de cabinets dans l'hôpital sont manquants et les conditions d'exploitation de ceux-ci ne sont pas claires (FHV).
- Il n'existe le plus souvent pas de convention pour la mise à disposition de personnel pour les cabinets privés (FHV).
- Les fiches de salaires sont incomplètes pour des éléments payés via les salaires et nous relevons des erreurs dans les réconciliations d'avances sur salaires et d'acomptes sur les compléments de salaires (FHV).
- Les éléments payés via la comptabilité des fournisseurs ne font pas l'objet d'une justification documentaire suffisante (FHV).
- Les plannings des gardes ne sont pas suffisamment formalisés pour permettre le versement des indemnités sur la base des gardes effectives (CHUV et FHV).

- De nombreux éléments de salaires et ce, en particulier en ce qui concerne les compléments variables, sont uniquement justifiés par des tableurs Excel d'une très grande complexité et comportant parfois des erreurs de calcul allant d'impacts minimes à des impacts plus importants selon les établissements (CHUV et FHV).
- Les calculs supportant les compléments de salaires manquent de transparence ou ne sont pas suffisamment justifiés (en particulier pour des hôpitaux de la FHV).

### **Modes de calcul des compléments de salaires par établissement**

Le mode de calcul des compléments de salaire fait l'objet d'adaptations d'un établissement à l'autre, d'un département à l'autre voire d'un service à l'autre des hôpitaux. Cette situation découle du fait que les médecins doivent prendre entente entre eux pour déterminer le mode de répartition applicable. Ainsi, aucun établissement, département ou service n'a le même mode de faire. Les calculs découlant de la détermination de ces compléments sont souvent d'une extrême complexité et sont supportés par de nombreux tableurs Excel facilement altérables. Ces calculs nécessitent de multiples extractions depuis les systèmes, en particulier en ce qui concerne les statistiques de facturation. Plusieurs étapes de retraitement de ces données sont nécessaires et ne peuvent être automatisées au sein des systèmes d'information de par leur caractère hétéroclite. Cette hétérogénéité découle du fait que les salaires peuvent être négociés au cas par cas. En l'absence de documentation permettant d'étayer les règles applicables pour la détermination des compléments de salaires par médecin, il existe des risques qu'apparaissent des inégalités de traitement quant à la rémunération des médecins entre eux.

### **Le suivi des compléments de salaires payés à titre individuel (hors pools) et le suivi des éléments à payer aux médecins via les pools des honoraires**

#### **CHUV**

Les calculs comportent, suivant le cas, de nombreuses erreurs et même parfois des imputations de faibles valeur ne correspondant pas aux règles prédéfinies. De par la complexité du dispositif de calcul, le coût total afférent au traitement de ces salaires est impossible à quantifier mais est nécessairement important. Ce dispositif doit impérativement être simplifié et davantage harmonisé. Afin de se rendre compte du degré de complexité du fonctionnement de ces calculs, nous référons au chapitre 7.2, qui schématise uniquement le mode d'alimentation des fonds des honoraires du CHUV.

Pour les calculs de compléments d'honoraires au CHUV :

- Certains fonds des honoraires, d'importance faible, ne comportent pas de règlement ad hoc.
- La configuration des interfaces des systèmes informatiques fait en sorte que les extractions servant à réaliser les calculs manquent de fiabilité.
- Les formules de calcul appliquées, découlant d'une décision du DSAS, incluent pour quelques services des prestations médicales réalisées par des médecins non cadres.

#### **FHV**

Pour les calculs des compléments de salaires au sein des établissements de la FHV concernés, nous constatons que :

- Ceux-ci ne font pas l'objet d'une comptabilisation via des fonds spécifiques.
- Les modalités de calcul et de participation à ces compléments ne sont pas suffisamment claires et transparentes.
- De nombreuses indemnités ont été exclues de l'écrêtage du plafond de salaire.
- Les calculs comportent, suivant les cas, de nombreuses erreurs.
- Pour des services, les formules de calcul appliquées incluent des prestations médicales réalisées par des médecins non cadres.
- De nombreuses composantes des calculs intègrent des volumes de production portant sur les prestations « publiques ».
- Nous avons relevé des cas d'imputations arbitraires pour lesquels il nous a été confirmé la prise d'arrangements individualisés mais non formalisés contractuellement.

En sus des compléments versés, des versements ont été faits à des médecins via le module de comptabilité auxiliaire des fournisseurs, ce qui rend difficile la prise en compte adéquate des plafonds de salaires lors du mécanisme d'écrêtage (plafonnement des salaires).

### **La « facturation patient »**

Les calculs de compléments de salaires sont en grande partie basés sur le volume des prestations facturées et les salaires soumis à des plafonds. Nous avons donc analysé de quelle manière les établissements ont mis en place des contrôles permettant de s'assurer de l'encaissement de l'exhaustivité de la facturation des prestations médicales réalisées en leurs murs, car le concept du plafonnement pourrait induire un risque de facturation directe lorsque les médecins atteignent leur plafond de rémunération. Les risques à ce titre sont importants et ce, en particulier dû au cumul des activités réalisées (publiques / privées) par les médecins et à la difficulté d'obtenir une visibilité sur l'organisation de leurs agendas.

Si dans plusieurs hôpitaux il est interdit pour les médecins de facturer leurs prestations directement eux-mêmes (CHUV et FHV), il est parfois possible de le faire dans d'autres (FHV) et ce, en particulier lorsque les médecins ont des cabinets privés directement dans les murs de l'hôpital. Ces cas de figure concernent essentiellement de la facturation ambulatoire mais nous avons néanmoins relevé dans nos échantillons, deux cas où les médecins pouvaient aussi facturer des prestations hospitalières privées. Il existe donc un risque non quantifiable que la facturation de certaines prestations normalement rendues dans l'hôpital, échappe à ce dernier. Lorsque cette facturation privée est faite directement par les cabinets, les hôpitaux n'ont aucune idée du volume d'affaires dont il s'agit.

### **Le suivi des ressources utilisées dans la réalisation des prestations privées**

Nous constatons que des hôpitaux (FHV) ne savent pas combien de cabinets privés sont logés dans leurs propres murs et ne tiennent aucun inventaire de ceux-ci. Des contrats pour l'exploitation de cabinets privés sont manquants et des médecins ont des arrangements verbaux particuliers pour ce faire. Les conditions d'exploitation de ces cabinets ne sont pas standardisées. La refacturation des charges dues ne peut donc faire l'objet ni d'un suivi adéquat, ni d'une facturation exhaustive.

Lorsque les hôpitaux (FHV) procèdent eux-mêmes au calcul des honoraires à rétrocéder aux médecins dans le cadre de leur pratique privée, on remarque que les taux pris en compte pour le calcul des retenues au titre des overheads diffèrent d'un établissement à l'autre et ne font parfois l'objet d'aucune systématique de traitement. Au surplus, comme ces retenues sont prélevées au net des honoraires reversés, aucun prélèvement de TVA n'est effectué ce qui ne semble pas adéquat. Le même constat s'applique pour les achats d'équipements et/ou de mobilier servant aux cabinets privés.

Au surplus, comme nous avons relevé que le chiffre d'affaires des cabinets intra-muros n'est souvent pas connu des établissements, il en découle de vraies difficultés pour les hôpitaux à facturer l'ensemble des retenues pour overheads applicables pour l'utilisation de certaines ressources de l'hôpital utilisées pour la réalisation des prestations médicales.

### **Le cas de revente de médicaments aux cabinets**

Il arrive que des grossistes ou fournisseurs du domaine médical mettent des conditions restrictives en cas de revente des médicaments dans leurs conditions générales de vente. Il n'est parfois pas permis de revendre des médicaments / fournitures à des tiers privés. De plus, les listes de prix pour les pharmacies hospitalières ne sont pas les mêmes que pour les pharmacies / cliniques de ville. Il convient donc que les hôpitaux (FHV) prennent toutes les mesures pour s'assurer de se conformer aux conditions contractuelles fixées par les fournisseurs des pharmacies inter-hospitalières et appliquent systématiquement, en cas de revente permise, les majorations qui s'imposent.

### **La gestion du recrutement et des nominations**

De manière générale, la procédure d'engagement édictée par le médecin cantonal est respectée par les hôpitaux. Néanmoins, la documentation à conserver à ce titre dans les dossiers du personnel est perfectible.

## **La gestion des dossiers du personnel**

Pour plusieurs établissements visités, la documentation des dossiers du personnel doit être grandement améliorée. Nombreux sont ceux à avoir mené des projets de dématérialisation des dossiers du personnel mais, parfois, ces projets ont donné lieu à des erreurs dans l'établissement de répertoires et à la perte de documents. Une mise à jour globale visant à s'assurer de l'exhaustivité des documents à retrouver dans ces dossiers doit être menée pour plusieurs d'entre eux.

## **La gestion des activités accessoires (autres que les cabinets privés dans l'hôpital)**

De nombreux hôpitaux (FHV) n'ont aucune directive encadrant la réalisation d'activités accessoires. La perception de la notion d'activité accessoire en elle-même varie d'une direction générale à une autre. Ainsi, les hôpitaux n'ont parfois aucune idée des activités de leurs médecins à l'extérieur de leur pratique médicale dans l'hôpital, ni des potentiels conflits d'intérêts qui pourraient en résulter. Pour l'ensemble des hôpitaux (CHUV, FHV), les déclarations d'activités accessoires ne sont pas exhaustivement remplies par les médecins. Le CHUV, quant à lui, prend actuellement des mesures pour améliorer cette situation. Ceci, combiné aux lacunes relevées dans la gestion des temps de travail est susceptible de donner lieu à des risques de rémunérations indues.

## **La gestion du temps de travail, des plannings, des astreintes et des agendas**

Il convient de préciser que pour un taux d'activité à 100 %, par contrat ou selon la pratique, les médecins cadres ont à disposition deux demi-journées par semaine, voire trois, pour réaliser leurs activités professionnelles à titre privé. De l'avis de quelques directeurs d'hôpitaux, ces demi-journées visent à permettre la compensation d'heures supplémentaires réalisées par ailleurs. Or, pour tous les établissements audités, il a été impossible d'établir le volume de ces heures supplémentaires et de les comparer avec le nombre d'heures ainsi représenté par ces demi-journées octroyées puisque le suivi des temps de travail ou même des jours travaillés fait défaut.

Concernant les hôpitaux de la FHV, la plupart du temps les gardes sont rémunérées à raison de CHF 200.—/jour. Au CHUV, quelques médecins cumulent plusieurs lignes de garde en même temps. Jusqu'à 2016, ces piquets n'ont pas fait l'objet de calculs d'écrêtage des plafonds de salaires et ont donc été payés. Toutefois, depuis 2017, ces piquets sont inclus dans le calcul du plafond de telle sorte que les médecins ayant atteint une rémunération de CHF 550'000 ne touchent plus de rémunération additionnelle à ce titre.

Parfois les gardes ne font pas l'objet d'un planning centralisé et les directions laissent les médecins s'organiser librement entre eux. Dans les hôpitaux de petite taille qui fonctionnent essentiellement avec des médecins agréés, la question des gardes pose un réel problème d'organisation ; les médecins agréés sont le plus souvent exemptés et la charge se reporte de facto sur un nombre de médecins très restreint engendrant ainsi des astreintes beaucoup trop contraignantes.

## **Gestion des temps de travail et des présences**

Que ce soit au CHUV ou dans la plupart des hôpitaux de la FHV, la gestion des temps de travail fait défaut. Il n'y a le plus souvent aucun suivi des congés pour formation et des jours de vacances. Le nombre de jours travaillés n'est pas tracé. De nombreux intervenants rencontrés nous ont mentionné que les médecins cadres font beaucoup d'heures supplémentaires mais aucune donnée permettant de le vérifier ne nous a été remise.

L'analyse de la production effective par médecin pour pallier ces lacunes fait également grandement défaut. On remarque que pour des services, les médecins remplissent volontiers les systèmes de gestion des jours travaillés alors que d'autres refusent de se conformer à cette demande. Il ne nous a pas été possible de vérifier si les taux d'activité pour lesquels les médecins sont rémunérés sont bien ceux réalisés de manière effective. Nous constatons néanmoins que le temps de travail des médecins n'est pas toujours simple à consigner de par la variété de leurs tâches et/ou de par le caractère aléatoire de leurs interventions.

Des statistiques de facturation (avec un contrôle de la réalisation effective des prestations par les cadres) sont a minima nécessaires comme contrôles compensatoires à l'absence de données exploitables sur les jours de travail.

### **La supervision et l'organisation de la responsabilité médicale**

Pour des hôpitaux et selon les services (FHV), le mode de saisie de la facturation ne permet pas toujours de savoir quel médecin a réalisé les gestes médicaux (par ex. avec des services des urgences ayant de la facturation en pool).

Dans des hôpitaux de la FHV, une notion de chairman médical (tournant ou fixe) a été déployée mais dans les faits, cette notion ne s'applique pas de manière uniforme dans tous les établissements et doit être clarifiée. Cette fonction vise essentiellement la coordination globale d'un service de l'hôpital et permet à la direction d'avoir un répondant par service.

### **La gestion des comptes de dépenses, des activités de formation et des autres charges payées pour le médecin**

La prise en charge des frais de formation et des autres dépenses (ex. cotisations) varie d'un hôpital à l'autre. Si parfois les règles applicables en matière de remboursement sont très claires, ce n'est toutefois pas toujours le cas. Il conviendrait de déterminer dans quelles proportions ces charges doivent être assumées par les hôpitaux suivant des critères clairement définis dès lors que des médecins travaillent à temps partiel ou dans plusieurs établissements.

### **Les éléments de concurrence salariale de manière générale**

Le mode de rémunération des médecins cadres est aujourd'hui très hétéroclite. Il découle de cette situation que les divers hôpitaux du canton de Vaud peuvent se faire parfois concurrence entre eux sur les salaires des médecins. A ce titre, nous relevons divers éléments susceptibles de créer des biais en termes de concurrence. Des hôpitaux :

- Ont opté uniquement pour une rémunération fixe laquelle est peu incitative en termes de nombre d'actes réalisés.
- Suivent mieux que d'autres la présence des médecins avec pour corolaire que ceux-ci ont parfois moins de latitude pour réaliser une pratique privée annexe.
- Interdisent la facturation privée faite directement par les médecins limitant ainsi le volume des activités pouvant être faites en sus de celles rémunérées.
- Prévoient des compléments pour absence de clientèle privée qui sont financés à même l'exploitation courante, augmentant ainsi les rémunérations dans des spécialités spécifiques alors que d'autres hôpitaux ne le font pas dans la même proportion.

Les rémunérations dans les hôpitaux hors des centres urbains ne sont pas suffisantes comparativement parlant pour permettre un dédommagement circonstancié de la pénibilité liée à l'éloignement géographique et aux astreintes de gardes plus importantes pour les quelques médecins qui ne sont pas des agrées dans ces établissements.

Les hôpitaux localisés à proximité d'autres cantons doivent adapter les salaires pour faire face à des facteurs géographiques.

### **Détermination générale du Secrétariat général du Département de la santé et de l'action sociale**

Nous saluons l'importance du travail pionnier réalisé et la mise en évidence des lacunes qui existent dans les relations administratives et financières entre les hôpitaux et les médecins.

Votre rapport illustre la nécessité de disposer d'une base légale afin de fixer des règles claires de même qu'exercer une surveillance dans ce domaine d'activité, si important, qu'est la santé pour les citoyens vaudois.

**Recommandation globale 0**

Exécution	<b>Amélioration</b>	<b>Plan d'action</b>	Transversale
-----------	---------------------	----------------------	--------------

Nous recommandons au SG-DSAS, par l'intermédiaire de la DGS, de nous soumettre un plan d'action de réalisation des recommandations émises dans le présent rapport.

La situation est complexe, des améliorations doivent être conduites dans les établissements, notamment quant à l'organisation administrative médicale. Les services concernés doivent conduire des réflexions, prendre des décisions permettant de contribuer à la résolution des problématiques identifiées.

Importance	Basse	Moyenne	Haute
<b>Portée</b>			✓
<b>Urgence</b>			✓

Délai de résolution :	<b>30.06.2019</b>
-----------------------	-------------------

\* \* \* \* \*

### 3. Conclusions

Les travaux que nous avons conduits auprès des établissements reconnus d'intérêt public (liste LAMal vaudoise) nous ont permis d'arriver aux conclusions suivantes :

#### **Fonction de médecins cadres**

La notion de « médecins cadres » incluant celles de « médecins salariés » et de « médecins agréés » n'est pas clairement définie (hormis pour le CHUV) et il en découle une classification disparate de ces typologies au sein du périmètre vaudois des établissements réalisant des missions (totales ou partielles) sur la base de contrats LAMal établis avec la Direction générale de la santé (DGS). Dans certains cas, ces typologies sont appliquées de manière confuse donnant lieu à l'existence de doubles statuts portant divers noms dans les faits « salariés-agrégés / agréés-salariés / fournisseurs-salariés, etc. » désignés, dans le cadre de nos travaux, par « statuts mixtes ».

Les travaux effectués par le CCF n'ont pas pu s'appuyer sur les listes extraites des bases de données de l'Office du Médecin cantonal car celles-ci ne sont ni à jour ni complètes. Par ailleurs, tous les établissements audités nous ont fait part de dysfonctionnements divers dans l'émission des autorisations d'exercer qui créent divers problèmes pour l'organisation hospitalière voire engendrent une pénibilité pour le personnel déjà en place. Ces bases de données doivent être remises à jour.

#### **La rémunération**

Il est utile de rappeler qu'il n'existe pas d'analyse au plan national du mécanisme de rémunération des médecins et il n'existe pas non plus de bases légales comparables dans les autres cantons portant sur la rémunération des médecins.

Par ailleurs, la rémunération découlant des activités privées, qu'elle provienne d'un cabinet détenu dans l'hôpital ou à l'extérieur de l'hôpital, relève des affaires privées et n'a pas été considérée dans le cadre de nos travaux. Il en découle que les données de rémunération analysées ne fournissent qu'une vision partielle des revenus des médecins concernés.

Les bases légales ou documentaires cantonales encadrant la fixation des rémunérations sont hétéroclites et font même parfois défaut et ce, en particulier au sein des établissements de la FHV. La Convention collective de travail (CCT-FHV), imprécise sur plusieurs points, n'est pas appliquée par un certain nombre des établissements qui ont établi, pour des raisons diverses, leurs propres règles de rémunération. Les règles déterminant les modes de calcul des compléments de salaires sont parfois, même pour les établissements ayant ratifié la CCT-FHV, lacunaires, manquantes ou négociées au cas par cas par les médecins avec les hôpitaux.

L'analyse des plafonds salariaux des médecins cadres, afin de s'assurer de la correcte application des dispositions réglementaires (CHUV) ou conventionnelles (FHV), a mis en exergue 22 cas de médecins cadres pour lesquels le plafond de CHF 500'000 a été excédé. Au CHUV, aucune nature de versements faits aux médecins n'excède le plafond de CHF 550'000. Ce chiffre est à considérer comme étant indicatif et à interpréter avec prudence. Pour certains établissements (FHV), des catégories d'indemnités ne sont pas comprises dans les calculs ; il en va de même avec des compléments de salaires versés par des établissements via la comptabilité fournisseurs qui ne sont pas identifiés. L'analyse effectuée souligne donc le caractère éminemment dissemblable des notions de rémunérations de médecins cadres.

La rémunération des médecins cadres est constituée de très nombreux composants. Les mécanismes de rémunération sont parfois très complexes et ce, en particulier lorsque nous sommes en présence d'octroi de compléments d'honoraires variables. Les médecins eux-mêmes mentionnent avoir de la peine à comprendre leur fiche de salaire. La complexité des calculs des salaires rend ceux-ci peu transparents, propices aux inexactitudes et peu sûrs. De plus, les « pools » d'honoraires servant à payer bon nombre de ces compléments de salaire ne sont pas toujours alimentés de manière fiable, voire par l'activité clinique de médecins non cadres.

Le système fréquemment en place dans les établissements de la FHV (pools d'honoraires), sa complexité quant aux calculs des salaires rend ceux-ci peu transparents, susceptibles de fautes. L'absence de règles formalisées et applicables à tous n'en permet pas une gestion efficace par l'administration des établissements.

Au CHUV, le mécanisme mis en place pour le calcul des compléments de salaire (via des fonds des honoraires) est conforme aux bases légales en vigueur mais est d'une extrême complexité. La réalisation des calculs qui en découlent mobilise de nombreuses ressources et est susceptible de comporter des erreurs.

Le CCF est d'avis que ces mécanismes de rémunérations doivent être simplifiés et rendus plus transparents, tout en conservant un modèle de rémunération qui soit attractif.

### ***Cliniques privées***

Nos travaux se sont limités à un périmètre restreint. Ils ont en effet porté uniquement sur l'analyse du mode de formalisation des rapports contractuels existants et sur les contrats types utilisés pour ce faire. Nous n'avons en revanche pas analysé plus avant l'organisation médicale des cliniques, ni la rémunération de leurs médecins, étant entendu qu'il y a peu de médecins cadres salariés au sein de ces établissements. Dans ce périmètre restreint, nous n'avons pas de commentaires à formuler.

### ***L'organisation administrative médicale***

Le cas de figure des cabinets médicaux intra-muros doit faire l'objet d'une clarification tant au niveau juridique qu'au plan opérationnel au sein des établissements de la FHV. Ces cabinets entraînent des questions en termes d'utilisation des ressources des hôpitaux à des fins privées. Dans certains cas, les activités combinées des médecins peuvent créer une confusion pour les patients. En particulier, les grands établissements de la FHV audités ont montré une faible maîtrise sur les activités des cabinets intra-muros présents dans leur établissement allant jusqu'à une absence d'inventaire de ceux-ci. Ces situations sont à identifier, clarifier et améliorer.

Dans certains cas, des médecins sont à la fois considérés comme des « salariés » et comme « prestataires de services » au sein d'un même établissement de la FHV. Ces situations de « statuts mixtes » suscitent des difficultés et des manquements quant à leur gestion par l'administration des établissements. Elles doivent être à notre sens bannies car en plus d'être propres à occasionner de la confusion au sein de la patientèle et de compliquer la prise en compte de l'exhaustivité de la facturation pour l'hôpital, elles sont notamment susceptibles de générer des questionnements quant aux charges sociales et des risques quant à l'annonce fiscale des revenus.

Lorsque les médecins exercent des activités privées dans l'hôpital, que ce soit par le biais ou pas de cabinets privés intra-muros, il arrive souvent que l'hôpital leur mette à disposition des ressources pour ce faire (par ex. locaux, équipements, personnel, fournitures). La documentation mise à notre disposition visant à étayer le calcul des taux de prélèvements à faire au titre des charges à refacturer par l'hôpital pour l'utilisation des ressources à des fins privées (overheads), n'était pas suffisante pour permettre de vérifier l'adéquation de ceux-ci. Ainsi, on ne peut ignorer qu'il existe des risques que plus le volume de certaines prestations réalisées est important, plus le déficit des hôpitaux est élevé.

Les médecins ont souvent des activités autres que cliniques pour le compte des établissements. Par convention, par contrat, ou la pratique veut qu'ils aient à disposition deux voire trois demi-journées par semaine pour réaliser des activités professionnelles pour leur propre compte. De l'avis des intervenants rencontrés, cette pratique consiste à récupérer des heures supplémentaires réalisées par ailleurs. Or, comme le suivi des temps de travail et des plannings fait souvent défaut, nous n'avons pas pu vérifier cet aspect.

De petits établissements ont mis en place un suivi des temps de travail mais, dans la plupart des établissements, il n'existe pas de suivi adéquat des jours travaillés, des vacances, etc. Les établissements ne font, le plus souvent, pas d'analyse des « volumes facturés » par médecin. Sans préconiser la mise en place d'un suivi complet des temps de travail, nous recommandons l'établissement de contrôles analytiques permettant de mesurer si le volume de facturation par types de cas traités est cohérent par rapport au taux d'activité pour lequel les médecins sont rémunérés.

Les rémunérations dans les hôpitaux hors des centres urbains ne sont pas suffisantes comparativement parlant pour permettre un dédommagement adéquat afin de prendre en compte la pénibilité liée à l'éloignement géographique et aux astreintes de gardes plus importantes pour les quelques médecins qui ne sont pas des agrées dans ces établissements. En somme, avec des salaires égaux, voire inférieurs à ceux que l'on retrouve dans les centres urbains, ces établissements ne peuvent raisonnablement recruter. Des mesures pour pallier ces problèmes devraient être envisagées.

Les travaux effectués nous amènent également à demander des améliorations aux établissements, certes de moindres ampleurs, mais néanmoins indispensables dans les domaines suivants :

- Revente de médicaments aux cabinets.
- Gestion des dossiers du personnel.
- Gestion des activités accessoires.
- Gestion des dépenses de formation et autres charges.

Nous avons établi ce rapport en toute bonne foi, sur la base des livres et documents qui nous ont été soumis, des vérifications auxquelles nous nous sommes livrés et des renseignements qui nous ont été fournis par les personnes avec lesquelles nous avons été en contact.

Nos travaux de révision ont englobé les procédures de vérification jugées nécessaires selon les circonstances. Néanmoins, nous précisons qu'il n'a pas été fait d'autres vérifications que celles expressément mentionnées dans le présent rapport ou consignées dans nos notes de révision.

Nous formulons les réserves d'usage au cas où des documents, des renseignements ou des faits susceptibles de modifier nos considérations n'auraient pas été portés à notre connaissance au cours de nos travaux qui se sont achevés le 10 décembre 2018, date de l'entretien final.

Conformément à l'article 8 du Règlement du 8 novembre 2017 d'application de la loi du 12 mars 2013 sur le Contrôle cantonal des finances, un projet de rapport a été remis en consultation, en date du 25 février 2019, à Madame Pascale Rumo, Secrétaire générale du Département de la santé et de l'action sociale. Nous avons incorporé dans notre rapport les commentaires contenus dans la réponse qu'elle nous a adressée le 6 mars 2019. Nous joignons également en annexe, chapitre 6, ladite correspondance. Sa détermination n'est pas de nature à modifier le contenu et les conclusions de notre rapport.

Lausanne, le 11 mars 2019

Contrôle cantonal des finances

Thierry Bonard  
Expert-comptable diplômé

Nathalie Ferland  
CPA auditeur, CA ; LL. B.

**Distribution**

- 1 exemplaire à Madame la Présidente du Conseil d'Etat
- 1 exemplaire à Monsieur le Chef du Département des finances et des relations extérieures
- 2 exemplaires à Monsieur le Chef du Département de la santé et de l'action sociale, dont  
1 exemplaire destiné à Madame la Secrétaire générale du DSAS
- 1 exemplaire à Monsieur le Président de la COFIN
- 1 exemplaire à Monsieur le Président de la COGES
- 1 exemplaire à la Cour des comptes

\* \* \* \* \*

## 4. Liste des recommandations avec délai

Page	N°	Portée	Urgence	Type	Recommandation avec délai	Délai
16	0	H	H	PA	<p>Nous recommandons au SG-DSAS, par l'intermédiaire de la DGS, de nous soumettre un plan d'action de réalisation des recommandations émises dans le présent rapport.</p> <p>La situation est complexe, des améliorations doivent être conduites dans les établissements, notamment quant à l'organisation administrative médicale. Les services concernés doivent conduire des réflexions, prendre des décisions permettant de contribuer à la résolution des problématiques identifiées.</p>	30.06.2019

### Légende :

**Portée** Ampleur du problème identifié faisant l'objet de la recommandation

Importance	Basse	Moyenne	Haute
<b>Portée</b>	<b>B</b>	<b>M</b>	<b>H</b>

**Urgence** Probabilité de la survenance d'un évènement consécutif au problème identifié

Importance	Basse	Moyenne	Haute
<b>Urgence</b>	<b>B</b>	<b>M</b>	<b>H</b>

**Types** Classification des recommandations selon les mesures à prendre par l'entité contrôlée

Exécution	Amélioration	Plan d'action	Transversale
<b>E</b>	<b>A</b>	<b>PA</b>	<b>T</b>

**Exécution** Nécessite une intervention rapide ou une correction immédiate d'une erreur, d'un manquement ou d'un non-respect de dispositions légales.

**Amélioration** Nécessite l'amélioration à terme d'une faiblesse d'un processus, d'une procédure incomplète ou insuffisamment performante, de directives ou dispositions légales inadéquates.

**Plan d'Action** Recommandation comprise dans un ensemble de recommandations nécessitant un traitement global de la problématique identifiée.

**Transversale** Recommandation devant être traitée avec l'appui d'un service transversal (SJL, DSI, DGIP, SAGEFI, SPEV, etc.)

\* \* \* \* \*

# **Deuxième partie**

## **Détail des travaux**

## 5. Détail des constats et recommandations

Nous nous limitons à présenter, dans le présent rapport, les éléments nécessitant une attention particulière et n'énumérons donc pas l'intégralité des résultats des contrôles et analyses effectués.

Nous référons le lecteur au chapitre 9 du présent rapport pour les définitions des concepts appliqués pour la réalisation de nos travaux.

### 5.1. Comparaison des systèmes de rémunération à l'échelle nationale

Aux fins de contextualisation de nos travaux d'audit, nous avons procédé à des prises de contact auprès de confrères des autres contrôles cantonaux des finances dans le but de déterminer si des travaux portant sur la question abordée dans le présent rapport avaient déjà été réalisés. Nous en sommes arrivés à la conclusion que nous n'avions pas de base de travail comparative.

Nous avons également pris contact avec le DSAS afin de vérifier si des analyses juridiques comparatives existaient pour confronter la législation vaudoise à celle d'autres cantons de Suisse, il en est ressorti qu'aucune analyse de ce type n'existait.

Par conséquent, bien que nous constatons que la situation de la rémunération des médecins cadres soit à mettre en relation avec les systèmes de rémunération qui se pratiquent dans les autres cantons suisses, et en particulier dans les cantons limitrophes, nous nous limiterons à poser les constats que nous avons pu réaliser au plan cantonal vaudois sur le périmètre détaillé ci-après.

### 5.2. Le périmètre de nos travaux

#### 5.2.1. Les établissements concernés

Par établissements reconnus d'intérêt public, on entend ceux qui sont soumis à un contrat, signé avec le Service de la santé publique du canton (le SSP devenu depuis la Direction générale de la santé (DGS)), couvrant pour tout ou partie les prestations médicales rendues selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal). Pour la réalisation de nos travaux, nous avons traité des données en lien avec les salaires de 2017 afin d'avoir à disposition une année complète de rémunération pour les hôpitaux et les médecins analysés. Des compléments d'honoraires payés en 2017 reposaient sur des statistiques de facturation de l'année 2016 ; nous avons donc intégré ces éléments dans nos analyses.

Pour le canton de Vaud, les établissements « sous contrat LAMal » englobent 19 entités, présentées également sous le point 2.1.2.1, ayant des statuts, des tailles diverses et des missions variées. Il s'agit des établissements suivants dont le descriptif et quelques données chiffrées sont présentés au chapitre 7.1.

#### Les établissements avec participation pour l'intégralité des missions médicales

Le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV).

Les hôpitaux membres de la Fédération des hôpitaux vaudois (FHV) soit :

- Le Groupement hospitalier de l'Ouest lémanique SA (GHOL).
- L'Ensemble hospitalier de la Côte (EHC).
- L'Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais (HRC).
- Les Etablissements hospitaliers du Nord vaudois (eHnv).
- L'Hôpital intercantonal de la Broye (HIB).
- Le réseau santé Balcon du Jura.vd (RSBJ).
- La Fondation « Institution de Lavigny » – Département hospitalier (IL).
- La Fondation de l'Hôpital de Lavaux-Cully (HL).
- La Fondation de Nant (FN).
- La Fondation Rive-Neuve (RN).
- L'Association de l'Hôpital du Pays-d'Enhaut (PE).
- La Fondation Miremont (FM).

et hors FHV et membre du groupe CHUV :

- L'Asile des aveugles – Hôpital ophtalmique Jules-Gonin (HOJG).

Les cinq premiers établissements énumérés (GHOL, EHC, HRC, eHnv, HIB) se distinguent au sein de la FHV par leur taille ; ils représentent plus de 80 % du chiffre d'affaires d'exploitation des 13 établissements et réunissent près de 80 % des ETP (voir tableau des chiffres clés au chapitre 7.1).

La taille de ces cinq établissements engendre des problématiques quelque peu différentes de celles des autres établissements de moindre dimension. Dans la suite du rapport, nous parlerons de grands établissements s'agissant des cinq susmentionnés et de petits établissements pour les autres, voire d'établissements spécialisés ou excentrés. Les établissements HIB et HRC sont par ailleurs des établissements sous contrat avec d'autres cantons (respectivement les cantons de Fribourg et du Valais) ; nous les évoquerons parfois sous l'intitulé « établissements intercantonaux ».

### Les établissements avec une participation pour une part des missions médicales

- Fondation La Source – La Clinique La Source (CS).
- Hirslanden Lausanne SA (pour les cliniques Bois-Cerf et Cecil).
- La Clinique La Lignière SA.
- La Clinique privée La Métairie Sàrl.
- Le CIC Riviera SA.

## 5.3. Les médecins concernés

Les bases légales en vigueur ne comportent pas de définition harmonisée de la notion de « médecins cadres », qu'ils soient « salariés » ou « agréés ». Afin de réaliser nos travaux d'audit de manière homogène sur l'ensemble du périmètre audité, nous avons dû arrêter les définitions à appliquer pour quelques concepts (voir également le lexique technique au chapitre 9).

### 5.3.1. Les médecins cadres

Pour la notion de médecin cadre nous avons retenu, comme base de référence, les définitions des art. 6 à 8 du règlement du Conseil d'Etat sur les médecins chefs de département, les médecins chefs de service, les médecins cadres, les médecins agréés et les médecins hospitaliers du CHUV (R.méd) dont le champ d'application concerne uniquement le CHUV. La convention collective de travail des médecins chefs de la FHV ne concerne qu'une partie des médecins cadres, à savoir les médecins chefs et ce, pour les établissements qui l'ont ratifiée. Ainsi, pour les hôpitaux autres que le CHUV, nous avons appliqué la définition du R.méd par analogie pour les seules fins de nos travaux.

*« Art. 6 - Médecin cadre : Le médecin cadre occupe l'une des trois fonctions mentionnées ci-dessous à un taux minimum de 50 %. Si le CHUV a signé une convention de collaboration avec l'hôpital employeur du médecin concerné, dans son domaine de compétence, celui-ci peut exercer au CHUV une activité de médecin cadre rémunérée à un taux inférieur à 50 %.*

- Médecin chef ;*
- Médecin adjoint ;*
- Médecin associé.*

*Le médecin cadre assume les responsabilités qui lui sont déléguées par le médecin chef de service.*

*Art. 7 – Médecin chef : Le médecin chef est le collaborateur direct du médecin chef de service. Il possède une expertise médicale dans un domaine spécifique reconnu dont il a la responsabilité et assure des fonctions dans la vie institutionnelle. Il peut remplacer le chef de service.*

*Art. 8 – Médecin adjoint : Le médecin adjoint est le collaborateur direct d'un médecin chef de service ou d'un médecin chef. Il possède une expertise médicale dans un domaine spécifique reconnu et assure des fonctions dans la vie du service. Il peut remplacer le médecin chef. »*

Nous avons exclu de nos travaux les médecins non cadres soit les médecins assistants, les chefs de cliniques, les médecins hospitaliers, les médecins stagiaires.

### 5.3.2. Les médecins agréés

La notion de médecin agréé n'est définie légalement que pour le périmètre du CHUV à l'art. 1 al. 4 du R.méd :

*« Sont considérés comme médecins agréés, les médecins ayant leur activité principale en dehors du CHUV et assumant des responsabilités de soins et de supervision médicale sous la responsabilité d'un médecin chef de service et dont le taux d'occupation au CHUV est inférieur à 50 %. Outre leur activité hospitalière décrite ci-dessus, les médecins agréés peuvent assumer des activités de recherche ou d'enseignement. Ces activités, y compris le pourcentage dévolu à chacune d'elles, font partie intégrante du cahier des charges et sont indissociables. »*

L'art. 55 de ce même règlement précise d'ailleurs que :

*« Les activités des médecins agréés sont exercées à titre bénévole ou contre rémunération sur la base de tarifs.*

*Trois types de tarifs peuvent être appliqués :*

- a. un tarif en fonction du taux d'activité, fondé sur le tarif institutionnel applicable aux médecins associés au sens de l'article 10, lettre c) du présent règlement.*
- b. un tarif au forfait convenu avec la direction du CHUV, versé en douze fois.*
- c. exceptionnellement, un tarif lié aux prestations effectuées arrêté par la direction du CHUV.*

*La rémunération versée aux médecins agréés non bénévoles en application de l'alinéa 2 ci-dessus couvre leurs activités tant cliniques qu'académiques. »*

Nous nous sommes aussi référés, pour définir ce concept, au Règlement sur l'organisation médicale des hôpitaux reconnus d'intérêt public et sur la rémunération de leurs médecins cadres du 21 décembre 2016, qui a été abrogé suite à une décision de la Cour constitutionnelle du Canton de Vaud du 26 octobre 2017.

L'art. 3 al. 2 précise :

*« Les médecins agréés sont également considérés comme des médecins cadres au sens du présent règlement dans la mesure prévue par l'art. 15. »*

L'art. 5 al.1 précise :

*« Le médecin cadre est un employé de l'hôpital engagé par un contrat de travail de droit privé, hormis au CHUV, où ce contrat relève du droit public. Les hôpitaux peuvent toutefois s'attacher les services de médecins agréés exerçant à titre indépendant par un contrat de mandat, dans la mesure prévue par l'art. 15. »*

L'art 15 al. 1 et al. 3 fait état que :

*« Le médecin agréé ne peut exercer une activité dépassant un équivalent de quatre demi-journées par semaine au sein de l'hôpital. (...) le médecin agréé est payé à l'acte ou à l'heure, selon les règles fixées par la direction générale. (...) »*

Il arrive que les médecins agréés soient inclus dans les cadres des établissements de la FHV lorsque leur taux d'activité est important.

De manière générale et notamment au CHUV, le médecin agréé doit avoir son activité principale en dehors de l'établissement ; il déploie dans ce dernier une activité inférieure à 50 %. Une instruction de la FHV mentionne un taux d'activité des médecins agréés à 20 % mais ce taux n'est pas appliqué dans les faits. En principe, les médecins agréés agissent comme des « prestataires de services » et ne sont donc pas des « salariés » de l'hôpital. Dans le cadre de nos travaux, nous avons considéré comme étant des salariés les médecins sous contrat comme agréés mais recevant un salaire (avec une fiche de salaire). Nous avons inclus dans la population à analyser les médecins agréés ayant un taux d'activité supérieur à 25 %.

## En résumé

La notion de « médecin cadre » ne fait pas l'objet d'une définition harmonisée dans les bases légales en vigueur et la documentation disponible consultée. Dans le cadre de nos travaux, nous avons utilisé par analogie, la définition applicable au CHUV qui est prévue dans le R.méd. Nous avons considéré comme médecins cadres les médecins chefs, les médecins adjoints et les médecins associés.

Les médecins agréés ont été considérés comme étant également des médecins cadres lorsqu'ils occupaient des fonctions assimilables à celles des cadres et lorsque leur taux d'activité était supérieur à 25 %. Les médecins agréés qui avaient obtenu des rémunérations via le processus des salaires ont été également considérés comme étant des « salariés ».

### 5.4. Intervenants rencontrés

Nous avons rencontré les personnes occupant les fonctions suivantes, sauf dans les cliniques privées où les travaux d'audit ont été réalisés de manière plus succincte en raison de la composition différente du corps médical :

- Président du Conseil.
- Direction générale.
- Directeur médical.
- Directeur / responsable des ressources humaines.
- Directeur / responsable financier.
- Responsable du contrôle de gestion et divers responsables administratifs.
- Responsable des affaires juridiques, selon les établissements.
- Responsable de la facturation (pour l'analyse des processus) et/ou des admissions.
- Responsable de la fonction achat (mis à part pour le CHUV).

Nous n'avons pas réalisé d'entretiens avec les médecins autres que ceux occupant des fonctions de direction médicale. Il avait été en effet convenu, dans le cadre de la définition de notre mandat, que nous n'allions pas analyser la qualité de la facturation des prestations médicales, ni l'organisation médicale des services au sens métier du terme.

Nous avons également eu un entretien avec la Direction générale de la Société vaudoise des médecins (SVM) qui nous a exprimé ses préoccupations en matière de gestion salariale des médecins dans les hôpitaux.

#### 5.4.1. Les composants de rémunération analysés

##### 5.4.1.1. L'activité clinique versus non clinique

Les médecins cadres réalisent principalement des activités à caractère clinique, mais des composants de leur rémunération peuvent être liés à la réalisation d'autres types de tâches (ex. direction, enseignement, recherche).

##### 5.4.1.2. L'activité publique versus privée

On entend ici par « activités publiques » les activités faisant partie intégrante du cahier des charges des médecins dans les hôpitaux ou réalisées dans le cadre de leurs activités au sein de l'hôpital. On entend en revanche par « activités privées », celles réalisées par le médecin pour son propre compte lors des demi-journées octroyées pour la pratique privée ou dans le cadre d'activités en cabinets.

La rémunération des médecins concernés par nos travaux est souvent partagée entre leurs « activités cliniques ou non cliniques dans les établissements audités » et leurs « activités réalisées à titre privé ».

La rémunération découlant des activités de pratiques privées, qu'elle provienne d'un cabinet détenu dans l'hôpital (intra-muros) ou à l'extérieur de l'hôpital (extra-muros), relève des affaires privées et n'a pas été considérée dans le cadre de nos travaux, mis à part pour les relations d'affaires impliquant juridiquement les hôpitaux concernés. Il s'en suit que les données de rémunération analysées et évoquées ne donnent qu'une vision partielle des revenus des médecins, car elles portent uniquement sur les rémunérations versées par les établissements audités.

Pour les médecins exerçant dans un cabinet privé au sein de l'hôpital, la facturation « patient » est faite soit par l'hôpital, soit directement par le cabinet privé. Pour des raisons juridiques, nous avons exclu de notre champ d'analyse toutes les données qui concernaient les statistiques de facturation qui sont traitées par l'hôpital pour les cabinets intra-muros.

Il convient par ailleurs de préciser que les données de facturation analysées sont des données statistiques ne comportant aucune donnée nominative à caractère médical. Ainsi, tant le secret des affaires privées que le secret médical a été respecté dans le cadre de la réalisation de nos travaux d'audit.

### 5.4.1.3. L'activité dépendante ou indépendante

Il convient aussi de distinguer les rémunérations versées sous la forme d'un salaire (découlant d'activités dites « dépendantes »), de celles découlant de prestations de services versées sous la forme d'honoraires (découlant d'activités dites « indépendantes »). Lorsque les médecins réalisent des activités pour leur compte, nous avons analysé le processus de facturation des honoraires par les médecins et, le cas échéant, le calcul de ceux-ci, leur versement et leur mode de comptabilisation.

La distinction entre ces deux types de rémunération n'est pas aisée à apprécier. Par conséquent, afin de distinguer les cas rencontrés, nous nous sommes appuyés sur les critères suivants appliqués par la Caisse vaudoise de compensation AVS pour qualifier une activité d'« indépendante », à savoir :

- Opérer des investissements importants.
- Encourir des pertes.
- Supporter le risque d'encaissement et de ducroire.
- Supporter les frais généraux.
- Agir en son nom propre et pour son propre compte.
- Se procurer soi-même les mandats.
- Occuper du personnel.
- Utiliser ses propres locaux et infrastructures.

A contrario, les critères déterminants d'une activité « dépendante » sont :

- Le droit de donner des instructions aux salariés.
- L'existence d'un rapport de subordination.
- L'obligation de remplir la tâche personnellement.
- La prohibition de faire concurrence.
- Le devoir de présence.

### 5.4.1.4. Nombreux composants des salaires

Pour ce qui a trait aux rémunérations sous la forme de salaires, celles-ci comportent de nombreux composants qui sont très divers d'un médecin à l'autre, d'un hôpital à l'autre et d'une spécialité médicale à l'autre. Certains de ces composants sont fréquents et d'autres sont rares. D'un établissement à l'autre, la notion de « salaire des médecins » n'est pas la même. Nous pouvons énumérer les types de rémunération rencontrés de la manière suivante (voir également le schéma au chapitre 5.9.3) :

#### **Le salaire fixe à savoir :**

- Un salaire de base prédéfini (de base et/ou garanti).
- Des allocations pour absence de patientèle privée (le plus souvent fixes).
- Des allocations forfaitaires pour supervision de personnel.

- Des allocations forfaitaires pour tâches administratives.
- Des indemnités pour charges d'enseignement ou de recherche.
- Des indemnités pour présidence de collège des médecins.
- Des indemnités pour charge de direction médicale.
- Des primes d'ancienneté.

**Le salaire variable à savoir :**

- Les compléments de salaire au titre de la clientèle privée (à titre individuel ou sous la forme d'une répartition par « pool »).
- Les éventuels bonus basés sur la performance découlant de l'atteinte d'objectifs personnels ou collectifs.
- Les rémunérations à l'acte des médecins salariés.
- Les indemnités pour travaux spéciaux ponctuels.
- Les indemnités pour piquets, gardes ou astreintes.

**Les salaires en lien avec des activités accessoires (fixes ou variables) non liées à l'activité clinique, à savoir :**

- Les compléments en lien avec des activités de recherche ou de la propriété intellectuelle (droits d'auteur, milestones, royalties, honoraires pour expertise).
- Les rémunérations obtenues lors de prêts de service à des tiers (mise à disposition de personnel médical).
- Le reversement de recettes perçues par l'hôpital au nom du médecin au titre d'activités accessoires réalisées par lui.

**En résumé**

La rémunération des médecins des hôpitaux peut découler soit de salaires (activité « dépendante ») soit de versements d'honoraires pour services rendus (activité « indépendante »). La notion de « salaire » ne fait pas l'objet d'une définition harmonisée et celle-ci comporte de nombreux composants en raison du statut du médecin et de la variété de son activité (clinique ou non clinique). Pour nos travaux, nous nous référons aux rémunérations (salaires ou honoraires) obtenues par les médecins dans le cadre de leurs seules activités au sein des établissements audités. Les salaires comportent des éléments fixes et d'autres qui sont variables. Les honoraires peuvent découler le plus souvent d'une activité comme médecin agréé. Les rémunérations réalisées dans le cadre de cabinets privés ou d'autres activités réalisées à l'extérieur des hôpitaux n'ont pas été analysées.

**5.5. Structure du présent rapport**

Nos travaux d'audit ont été structurés de la manière suivante :

- L'obtention d'informations (listes des noms et spécialisation) concernant les médecins cadres œuvrant dans les établissements concernés (chapitre 5.6).
- L'identification des types de relations contractuelles existantes entre les médecins et les établissements (chapitre 5.7).
- La sélection de médecins à analyser dans le cadre de travaux plus approfondis et ce, sur la base de critères objectifs (chapitre 5.8).
- L'analyse des composants de la rémunération pour les médecins sélectionnés incluant la référence aux grilles et règles applicables (R.méd, CCT-FHV, règlements internes), à l'exactitude du calcul et au caractère probant des pièces justificatives supportant ces composants. Une attention particulière a été portée à la prise en compte de la réalité des contre-prestations dans le mode de rémunération (chapitre 5.9).

- L'analyse de la qualité de la documentation justifiant les versements effectués aux médecins cadres (chapitre 5.10).
- Le mode de calcul des compléments variables de salaires des médecins et leur suivi – à titre individuel ou via des pools d'honoraires (chapitres 5.11 à 5.13).
- La vérification de la mise en place de contrôles garantissant l'exhaustivité de la « facturation patient » et l'impact sur les retenues pour overheads s'agissant des médecins agréés et s'agissant des médecins salariés pour la portion de leurs activités faites à titre privé (chapitre 5.14).
- Le suivi et la prise en charge des ressources utilisées lors de la réalisation de prestations privées dans le cadre d'une activité de cabinet intra-muros (chapitre 5.15).
- La gestion des recrutements et des nominations, ainsi que le processus de détermination des salaires et le suivi des dossiers du personnel (chapitres 5.16 et 5.17).
- La gestion des activités accessoires en lien avec les cahiers des charges (chapitre 5.18).
- La gestion et le suivi des temps de travail, des astreintes et des agendas dans l'optique de s'assurer de la rémunération pour une contre-prestation effective (chapitre 5.19).
- La supervision des services – notion de « chairman » (chapitre 5.20).
- La prise en compte d'autres paiements annexes (par ex. frais de formation, remboursements de dépenses) (chapitre 5.21).
- Les constats généraux sur des éléments de concurrence salariale entre les établissements concernés (chapitre 5.22).

## 5.6. Données disponibles

### Objectif

Après avoir déterminé les catégories de médecins à analyser et les types de rémunérations, nous avons dû déterminer leur nombre, leur(s) spécialisation(s), etc. Nous avons également dû déterminer quelle était « la population des médecins cadres » à analyser et à partir de laquelle un échantillonnage allait être réalisé.

### Contexte

#### *Données du Médecin cantonal*

Le DSAS et plus précisément l'Office du Médecin cantonal qui est chargé de préavisier en vue de la délivrance des autorisations de pratiquer des médecins (art. 75 et 76 LSP) ont été consultés, afin de connaître la population des médecins cadres concernés pour les établissements audités.

Il existe deux types d'autorisations de pratiquer : l'autorisation de pratiquer à titre de « dépendant sous sa propre responsabilité » et l'autorisation de pratiquer à titre d'« indépendant ».

### Travaux réalisés

La qualité des listes ainsi obtenues a été analysée en les confrontant avec celles reçues de la part des hôpitaux. Compte tenu des difficultés rencontrées à cette étape, des travaux complémentaires ont dû être menés en vue d'établir des listes de médecins probantes.

### Constats

#### *Données de l'Office du Médecin cantonal*

L'analyse des listes obtenues de l'Office du Médecin cantonal nous amène à conclure que celles-ci ne sont ni complètes, ni actualisées. Les autorisations de pratiquer sont souvent octroyées pour des durées indéterminées. Lors des consultations faites par le Médecin cantonal auprès des médecins pour la mise à jour de leurs dossiers, nombreux sont ceux n'ayant pas répondu.

Tous les établissements traités nous ont relevé le fait qu'il est long et fastidieux d'obtenir des nouvelles autorisations de pratiquer pour les médecins qu'ils engagent et, dans certains cas, même si ces médecins sont déjà au service d'autres établissements du canton. Il nous a été relevé que les délais d'émission sont si variables qu'il est difficile de prévoir à quel moment les embauches peuvent devenir effectives, ce qui complique les mutations de personnel, freine les engagements voire fait échouer certains processus de recrutement.

Les croisements de données réalisés entre les listes du Médecin cantonal, celles des hôpitaux et la base de données de la FMH nous amènent aux constats suivants :

- Les autorisations pour divers médecins figurant dans les dossiers du personnel des hôpitaux ne sont pas répertoriées sur les listes du Médecin cantonal.
- L'exploitation des données contenues dans ses bases de données ne permet pas au Médecin cantonal d'avoir une situation à jour du nombre de spécialistes présents dans chacun des établissements du canton.
- La base de données des autorisations de pratiquer n'est pas concordante à plusieurs égards avec celle tenue à jour par la FMH.

L'Office du Médecin cantonal est conscient des limitations et de la vétusté de ses bases de données et a mis en place une démarche afin de favoriser leur exploitation et leur mise à jour. Toutefois, ce travail nécessite de reconstituer la base de données à partir d'informations en provenance des médecins autorisés à pratiquer et, le cas échéant, des établissements. Il conviendrait de procéder à un contrôle et une mise à jour a minima des informations relatives aux médecins autorisés à pratiquer sur au moins les points mentionnés à l'art. 12 REPS, à savoir :

- Changement de nom.
- Changement d'adresse (privée et du cabinet).
- Ouverture ou fermeture de cabinet.
- Cessation d'activité provisoire ou définitive.
- Reprise d'activité provisoire ou définitive.
- Départ du canton, même si une activité professionnelle y est maintenue.
- Activité en dehors du canton.
- Acquisition de la nationalité suisse ou modification du titre de séjour.

A ce titre, le DSAS nous a mentionné être conscient du problème relevé et va lancer prochainement un projet informatique visant le renouvellement de sa base de données.

### **En résumé**

Les listes des médecins contenues dans les bases de données de l'Office du Médecin cantonal ne sont pas à jour, ce qui ne permet pas de disposer de listes fiables de la « population » à analyser. Les travaux d'audit n'ont pu être réalisés sur la base de ces listes. Les bases de données du Médecin cantonal devraient faire l'objet d'une mise à jour complète notamment sur les points de l'art 12 REPS.

**Recommandation 1**

Exécution	<b>Amélioration</b>	<b>Plan d'action</b>	Transversale
-----------	---------------------	----------------------	--------------

Nous recommandons de poursuivre et renforcer la démarche de mise à jour de la base de données concernant les médecins autorisés à pratiquer avec, le cas échéant, l'appui de la DSI de l'Etat de Vaud.

Cette démarche doit être conduite afin de permettre un suivi adéquat des autorisations de pratiquer délivrées, la mise à niveau des informations utilisées et notamment de procéder à un contrôle et une mise à jour des informations relatives aux médecins autorisés à pratiquer au moins sur les points mentionnés à l'art 12 REPS.

Importance	Basse	Moyenne	Haute
<b>Portée</b>			✓
<b>Urgence</b>			✓

Délai de résolution :	<b>Plan d'action</b>
-----------------------	----------------------

**Listes obtenues des hôpitaux**

Etant dans l'impossibilité de nous appuyer sur les données détenues par le Médecin cantonal pour conduire nos travaux, nous nous sommes basés sur les listes obtenues de la part des hôpitaux eux-mêmes.

Ces listes ne pouvant le plus souvent pas être extraites rétroactivement des systèmes informatiques, nous avons obtenu la liste des médecins cadres à la date de nos travaux (soit en 2018). Celles-ci comportaient donc des écarts par rapport aux listes des salaires de 2017 analysées, du fait de mutations (départs, arrivées, transferts). Afin de s'assurer de la pertinence et de la complétude des listes reçues, les annuaires des hôpitaux ont été consultés, ces listes ont été recoupées avec les données contenues dans le journal des salaires pour 2017 et la plausibilité du nombre de médecins par spécialité qui s'y trouvaient a été examinée. Les listes obtenues ont été également recoupées avec celles des autres hôpitaux afin d'intégrer dans nos échantillons des médecins travaillant dans plus d'un établissement.

Plusieurs tris de données ont été nécessaires afin d'établir les typologies de médecins concernés, car la qualité et la structure de ces données n'étaient pas homogènes en raison de/des :

- La divergence entre établissements de la notion de médecin cadre, qui n'inclut pas systématiquement les mêmes statuts (ex. « médecins salariés » et « médecins agréés »).
- Listes à traiter incomplètes, certains médecins agréés n'y étant pas répertoriés.

Ainsi, en dépit de la collaboration des directions générales, les données, listes des médecins cadres notamment, ayant servi de base à la réalisation de nos travaux doivent être considérées comme étant d'un niveau de qualité non homogène et d'un degré de fiabilité limité.

**5.6.1. Croisement des chiffres d'affaires par fournisseurs avec la liste des médecins**

Diverses listes de travail ont été réconciliées, afin de reconstituer le chiffre d'affaires des médecins agréés via la comptabilité auxiliaire des fournisseurs dans le but de départager la part attribuable à la facturation faite pour le compte des cabinets privés de celle imputable à l'activité réalisée à titre de prestations pour le compte de l'établissement.

Une analyse de la comptabilité auxiliaire des fournisseurs a permis de vérifier si les médecins retenus à partir des listes remises étaient considérés, par l'hôpital, comme étant des fournisseurs (par ex. prestataires de services) en plus d'être salariés. Plusieurs cas de ce type ont été identifiés dans les grands hôpitaux de la FHV.

## En résumé

Les systèmes informatiques utilisés et la structure des données diffèrent d'un hôpital à l'autre. Les systèmes d'information ne permettent pas d'extraire rétroactivement une liste de salariés à une date antérieure, ce qui nous a contraints à réaliser de nombreuses réconciliations et consolidations de listes extraites de ces différents systèmes, afin de pouvoir déterminer l'ampleur de la population à analyser et les types de cas concernés.

En sus des médecins présents sur les listes des salariés, nous avons identifié des médecins ayant été considérés comme des « fournisseurs » dans la comptabilité des grands hôpitaux de la FHV.

## 5.7. Typologies de relations juridiques entre les médecins et les hôpitaux

### Objectif

Les listes obtenues ont été triées par typologie afin d'établir la nature des travaux pouvant être réalisés en fonction de la documentation disponible.

### Contexte

En dépit du fait qu'elles ne sont pas considérées de manière analogue dans les divers établissements, le type des relations existantes entre les médecins et les hôpitaux a été décrit et arrêté, afin d'obtenir des listes homogènes à des fins d'échantillonnage.

### Travaux réalisés

Sur la base des listes obtenues à l'étape précédente, les données ont été retraitées de manière à déterminer, pour l'ensemble des médecins cadres recensés auprès du CHUV et des établissements :

- Les différentes typologies rencontrées (salariés, agréés).
- Les médecins cumulant le statut de salarié et d'agréé (fournisseurs), désignés ensuite dans le présent rapport en tant que « statuts mixtes ».
- Les médecins disposant de cabinet privé intra-muros ou extra-muros.
- Les médecins cadres employés par d'autres établissements et détachés en prêt de service (par ex. rémunérés par d'autres hôpitaux).
- Les modalités de paiement des salaires : par l'exploitation principale ou via des fonds de tiers.

### Constats

#### *Types de médecins contenus dans ces listes et volumétrie*

Il ressort des listes communiquées et par les établissements audités les noms de 1'045 médecins cadres (voir tableau au point 5.8.2) soit 781 salariés et 264 agréés : 570 au CHUV et 475 dans les établissements de la FHV. Les listes traitées comportent des recoupements car il est possible qu'un médecin ait par exemple un taux d'activité de 40 % dans un établissement, de 20 % dans un deuxième, puis de 30 % dans un troisième et ce, avec des statuts différents.

Tant le CHUV que les établissements de la FHV ont des médecins salariés et des médecins agréés.

Dans les hôpitaux de la FHV, le taux d'activité des médecins salariés varie de 20 % (dans un seul grand établissement) à 100 %. Le taux d'activité des médecins agréés ayant été contractualisés varie entre 5 % et 100 %, mais des médecins agréés n'ont pas de taux d'activité spécifié dans leur contrat de travail car ils sont uniquement rémunérés à la prestation. Nous avons relevé des cas pour lesquels les médecins agréés avaient négocié un niveau de chiffre d'affaires minimum garanti. Par ailleurs, certains hôpitaux de petite taille doivent avoir recours à de nombreux médecins agréés à des taux d'activités divers et variés car ils n'ont souvent pas la taille critique leur permettant d'embaucher des spécialistes à 100 %.

Au CHUV, les typologies de médecins désignés comme « médecins agréés » sont en fait des salariés, plus précisément des médecins payés via les salaires mais avec une base de calcul qui est différente de celle des « médecins salariés » tel que défini dans le lexique technique. Les médecins agréés du CHUV sont soit rétribués à l'heure, soit à la prestation.

Dans des établissements, le temps partiel est la norme, alors que dans d'autres il est moins préconisé. Ceci explique qu'à taille équivalente, des établissements peuvent avoir un nombre de médecins cadres proportionnellement plus élevé.

Nous relevons des cas (en particulier dans deux des cinq grands établissements) de médecins agréés présents dans l'hôpital pour un taux d'activité important. Lors des négociations qui ont eu lieu avec les médecins au moment du passage au statut de salarié en 2005, certaines directions d'établissement ont adopté une approche ferme et systématique alors que d'autres, craignant le départ de nombreux médecins, l'ont été dans une moindre mesure. Des directeurs d'établissement, arrivés en poste depuis, ont hérité de situations historiques dorénavant difficiles à modifier. Ces cas sont plus fréquents dans les spécialités pour lesquelles les tarifs permettent de générer des chiffres d'affaires plus élevés à un taux d'activité équivalent.

En principe, on s'attend à ce que les médecins pratiquant à un fort taux d'activité soient salariés et que ceux pratiquant à des taux d'activité très réduits aient un statut de médecin agréé. Néanmoins, nos analyses nous amènent à constater que les statuts ne sont pas appliqués de manière systématique. A titre d'exemple, nous relevons que pour l'un des établissements audités ayant révisé les salaires de ses cadres, des médecins jusqu'alors salariés à 100 % ont demandé de bénéficier d'un statut d'agréé pour des taux d'activités importants.

Toujours pour illustrer la confusion qui règne dans l'application des statuts de « salariés » ou d'« agréés », nous citons le cas d'un médecin agréé d'un grand hôpital de la FHV ayant un taux d'activité de 100 % et ayant reçu des « honoraires » pour plus de CHF 720'000 via le système des salaires en 2017. Celui-ci avait déjà, au cours de la même année, une activité en cabinet en parallèle. Ce médecin a depuis donné sa démission et a démarré une activité exclusivement en clinique privée.

## En résumé

Nous avons effectué de nombreux tris de données pour établir les catégories de médecins à analyser.

Les statuts juridiques des médecins cadres intervenant dans les hôpitaux reconnus d'intérêt public sont disparates et reposent sur des critères peu clairs. Ainsi, les notions de « salariés » et d'« agréés » ne sont pas appliquées de manière homogène. Nous avons relevé de nombreux médecins étant à la fois salariés et agréés que nous avons considérés comme des « statuts mixtes » pour la suite de nos travaux.

Certains hôpitaux de petite taille doivent avoir recours à de nombreux médecins agréés à des taux d'activités divers et variés, car ils n'ont souvent pas la taille critique leur permettant d'embaucher les spécialistes à 100 %.

Nous avons pu établir que dans les hôpitaux de la FHV, plusieurs médecins avaient des cabinets intra-muros et/ou extra-muros en sus de leur activité clinique dans l'hôpital.

**Recommandation 2**

Exécution	<b>Amélioration</b>	<b>Plan d'action</b>	Transversale
-----------	---------------------	----------------------	--------------

Nous recommandons de clarifier le statut de « médecin agréé » (taux d'activité autorisé) et dans quels cas le recours à ce type de prestataires peut être admis en prenant en considération les critères suivants :

- Les cas où la masse critique des prestations ne permet pas le recours à des médecins salariés pour un taux d'activité important (par ex. prestations « niches » ou « petits hôpitaux excentrés »).
- Les cas où la rareté des médecins dans une spécialité donnée sur le marché fait en sorte que l'hôpital n'a pu en recruter pour répondre aux contrats de prestations (ex. éloignement des zones urbaines, spécialisation).

Cette clarification doit se faire en prenant en compte les délais d'émission des autorisations de pratiquer, l'adéquation des ressources que les hôpitaux doivent avoir à disposition pour remplir leurs contrats de prestations.

Importance	Basse	Moyenne	Haute
<b>Portée</b>		✓	
<b>Urgence</b>	✓		

Délai de résolution :	<b>Plan d'action</b>
-----------------------	----------------------

**5.7.1. Approfondissement des « statuts mixtes » à la FHV**

**Les « statuts mixtes » des situations à clarifier**

La classification des médecins des hôpitaux de la FHV suivant leur statut de salariés (« dépendants ») ou d'agréés (« indépendants ») a mis en évidence des cas de médecins avec un double statut de salarié et de prestataire de services pour l'hôpital que nous désignerons ici par « statuts mixtes ». Nous détaillons au chapitre 5.4.1.3 les critères applicables à la classification d'une activité dépendante ou indépendante. Il existe plusieurs variantes de cas de statuts mixtes et nous en avons rencontrés dans quatre des 12 établissements de la FHV visités dont trois grands hôpitaux. Ces statuts mixtes comportent le plus souvent les caractéristiques suivantes :

- Le médecin touche un salaire via l'application informatique des salaires composé d'une part fixe (sous la forme d'un salaire proprement dit ou sous la forme d'un socle de revenu garanti) et/ou d'une part variable.
- Il réalise des actes à titre privé pendant les deux, voire trois demi-journées par semaine qui lui sont octroyées sur son temps de travail rémunéré et pour lesquelles la facturation est traitée le plus souvent par l'hôpital.
- L'hôpital détermine la part médicale du tarif au médecin pour lui reverser des honoraires pour son travail comme « agréé », sans que celui-ci n'ait à se soucier de la facturation de ses prestations (le médecin ne produit aucune facture d'honoraires à l'hôpital).
- Sur les tarifs facturés aux patients via les assureurs, l'hôpital retient un pourcentage de charges (taux de 3 % à 6 % au titre de retenues pour overheads) pour prendre en compte notamment les coûts assumés par l'hôpital pour la prestation de service de facturation patient.
- Parfois, ces retenues pour overheads prennent également en compte les charges de loyer et d'autres types de dépenses payées par l'hôpital pour la réalisation d'actes à titre privé (personnel administratif, matériel médical et médicaments).
- Les honoraires nets des retenues pour overheads sont ensuite payés sans pièces justificatives directement au médecin (ni décompte ni facture), le plus souvent sans retenue apparente de charges sociales, ni facturation de TVA sur la part des retenues pour overheads.

### ***Une situation floue***

Il existe un flou réel concernant les médecins au « statut mixte ». Dans le cadre de nos travaux, nous avons constaté que des médecins au bénéfice de contrats comme agréés étaient payés via l'outil des salaires. A contrario, certains salariés ont également reçu des versements via la comptabilité des fournisseurs.

Cette confusion pose notamment des difficultés dans la prise en compte adéquate des charges sociales. On se retrouve parfois, dans les hôpitaux de la FHV, avec des salaires plafonnés à CHF 500'000 après prise en compte de l'ensemble des parts fixes et des parts variables. Or, comme des versements complémentaires sont également faits aux médecins hors de la comptabilité des salaires, via la comptabilité fournisseurs, il peut découler des dépassements de ces plafonds.

Dans la pratique et selon les établissements, les médecins ont droit à deux, voire trois demi-journées par semaine sur leur temps de travail pour la réalisation de prestations privées. De l'avis de médecins interrogés (Directeurs médicaux), ceci sert à compenser des heures supplémentaires réalisées par ailleurs mais l'état actuel du suivi des heures des médecins ne permet pas, le plus souvent, de vérifier l'adéquation de ces reprises d'heures supplémentaires.

### ***Autres versements via la comptabilité auxiliaire des fournisseurs***

En sus de versements d'honoraires privés, nous avons également relevé d'autres types de versements réalisés via la comptabilité auxiliaire des fournisseurs pour des établissements de la FHV.

A titre d'exemple, dans l'un des grands établissements, nous avons relevé le cas d'un médecin salarié qui a reçu, en sus de son salaire et de ses honoraires, un montant de CHF 70'000 d'honoraires en tant que fournisseur de services. Dans le même établissement, d'autres versements ont été faits à d'autres médecins au titre de participation à des collèges des médecins ou encore au titre de prestations d'enseignement pour un total cumulé de CHF 44'000.

### ***Lien entre le mode de facturation et le respect des plafonds salariaux***

Pour les prestations privées effectuées par des médecins cadres, des hôpitaux réalisent le traitement de la facturation, mais d'autres autorisent les médecins à facturer eux-mêmes leurs prestations directement aux patients / assureurs. Du fait des plafonds, il existe un risque que les médecins s'approchant des plafonds salariaux aient tendance à privilégier davantage leurs consultations privées, plutôt que les activités cliniques relevant du domaine public, pour augmenter leur rémunération. Ce risque est amplifié par le fait que la gestion des temps de travail et des plannings est le plus souvent déficiente puisqu'il devient dans certains cas impossible d'avoir une vue d'ensemble des présences.

### ***Confusion possible pour les patients***

Toujours pour les établissements de la FHV, la facturation privée (hors cabinets) des actes médicaux réalisés concerne quasi exclusivement des consultations ambulatoires. Néanmoins, nous avons constaté que quelques médecins d'hôpitaux de la FHV sont au bénéfice d'un droit contractuel de facturer eux-mêmes des prestations privées hospitalières. Au-delà de la question qui se pose en termes d'égalité de traitement entre les médecins, plusieurs intervenants rencontrés ont admis que ce mode de facturation peut créer de la confusion pour les patients qui se font soit traiter à l'hôpital en ambulatoire, soit en stationnaire (hospitalisation), mais à titre privé.

Nous précisons que le Code de déontologie de la FMH mentionne à son art. 9 que « *Dans le cadre de son activité salariée, le médecin ne peut exercer en son propre nom. Il veille à ce que le patient sache clairement à qui il confie son mandat thérapeutique* ».

**5.7.2. Les retenues de charges sociales des « statuts mixtes » et les risques fiscaux éventuels**

**Absence de prélèvements de charges sociales sur certaines rémunérations et risque d'absence d'annonce fiscale des revenus**

Dans au moins trois des grands hôpitaux de la FHV, des versements d'honoraires ont été comptabilisés dans le module de comptabilité auxiliaire des fournisseurs pour des montants correspondant au net des versements d'honoraires après déduction de retenues pour overheads. Dans l'un de ces établissements, une partie de ces sommes a été comptabilisée directement en charges avec pour contrepartie un compte de liquidité. Les hôpitaux concernés calculent directement les honoraires à reverser aux médecins puis les versent sans facturation faite par eux. Ces situations ne sont clairement pas judicieuses et doivent être prohibées, elles impliquent à notre sens des risques d'absence de retenues pour charges sociales et d'omission de la déclaration de ces rémunérations aux autorités fiscales. Les responsabilités en la matière ne sont pas claires entre les hôpitaux et les médecins concernés.

Nous avons également relevé des cas pour lesquels des salariés avaient deux numéros de collaborateurs au sein du même hôpital : une fois au titre de salarié et une autre fois au titre d'agréé touchant un salaire. Pour ces deux cas relevés dans des grands hôpitaux de la FHV, nous avons constaté des erreurs de faible importance dans l'application des plafonds de cotisations des charges sociales.

**En résumé**

Dans plusieurs hôpitaux de la FHV œuvrent des médecins que nous avons qualifiés comme ayant des « statuts mixtes » c'est-à-dire qui sont à la fois « salariés » et « fournisseurs de services ». Ces situations peuvent ne pas être conformes aux directives AVS et peuvent engendrer des dépassements dans les plafonds de salaires applicables.

Pour la portion de leurs activités en tant que prestataires, les médecins salariés ne facturent pas leurs honoraires (comme le font les autres prestataires) et ceux-ci sont versés aux médecins suivant des calculs réalisés par l'hôpital.

Sur ces honoraires versés, le risque existe qu'aucune retenue pour charges sociales ne soit prélevée et l'annonce de ces rémunérations aux autorités fiscales n'est pas garantie.

**Recommandation 3**

Exécution	<b>Amélioration</b>	<b>Plan d'action</b>	Transversale
-----------	---------------------	----------------------	--------------

Nous recommandons de demander aux membres de la FHV de :

- Clarifier la situation quant à la possibilité de faire coexister des situations où les médecins sont à la fois salariés et prestataires de services au sein d'un même établissement (« statuts mixtes » des médecins).
- Bannir toutes pratiques consistant à rembourser à des médecins quelque dépense que ce soit, via le module de comptabilité auxiliaire des fournisseurs lorsque ceux-ci sont par ailleurs salariés.
- Bannir les pratiques consistant à rétrocéder des honoraires via le module de comptabilité auxiliaire des fournisseurs des établissements, lorsque les médecins n'ont pas préalablement produit une facture d'honoraires afin de rendre traçables les flux comptables des cabinets privés et des médecins exerçant dans les murs des hôpitaux à titre d'« agréés ».

Importance	Basse	Moyenne	Haute
<b>Portée</b>		✓	
<b>Urgence</b>			✓

**Plan d'action**

### 5.7.3. Médecins détachés ou en prêt de service

Lors de l'analyse des listes reçues, nous avons constaté que des médecins faisaient l'objet de prêts, parfois à titre gratuit et d'autres fois à titre onéreux, par d'autres établissements. Nous avons donc analysé la nature des relations juridiques découlant de ces prêts de personnel.

#### ***Prêt de service du CHUV aux établissements de la FHV***

En particulier pour le volet psychiatrique, le CHUV a signé des conventions avec des hôpitaux pour le détachement de médecins. Ainsi, notamment à l'eHnv, des médecins sont salariés du CHUV. En 2017, leur salaire était refacturé par le CHUV avec une majoration. A l'IL, un médecin est également détaché par le CHUV, à l'HIB, nous relevons trois médecins qui sont rémunérés par l'hôpital de Fribourg et qui sont détachés et à l'EHC, ce sont six médecins qui sont concernés.

En juin 2018, le DSAS a émis une directive plafonnant la refacturation applicable en cas de prêts de service inter-établissements à hauteur de 20 % pour y inclure les congés, les charges patronales et les autres coûts liés à ces détachements. Nous relevons que cette directive ne précise pas le mode de fixation des salaires des médecins concernés. Nous en concluons que si les médecins sont embauchés par le CHUV, la base de référence doit être le R.méd. Des hôpitaux de petite taille nous ont par ailleurs mentionné avoir occasionnellement recours au CHUV en cas de nécessité de remplacer un médecin ; ces situations font l'objet de conventions au cas par cas.

#### ***Autre exemple de personnel détaché***

Comme autre exemple de personnel détaché, nous relevons la participation d'un médecin de BJ à hauteur de 20 % dans un projet de recherche piloté par l'eHnv. L'eHnv indemnise le BJ pour ce faire.

#### ***Les médecins bénévoles du CHUV***

Le CHUV nous a fourni une liste de 272 « médecins bénévoles ». Leur taux d'activité varie entre 5 % et 40 %. Cette liste comportait par erreur le nom d'un médecin retraité à raison d'un taux de 100 %. Ainsi, nous avons constaté que des médecins, surtout ceux ayant déjà travaillé au CHUV, gardent un lien avec l'hôpital universitaire pour des raisons de réseaux, de formation continue mais aussi parfois pour une part d'activités cliniques. Lorsqu'ils reviennent pratiquer au CHUV dans le cadre d'une activité clinique, ils demeurent parfois rémunérés par leur hôpital de rattachement. Le CHUV reverse en partie ces salaires aux hôpitaux concernés, ce qui fait des médecins bénévoles une forme de « bénévoles rémunérés ». La liste et l'archivage des conventions en lien avec l'activité des « bénévoles rémunérés » via une refacturation inter-établissement comportent des lacunes et doivent être améliorés.

Pour d'autres médecins, purement bénévoles, il n'existe aucun flux financier entre le CHUV et les autres hôpitaux. Parmi les bénévoles, figurent également des retraités qui désirent garder un lien avec l'établissement et qui ne touchent aucune rémunération. Il arrive aussi que des médecins soient recrutés par des établissements de la FHV avant d'obtenir une spécialisation FMH, ce qui nécessite qu'ils poursuivent momentanément leur formation au CHUV. Le CHUV aide ces médecins à terminer cette formation en les gardant comme bénévole dans l'intervalle.

Dans le cadre de nos travaux, nous avons tenté de distinguer les bénévoles par catégorie selon qu'ils agissent dans le cadre d'une activité clinique effective ou non. Il découle de la pratique d'activités cliniques des questions d'assurances RC qui ne doivent pas être négligées. Dans le système des salaires du CHUV, ces médecins bénévoles sont tous considérés dans la même catégorie sans distinction de la nature de leur lien avec le CHUV. Nous ne pouvons notamment pas quantifier à combien s'élève la masse salariale payée par les autres hôpitaux (vaudois ou autres) plutôt que par le CHUV pour d'éventuelles activités cliniques réalisées par des médecins bénévoles.

**En résumé**

Il existe des médecins détachés entre les établissements œuvrant au sein du territoire vaudois. Des médecins sont prêtés par le CHUV aux autres établissements moyennant le plus souvent une refacturation du salaire, inclusion faite d'une majoration visant notamment à couvrir les charges sociales et les vacances. Le CHUV a, par ailleurs, de nombreux médecins bénévoles dont plusieurs n'ont aucune activité clinique. Bien qu'en cas d'activités cliniques des conventions aient été signées avec d'autres établissements payant ces médecins pour prévoir les montants devant être refacturés entre les hôpitaux, nous n'avons pas obtenu l'assurance que ces cas soient tous conventionnés.

**Recommandation 4**

<b>Exécution</b>	<b>Amélioration</b>	<b>Plan d'action</b>	<b>Transversale</b>
------------------	---------------------	----------------------	---------------------

Pour les prêts de service inter-établissement, nous recommandons de/d' :

- Procéder à un tri des médecins bénévoles de manière à déterminer quels sont ceux qui ont une activité clinique, d'enseignement et ceux qui n'en ont pas. Pour les médecins bénévoles ayant une activité clinique, il convient de préciser le mode de prise en charge des primes d'assurance responsabilité.
- Procéder, en cas d'activités cliniques voire d'enseignement, à une distinction de la masse salariale qui concerne les médecins salariés d'autres établissements ayant une activité bénévole au CHUV.
- Etablir et conserver un état des médecins bénévoles comprenant notamment les éléments mentionnés ci-avant.

Importance	Basse	Moyenne	Haute
<b>Portée</b>	✓		
<b>Urgence</b>	✓		

Délai de résolution :	<b>Plan d'action</b>
-----------------------	----------------------

**5.7.4. Cabinets extra-muros**

Mis à part pour les médecins salariés du CHUV pour lesquels il n'est pas admis d'avoir un cabinet de ville en sus de l'activité au CHUV, plusieurs autres hôpitaux ont des médecins cadres salariés à temps partiel (dont parfois pour un fort taux d'activité) exerçant dans des cabinets de ville. Alors que le CHUV a émis des directives internes concernant la déclaration des activités accessoires, quelques hôpitaux de la FHV n'ont pas mis en place des processus de déclaration de ces activités qui leur permettraient de répertorier les autres activités de leurs médecins (voir chapitre 5.18).

Les hôpitaux de petite taille et plus excentrés n'ont pas toujours la taille critique permettant de contractualiser à 100 % des spécialistes. Par conséquent, ils font souvent appel à des médecins qui ont également leur cabinet en ville et signent un contrat de travail pour un taux d'activité plus réduit ou des contrats à titre de médecins agréés.

**5.7.5. Cabinets intra-muros**

**CHUV**

La politique interne du CHUV préconise qu'il n'y ait pas de cabinet privé dans les murs de l'hôpital. Des médecins réalisent néanmoins une activité privée liée directement à leur activité au CHUV (comme salariés).

## **FHV et HOJG**

### ***Existence de cabinets dans l'hôpital***

Des établissements de la FHV (six sur les 12 établissements dont quatre des cinq grands établissements) permettent l'existence de cabinets de médecins cadres directement dans les murs de l'hôpital pour leurs médecins salariés et parfois pour des médecins agréés. Des directions d'établissement considèrent que ce type d'organisation permet d'assurer une meilleure sécurité aux patients car il en découle que les spécialistes sont plus souvent déjà sur place en cas de besoin. D'autres encore considèrent que la concurrence est tellement forte pour des spécialités spécifiques entre les salaires plafonnés des hôpitaux et ceux des cliniques privées, qu'il est essentiel de laisser les médecins faire du chiffre d'affaires sur leur temps de travail dans une proportion raisonnable pour éviter qu'ils ne soient trop encouragés à aller travailler uniquement dans le secteur privé. Pour tous les hôpitaux où nous avons relevé l'existence de ce type de cabinet, les établissements étaient propriétaires de leurs locaux à l'exception d'un.

Nous avons relevé quelques cas où le personnel des cabinets (en particulier des secrétaires) avait été recruté par les médecins, mais avait un contrat au nom de l'hôpital. L'hôpital paie les salaires et les refacture aux cabinets. Les salaires de ces personnes sont fixés par les médecins eux-mêmes et, en cas de fermeture du cabinet, l'hôpital pourrait se retrouver à devoir honorer des contrats de travail pour des collaborateurs qui ne sont en réalité pas les siens. Ces situations ne sont juridiquement pas adéquates.

### ***Inventaire des cabinets privés***

Nous avons analysé la gestion des relations juridiques existantes entre les hôpitaux et les cabinets privés intra-muros, étant entendu qu'en cas de non refacturation du coût des ressources publiques utilisées à des fins privées, il pourrait y avoir des formes de rémunérations en nature à considérer en faveur des médecins.

Si la plupart des hôpitaux concernés ont une liste claire et suivie des cabinets présents dans leurs murs, les directions d'au moins quatre grands hôpitaux de la FHV ne connaissent pas le nombre exact de médecins concernés par cette thématique. La contractualisation de la mise à disposition de ressources et de locaux pour les activités des cabinets privés devrait être mieux formalisée ; les conditions applicables devraient être clarifiées, connues en interne et systématiquement appliquées et l'ensemble des contrats signés à ce titre devraient être consignés auprès des directions administratives et financières des hôpitaux pour permettre le traitement de l'exhaustivité de la facturation des ressources utilisées par ces cabinets privés (dites : retenues pour overheads), voir plus de détails à ce sujet au chapitre 5.15.

### ***Inscription au Registre du commerce à l'adresse de l'hôpital***

L'un des hôpitaux nous a mentionné avoir déjà détecté un cabinet constitué en société anonyme ayant pour adresse celle de l'hôpital. Ainsi, le manque d'encadrement de certaines situations, peut engendrer des risques de confusion importants dans les relations avec les tiers et avec les patients.

### ***Confusion possible pour les patients***

Tout comme lorsque les médecins facturent à titre privé leurs prestations hors cabinet directement au patients / assureurs, la facturation des prestations par les cabinets privés présents dans les établissements est susceptible d'engendrer de la confusion pour les patients car ceux-ci sont parfois à la fois patients des hôpitaux et des cabinets. Même si nous n'avons pas analysé la « facturation patient », il nous a été relevé la possibilité que des patients aient eu recours, pour une même pathologie ou une même intervention, pour partie à l'hôpital et pour partie au cabinet privé d'un médecin de l'hôpital.

### ***Assurances RC***

Par ailleurs, on relève que le thème des assurances RC n'est pas clair sur l'ensemble du périmètre vaudois quant à savoir si la RC de l'hôpital doit ou non couvrir toutes les prestations rendues dans ses murs (publiques ou privées). Ainsi, en cas de contestations ou de recours de la part des patients, la question du partage des responsabilités entre l'hôpital et le médecin réalisant des actes dans son cabinet hospitalier peut poser problème. Cette situation devient particulièrement délicate lorsque l'hôpital procède à la facturation pour le compte du médecin installé dans ses murs, met à disposition toutes les infrastructures pour la pratique clinique et assure le suivi de l'encaissement des prestations.

**En résumé**

Les hôpitaux emploient de nombreux médecins agréés pratiquant également dans des cabinets de ville. En sus de ceci, plusieurs hôpitaux de la FHV permettent l'installation de cabinets privés par leurs médecins salariés directement dans leurs murs. Dans certains hôpitaux, l'encadrement de ces cabinets et la formalisation des rapports juridiques entre les hôpitaux et ces derniers font aujourd'hui grandement défaut. Ces situations posent de nombreuses questions qu'il convient de clarifier :

- Comment est partagé le temps de travail entre l'une et l'autre des activités du médecin ?
- Le prestataire de service est-il clair pour le patient ?
- Sous quelle forme juridique les cabinets peuvent-ils s'installer ?
- A quelles conditions les cabinets peuvent-ils s'installer ?
- Comment sont formalisés les rapports juridiques avec les cabinets ?

**Recommandation 5**

Exécution	<b>Amélioration</b>	<b>Plan d'action</b>	Transversale
-----------	---------------------	----------------------	--------------

Afin de permettre une refacturation adéquate des ressources des établissements utilisées par les cabinets privés, nous recommandons d'étudier les dispositions utiles afin que les établissements concernés :

- Précisent les conditions applicables aux cabinets intra-muros à savoir : les statuts juridiques acceptés, l'autorisation préalable de l'établissement en termes d'installation, les conditions de mise à disposition et de refacturation des ressources utilisées, l'inventaire exhaustif de ces structures.
- Requièrent des cabinets présents dans l'hôpital que la facturation de leurs prestations soit faite par l'hôpital lui-même afin d'avoir un contrôle sur les volumes de prestations concernés et d'avoir des voies de recours en cas de litiges patients (du fait de la confusion possible).
- Clarifient les questions relatives aux relations juridiques des cabinets présents dans l'hôpital et notamment de l'adéquate couverture en responsabilité civile.
- S'assurent que les cabinets soient dans un espace dédié et qu'ils fonctionnent de manière distincte de telle sorte qu'il n'y ait pas de risque de confusion de la part des patients quant à son prestataire de service médical.

Importance	Basse	Moyenne	Haute
<b>Portée</b>		✓	
<b>Urgence</b>	✓		

Délai de résolution :	<b>Plan d'action</b>
-----------------------	----------------------

**5.7.6. Paiement des salaires via l'exploitation principale**

Nous avons analysé si les médecins sont exclusivement rémunérés par le biais de l'exploitation principale de l'hôpital afin de déterminer s'ils devaient éventuellement être retirés de nos listes à des fins d'échantillonnage (par ex. en cas de médecins uniquement dédiés à des activités autres que cliniques telles que de l'administratif, de la recherche ou de l'enseignement).

**FHV et HOJG**

Dans les hôpitaux de la FHV, les salaires des médecins cadres sont tous payés à partir de l'exploitation principale. Il n'y a pas de fonds de tiers significatifs susceptibles de prendre en charge la rémunération de médecins qui serait à prendre en compte dans la comptabilité de ces établissements.

**CHUV**

Des travaux de détail sur les sources de financement des salaires des médecins ont été menés uniquement auprès du CHUV, du fait des activités spécifiques de recherche de cet établissement. Nous relevons de très nombreuses réaffectations de dépenses de salaires entre les centres de coûts (entre l'exploitation principale et les fonds) et ce, via divers vecteurs (écritures de réaffectations demandées directement au service comptable ou écritures de réaffectations issues de l'application de facturation « non-patient »).

Les écritures de réaffectations sont si nombreuses qu'il ne nous a pas été possible de toutes les analyser. Bien que nous n'ayons pas relevé d'écritures erronées à ce titre sur l'échantillon que nous avons traité, il existe un risque d'imputation inappropriée des charges entre l'exploitation courante et les fonds découlant de ces réaffectations qui ne doit pas être négligé.

**En résumé**

Les hôpitaux de la FHV et l'HOJG paient tous les salaires des médecins cadres via l'exploitation principale.

Au CHUV, nous relevons de très nombreuses réaffectations de salaires entre les centres de coûts de l'exploitation principale et entre les fonds de tiers et l'exploitation principale. Le processus de suivi et de validation de ces réaffectations est à améliorer afin de limiter les risques d'erreurs au plan des affectations comptables.

**Recommandation 6**

Exécution	<b>Amélioration</b>	<b>Plan d'action</b>	Transversale
-----------	---------------------	----------------------	--------------

Afin de permettre la prise en compte des charges de manière adéquate via l'exploitation courante du CHUV, nous recommandons de requérir la mise en place d'un processus formel de validation, par les RH et la direction financière, de toutes les réaffectations de salaires qui se font entre les fonds et l'exploitation courante du CHUV émergeant de ce qui a été préalablement inscrit dans les contrats de travail dûment validés.

Importance	Basse	Moyenne	Haute
<b>Portée</b>		✓	
<b>Urgence</b>	✓		

Délai de résolution :	<b>Plan d'action</b>
-----------------------	----------------------

**5.8. Sélection des médecins analysés**

**Objectif**

Après avoir déterminé la population à analyser en lien avec les listes de médecins reçues et retraitées par le CCF, un échantillonnage des cas à approfondir dans le cadre de nos travaux a été déterminé.

**Contexte**

Après avoir distingué la typologie des cas à traiter il fallait ensuite déterminer les critères d'échantillonnage de manière à les appliquer avec cohérence sur l'ensemble du périmètre à analyser en lien avec les listes de médecins reçues et retraitées par le CCF.

## Travaux réalisés

Nous avons pris la liste complète des salaires des médecins cadres, incluant toutes les composantes (salaires fixes, compléments variables, allocations fixes, remboursements de frais divers fiscalisés, allocations familiales, etc.), sans tenir compte toutefois des éléments payés à partir de la comptabilité auxiliaire des fournisseurs puis nous avons procédé à un échantillonnage.

## Constats

### 5.8.1. Echantillonnage salarial

Nous avons analysé, pour tous les médecins cadres contenus dans les listes remises, la rémunération totale perçue par chaque médecin à un taux rapporté à 100 % d'activité pour des fins de comparaison des cas. Ces échantillons ont été utilisés pour tous les travaux rapportés dans le cadre du présent rapport, à l'exception de l'analyse menée sur les dépassements de plafonds qui ont été traités sur l'ensemble des médecins contenus dans les listes remises par les établissements.

#### **CHUV**

Pour le CHUV, nous avons pris un échantillon de l'ensemble de la rémunération de 27 médecins répartis dans divers services. De par la taille du CHUV, il nous était impossible d'atteindre le même taux de couverture de la population à analyser que dans les autres hôpitaux.

Les critères de sélection ont visé la recherche :

- Des cas de taux d'activité peu plausibles au regard du salaire versé (parfois expliqués par des situations de doublons pour des cas de double spécialité ou des cas de mutations).
- Des salaires bruts indiqués d'un montant supérieur au seuil de CHF 550'000 R.méd (art. 49 al. 4) une fois extrapolé à un taux d'activité à 100 %.

#### **FHV**

Pour les établissements de la FHV, nous avons considéré comme représentatif un taux de couverture minimal d'un quart de l'ensemble des médecins cadres des établissements.

L'eHnv ayant été audité en tout premier lieu, nous y avons analysé une plus grande proportion de médecins salariés en vue d'affiner nos critères d'échantillonnage pour l'ensemble des autres établissements visités par la suite. En revanche, à l'eHnv, nous n'avons pas traité de manière approfondie le cas des médecins agréés. Pour l'eHnv, nous avons considéré proportionnellement plus de médecins que dans les autres établissements du fait de son organisation multi-sites.

Pour les autres hôpitaux, nous avons pris en compte les points suivants pour procéder à notre sélection : diverses spécialités médicales, prise en compte des médecins statuts mixtes, des médecins salariés et des médecins agréés, médecins avec une rémunération élevée à un taux d'activité ramené à 100 %, présence de cabinets privés, analyse du chiffre d'affaires par fournisseur, éléments particuliers des cahiers des charges (tâches particulières non médicales rémunérées forfaitairement).

#### ***Echantillonnage pour les cliniques privées***

Nous avons relevé un très faible nombre de médecins salariés dans ces établissements, un échantillon d'environ un tiers des cas de médecins salariés a donc été retenu, étant entendu que la plupart des établissements concernés n'ont pas de médecins cadres salariés. Ainsi, nos travaux dans ces établissements ont surtout consisté à des analyses de procédures internes (contractualisation, mise à disposition des ressources, calcul des rétrocessions d'honoraires, etc.).

**En résumé**

Sur la base des listes retraitées de médecins et sur la base des tris de données que nous avons effectués aux étapes précédentes, nous avons sélectionné, pour l'année 2017, des médecins pour lesquels la rémunération a été décomposée et analysée. Notre échantillonnage a consisté à prendre au moins un quart des médecins salariés des hôpitaux de la FHV et de l'HOJG suivant des critères appliqués de manière systématique. Pour le CHUV, la taille de l'établissement ne nous a pas permis d'avoir un taux de couverture aussi significatif. Nous avons donc analysé 27 médecins répartis dans des services variés et avons examiné de manière distincte 65 éléments de rubriques de l'extraction des salaires de 2017 en ciblant les montants les plus importants apparaissant sur cette extraction.

**5.8.2. Catégorie et échantillons**

**CHUV : nombre de médecins par catégorie et échantillons**

Le cas du CHUV est un peu différent des autres hôpitaux en ce sens qu'au vu de sa mission académique, on y identifie des catégories de médecins que nous ne retrouvons pas ailleurs. Nous avons concentré nos travaux sur les catégories de médecins suivantes (tous taux d'activité confondus) :

Nom	Nombre de médecins cadres	Nombre de médecins agréés	Total médecins cadres et agréés	Echantillon médecins cadres	Echantillon médecins agréés	Echantillon total
CHUV	447	123	<b>570</b>	23	4	<b>27 + échantillons spécifiques sur 65 champs salariaux</b>
<b>Sous-total CHUV</b>	<b>447</b>	<b>123</b>	<b>570</b>	<b>23</b>	<b>4</b>	<b>27</b>

**FHV : nombre de médecins par catégorie et échantillons**

Pour les hôpitaux de la FHV et l'HOJG, les échantillons retenus ont concerné le nombre de cas suivants (tous taux d'activité confondus) :

Nom	Nombre de médecins cadres	Nombre de médecins agréés	Total médecins cadres et agréés	Echantillon médecins cadres	Echantillon médecins agréés	Echantillon total
HRC	95	33	<b>128</b>	17	4	<b>21</b>
eHnv	54	Pas traité	<b>54</b>	54	0	<b>54</b>
EHC	62	34	<b>96</b>	17	7	<b>24</b>
GHOL	30	10	<b>40</b>	14	6	<b>20</b>
HIB	40	26	<b>66</b>	11	5	<b>16</b>
HOJG	23	0	<b>23</b>	9	0	<b>9</b>
FN	14	0	<b>14</b>	6	0	<b>6</b>
RSBJ	6	0	<b>6</b>	6	0	<b>6</b>
HL	2	0	<b>2</b>	2	0	<b>2</b>
IL	2	0	<b>2</b>	2	0	<b>2</b>
PE	4	38	<b>42</b>	4	7	<b>11</b>
RN	2	0	<b>2</b>	2	0	<b>2</b>
<b>Sous-total FHV</b>	<b>334</b>	<b>141</b>	<b>475</b>	<b>144</b>	<b>29</b>	<b>173</b>

**Les cliniques privées : nombre de médecins**

Pour les cliniques privées concernées, le mode de fonctionnement est le plus souvent différent. La plupart d'entre elles à l'exception d'une ont des contrats « d'affiliation » avec des médecins agréés qui apportent leurs propres patients et exercent ainsi à des taux d'activité variables par le biais d'une rémunération à l'acte. Nous avons analysé le mode de formalisation des rapports contractuels existant dans ces cliniques et les contrats types utilisés pour ce faire. Des cliniques ont néanmoins quelques salariés (rémunérés quasi en totalité sur la base d'un salaire fixe) pour des montants qui se situent en dessous des plafonds précisés ci-dessus. Par conséquent, nous n'avons pas réalisé de travaux supplémentaires concernant les médecins de ces établissements.

**En résumé**

Nos échantillons ont été composés comme suit :

- 27 médecins du CHUV (dont quatre médecins agréés) et en sus 65 rubriques de salaires pour des cas particulier (en CHF) ciblés à partir d'une extraction complète du journal des salaires cumulés pour 2017 et
- 144 médecins salariés et 29 médecins agréés pour les hôpitaux de la FHV et l'HOJG.

## 5.9. Les composants de la rémunération des médecins pour les échantillons traités

### Objectif / travaux réalisés

Les objectifs des travaux étaient de procéder aux analyses suivantes :

- Typologie de salaires versés.
- Analyse de l'ensemble des virements réalisés pour les médecins cadres concernés (via les salaires et via la comptabilité auxiliaire des fournisseurs).
- Vérification du respect des conventions collectives ratifiées et/ou des bases légales applicables.

### Contexte

#### 5.9.1. Les bases légales et conventionnelles applicables par établissement

Les bases légales et/ou documentaires applicables pour le calcul des salaires des médecins sont les suivantes selon les cas :

##### **CHUV**

Pour le CHUV, il convient d'appliquer les salaires de base mentionnés dans le R.méd qui prévoit (art. 10) que :

*« La rémunération des médecins chefs de département, des médecins chefs de service et des médecins cadres, pour leur activité hospitalière et, le cas échéant, pour leurs activités académiques, est la suivante :*

- a. La base salariale annuelle brute est fixée à CHF 167'059.- versée en treize fois. Le treizième salaire est versé au mois de décembre, sous réserve d'une cessation d'activité en cours d'année, auquel cas il est versé au moment du départ, prorata temporis. En cas d'activité à temps partiel, la base salariale est calculée prorata. Elle est adaptée conformément à l'article 25 LPers-VD ;*
- b. Chaque médecin reçoit un salaire selon lettre a) multiplié par un coefficient hospitalier correspondant au titre le plus élevé que détient le médecin selon lettre c), auquel s'additionne, le cas échéant, le coefficient académique correspondant au titre le plus élevé qu'il détient selon lettre d) ;*
- c. Coefficient hospitalier : médecin chef de département : 1.31 ; médecin chef de service : 1.31 ; médecin chef : 1.16 ; médecin adjoint : 1.12 ; ou médecin associé : 1.08 ;*
- d. Coefficient académique : professeur ordinaire : 0.2 ; professeur associé : 0.15 ; privat docent, professeur titulaire, professeur assistant : 0.1 ; maître d'enseignement et de recherche ou maître d'enseignement et de recherche clinique : 0.05.*

*Le revenu des médecins chefs de département est complété par une indemnité de direction au sens de l'art 53 lettre b) du présent règlement.*

*Les dispositions relatives au complément de revenu lié à la clientèle personnelle et aux autres activités sont réservées, ainsi qu'à la compensation financière pour les piquets astreignants et autres activités médicales astreignantes. »*

Sur cette seule base et sous réserve des indemnités de direction, le salaire fixe varie donc entre CHF 162'500 et CHF 243'750. Le R.méd (art. 49 al. 4) fixe la limite de la rémunération totale, complément de salaire inclus, à un montant de CHF 550'000.

##### **FHV (sauf FN, RN, HIB et HRC)**

Plusieurs hôpitaux de la FHV ont, quant à eux, ratifié une convention collective de travail (CCT-FHV) entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2014. Les établissements n'ayant pas ratifié cette CCT sont ceux couvrant les prestations psychiatriques pour l'Est Vaudois et ceux qui se soumettent par analogie à la CCT-San (Convention collective de travail du secteur sanitaire parapublic vaudois), les établissements intercantonaux pour lesquels il convient de prendre en compte également les règles applicables dans les cantons du Valais et de Fribourg selon le cas ainsi qu'un hôpital spécialisé en ophtalmologie.

La CCT-FHV ne prévoit pas les montants devant être impérativement attribués pour chacun des types d'indemnités possibles. Pour la détermination du salaire fixe, on y précise seulement que le salaire d'un médecin chef pour une activité à 100 % est au minimum de CHF 60'000 ou CHF 200'000 selon les cas. Cette CCT prévoit également un plafonnement de la rémunération à CHF 500'000 pour un taux d'activité de 100 % (art. 20) en excluant expressément les médecins des secteurs psychiatriques, les médecins agréés, ceux du CHUV et les non-cadres. Il y est notamment précisé que la Loi sur le travail ne s'applique pas pour les médecins concernés, de par le fait qu'ils sont, selon ce document, considérés comme ayant une fonction dirigeante élevée. Dans les faits, les dispositions de la CCT-FHV sont utilisées par les hôpitaux en tant que socle minimal, ces dernières laissant une marge d'application importante.

Membre de la FHV, la FN a négocié et ratifié son propre règlement interne sur la rémunération en 2018 et n'a pas, à l'époque, ratifié la convention collective de la FHV. La FN fixe ses propres salaires avec ses propres plafonds salariaux ces derniers étant plus bas que ceux de la FHV.

**HIB**

Membre de la FHV, l'hôpital intercantonal de la Broye est en cours de négociation d'une convention collective spécifique qui lui permettra de prendre en compte les particularités qui s'appliquent à l'interface entre le canton de Vaud et le canton de Fribourg.

**HRC**

Membre de la FHV, l'hôpital Riviera-Chablais a ratifié avec ses médecins une nouvelle CCT qui prend en compte les particularités propres à son caractère intercantonal Vaud-Valais.

**HL et RN**

Les médecins de ces deux établissements ne sont pas couverts en tant que tel par une CCT mais ces établissements appliquent par analogie des dispositions de la CCT du domaine sanitaire (CCT-San).

**HOJG**

L'HOJG a son propre « *Règlement définissant les conditions d'activité et de rémunération des médecins cadres* ». Celui-ci énonce des conditions de rémunération différentes que pour les autres établissements en matière de fixation du plafond de rémunération.

**En résumé**

Les bases documentaires applicables pour le calcul du salaire des médecins sont très diverses. Le CHUV applique le R.méd. Pour les hôpitaux de la FHV, en dépit de la ratification d'une convention collective de travail (CCT-FHV), les règles applicables constatées ne sont de loin pas les mêmes.

### 5.9.2. Résultat des extrapolations salariales – analyse des dépassements de plafonds salariaux

Nous avons repris les listes salariales fournies afin de vérifier si des salaires de médecins excédaient les plafonds salariaux une fois ramenés à un taux d'activité de 100 %. Pour ce faire, nous avons extrapolé, s'agissant des salaires des médecins à un taux d'activité à moins de 100 %, pour obtenir des intervalles des salaires bruts payés.

	Nombre	Salaires rapportés à 100 % compris entre CHF 500'000 et CHF 599'999	Salaires rapportés à 100 % compris entre CHF 600'000 et CHF 699'999	Salaires rapportés à 100 % compris entre CHF 700'000 et CHF 750'000
<b>Dépassements pris en considération</b>	22	14	6	2
<b>Dont Médecins travaillant à 100 %</b>	13	7	4	2
<i>Dont salariés</i>	12	7	4	1
<i>Dont agréés par les salaires</i>	1	0	0	1
<b>Dont Médecins travaillant entre 50 % et 100 % extrapolés à 100 %</b>	9	7	2	0
<i>Dont salariés</i>	8	6	2	0
<i>Dont agréés par les salaires</i>	1	1	0	0
<b>Nombre d'hôpitaux (hors CHUV) avec dépassements pris en considération</b>	5/12	5/12	4/12	2/12

*Ce tableau se base sur les listes de salaires reçues de la part des établissements. Nous rappelons que les listes en question étaient hétéroclites, tant par la composition des salaires (base AVS, salaires bruts, tenant compte des allocations familiales et des remboursements de frais, sans indication), que par les données complémentaires (taux d'activité, changement de taux d'activité et dates d'arrivée/départ) ou les statuts des médecins (salariés, agréés, cadres/non cadres).*

#### Observation générale

Nous avons pris la liste complète des salaires des médecins cadres incluant toutes les composantes (salaires fixes, compléments variables, allocations fixes, remboursements de frais divers fiscalisés, allocations familiales, etc.) hors éléments payés à partir de la comptabilité auxiliaire des fournisseurs. Il n'a donc pu être tenu compte dans la détermination des dépassements de plafonds des compléments et indemnités éventuellement versés par le biais de la comptabilité fournisseurs. S'ils avaient pu être pris en considération, le nombre de cas dépassant le plafond aurait été très vraisemblablement supérieur.

#### **FHV et HOJG : excédent des plafonds (montants émargeant de l'écrêtage salarial)**

Les points qui suivent concernent les 22 cas mentionnés dans le tableau ci-dessus.

Il est à relever que l'un des hôpitaux spécialisés procède au calcul des plafonds sur la base, non pas du salaire brut, mais du salaire net après inclusion de cotisations à un plan de retraite complémentaire financé en partie par l'employeur.

Des hôpitaux nous ont relevé le fait d'avoir de la difficulté à recruter un directeur médical si les indemnités prévues à ce titre faisaient l'objet de l'écrêtage des plafonds des salaires. Par conséquent, ces indemnités fixes annuelles sont dans la quasi-totalité des cas prises en compte en sus du plafond pour des montants bruts variant entre CHF 20'000 et CHF 100'000.

Dans l'un des grands établissements de la FHV, nous avons relevé des erreurs cumulées depuis 2013 qui concernaient trois médecins. Ces erreurs, d'un total de CHF 391'500 ont généré des versements de compléments de salaires excédant les plafonds.

Dans trois hôpitaux de la FHV, nous avons relevé des médecins agréés à des taux d'activité importants variant de 60 % à 100 % pour lesquels les honoraires versés font en sorte que les « rémunérations » assimilables à une activité « salariée » une fois additionnées aux salaires ont entraîné des dépassements de plafonds. Nous avons relevé en particulier le cas d'un médecin qui avait débuté son cabinet privé alors qu'il était salarié à 100 % dans l'hôpital et qui a perçu, via les salaires, des honoraires au titre de « médecin agréé » pour un montant excédant le plafond de l'ordre de CHF 220'000.

**CHUV : excédent des plafonds (montants émergeant de l'écrêtage salarial)**

Pour l'année analysée (soit 2017), nous n'avons pas relevé de natures de versements faits aux médecins du CHUV qui excèdent le plafond.

**En résumé**

Pour les établissements de la FHV et l'HOJG, nous relevons, sur la base des informations reçues de la part des établissements, 22 médecins salariés pour lesquels le plafond de CHF 500'000 (CCT-FHV) a été dépassé. Ce chiffre comprend des médecins agréés (neuf cas identifiés) travaillant à un taux de plus de 50 % qui ont, si l'on extrapole les honoraires qui leur ont été versés, excédé le seuil applicable pour les médecins salariés.

Nous relevons que des hôpitaux excluent du calcul de l'écrêtage des plafonds des salaires, des catégories d'indemnités versées aux médecins. De plus, un hôpital considère que le plafond doit être appliqué sur le salaire net des médecins (après inclusion de cotisations pour un plan LPP complémentaire) au lieu du salaire brut.

Nous relevons, s'agissant du CHUV, qu'il n'y a pas de natures de versements faits aux médecins qui excèdent le plafond fixé à CHF 550'000 à un taux d'activité de 100 % (R.méd art. 49 al. 4).

Nous soulignons qu'il n'a pu être tenu compte dans la détermination des dépassements de plafonds, des compléments éventuellement versés par le biais de la comptabilité fournisseurs. S'il avait pu être tenu compte de ces éléments, le nombre de cas dépassant le plafond aurait été très vraisemblablement supérieur.

**5.9.3. Les types de rémunération rencontrés**

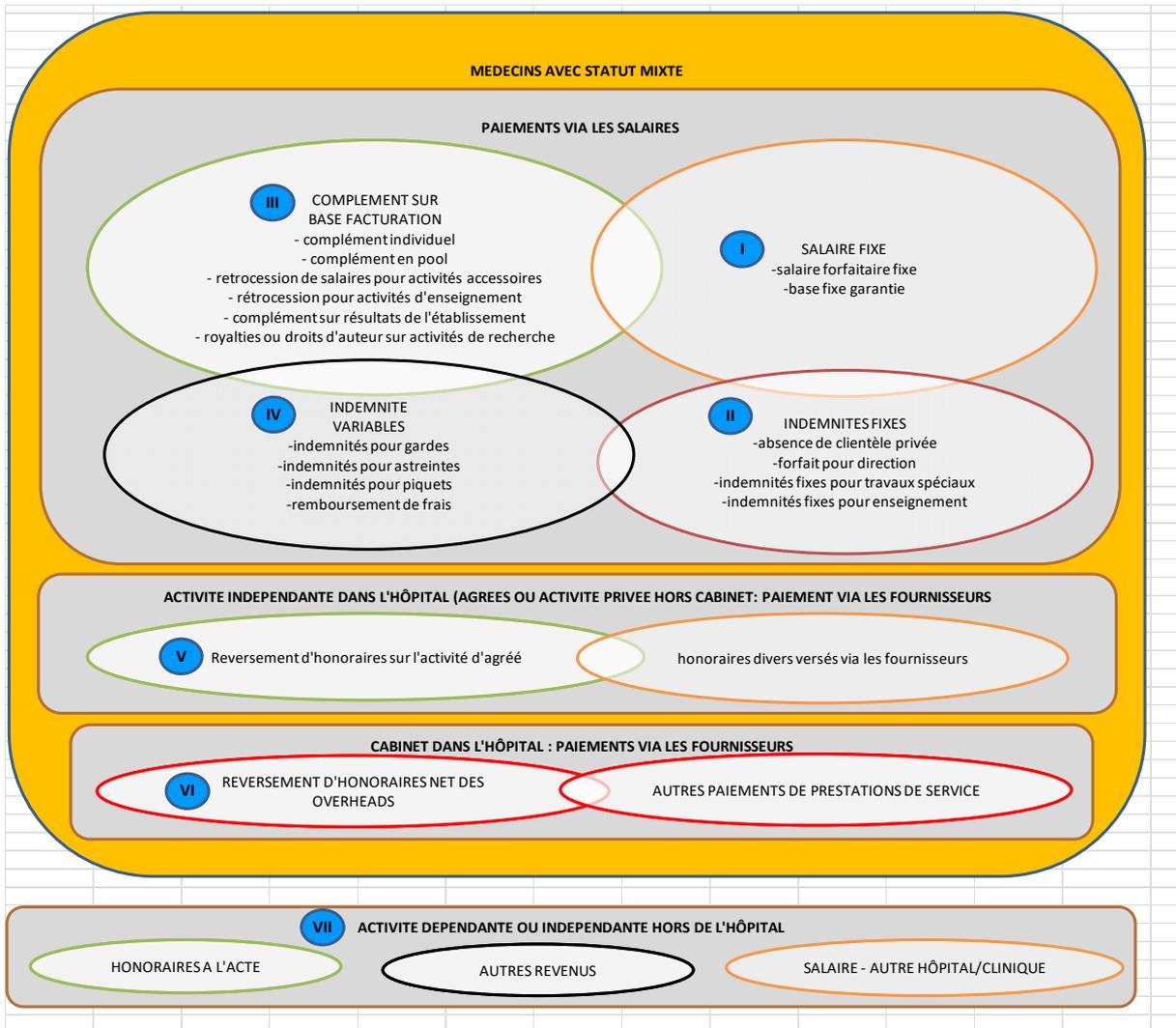
Chacun des établissements a son propre modèle de rémunération ; aucun établissement ne cumule tous les types de rémunération que nous avons pu identifier pour les médecins sélectionnés. De plus, aucun des médecins sélectionnés ne cumulait tous les types de rémunération identifiés.

**Travaux réalisés**

Pour les médecins sélectionnés, nous avons analysé les types de rémunération rencontrés que ce soit du point de vue des salaires d'éventuelles rémunérations perçues en tant que fournisseurs (des honoraires). Nous avons effectué une distinction entre les éléments de salaires « fixes » ou « variables » et avons départagé les items de type « indemnités ». Dans les chapitres qui suivent, nous détaillons ensuite la correcte justification de ces composants de rémunération, leur adéquation avec les bases de calcul applicables, leur mode de calcul, leur validation et leur comptabilisation.

**Constats**

Nous pouvons schématiser comme suit les divers composants de la rémunération que nous avons relevés. Le cas de figure retenu est celui du médecin avec « statuts mixtes », il réunit un grand nombre des situations de rémunération observées. Les éléments contenus dans l'encadré « orange » sont ceux qui ont été considérés dans le cadre de nos travaux.



Les pastilles « bleues » servent à faire le lien vers les divers emplacements dans le présent chapitre où ces types de rémunération sont traités dans les rubriques qui suivent.

**5.9.3.1. Les composants de la rémunération et la revue de la qualité de la documentation servant de pièces justificatives au plan financier**

Les rémunérations se décomposent en salaires fixes (salaires plus indemnités fixes de diverses catégories) et en salaires variables (compléments de salaires sur la base de la production et indemnités diverses).

## I Salaire fixe (hors indemnités)

Les bases de calcul du socle des salaires fixes, telles que définies par le CCF, ont été présentées au chapitre 5.7 (Typologie de relation juridique entre les médecins et les hôpitaux) ci-avant à savoir : le R.méd pour le CHUV, les diverses conventions collectives ou les règlements internes d'établissement pour les hôpitaux de la FHV et l'HOJG. Nous avons rencontré dans certains cas, des bases documentaires à l'appui de la fixation des salaires qui ne sont pas suffisamment claires pour que nous puissions conclure à un traitement équitable des données relatives aux médecins entre eux.

### CHUV

En sus des niveaux de salaires mentionnés dans le R.méd, nous avons relevé que quelques médecins du CHUV ont négocié un salaire fixe minimal garanti.

### FHV

Des établissements n'appliquent pas la CCT de la FHV. Pour ceux qui l'appliquent, cette CCT est utilisée comme une sorte de « socle minimal » à utiliser. Cette base est très basse par rapport aux tarifs applicables sur le marché. Dans les faits, les conditions salariales font l'objet de conventions / règlements internes ou sont directement négociées avec les médecins.

### Constat sur la rémunération fixe (hors indemnités) de manière générale

Il n'y a aucune standardisation du socle de rémunération fixe entre les divers établissements vaudois. Les salaires fixes divergent largement dans une même spécialité et entre les établissements. Il est à noter que les hôpitaux ayant convergé vers une part plus importante de salaires fixes versus des compléments de salaires variables au cours de ces dernières années ont dû faire face à des départs de médecins.

## II Indemnités forfaitaires (fixes)

### De manière générale

#### CHUV

Pour le CHUV, diverses indemnités sont contenues dans le R.méd sous la forme de majoration du salaire de base. Ces majorations intègrent directement dans la rémunération des cadres des aspects de rémunération liés à la supervision et à la formation des médecins non cadres.

#### FHV et HOJG

Pour les hôpitaux de la FHV, ces indemnités ne sont pas réglées de manière claire. Nous avons constaté qu'il existe divers types d'indemnités fixes versées selon les établissements.

### Indemnités pour absence de clientèle privée

#### CHUV

Le R.méd fixe des limites en matière d'indemnités pour absence de clientèle privée car l'art. 40 al. 2 du R.méd prévoit que l'indemnité pour absence de clientèle privée s'élève à 20 % du salaire annuel brut (13<sup>ème</sup> salaire compris).

#### FHV

La CCT-FHV (art. 31) prévoit que :

*« Le médecin chef qui n'a pas d'activité privée en cabinet négocie avec la direction de l'hôpital le type et la nature de l'activité réalisée durant deux demi-journées ainsi que leur mode de rémunération. »*

Les indemnités à ce titre se sont élevées au maximum jusqu'à :

- CHF 70'000 pour un des grands établissements.
- 20 % du revenu de base pour les médecins d'un établissement spécialisé.
- CHF 12'000 pour un établissement excentré, mis à part pour les compléments de salaires basés sur la production qui ne concernent pas non plus de la patientèle privée.

## Autres indemnités diverses en lien avec des tâches non cliniques

Nous avons identifié, tant au CHUV que pour la FHV et l'HOJG, les médecins qui avaient dans leurs tâches des activités autres que celles strictement cliniques. Les directeurs médicaux par exemple, ont une part de leurs activités comportant une plus grande part administrative que leurs collègues. Des médecins ont également des charges d'enseignement, d'autres ont des tâches de représentation de l'hôpital. En principe, les charges administratives découlant de tâches non cliniques donnent lieu à des compensations sous forme forfaitaire car on considèrera que les médecins qui ont ces tâches supplémentaires ont donc moins de temps que les autres à disposition pour traiter de la clientèle privée et il semble admis que le fait de réaliser des tâches administratives sur le temps de travail du médecin coûte à ce dernier. Nous avons relevé des types d'indemnités n'ayant pas été considérées comme faisant partie des plafonds de rémunération dont les montants peuvent être décomptés / payés en sus du plafond.

### Indemnités pour présidence de collège des médecins

Les indemnités à ce titre se sont élevées jusqu'à CHF 10'000 pour un grand établissement de la FHV.

### Enseignement

Les indemnités à ce titre se sont élevées à CHF 24'000 dans un grand établissement de la FHV, payées via la comptabilité auxiliaire des fournisseurs

### Direction médicale

#### CHUV

Le R.méd précise ce qui suit (art. 10 al. 2) :

*« Le revenu des médecins chefs de département est complété par une indemnité de direction au sens de l'article 53 lettre b) du présent règlement. »*

#### FHV et HOJG

Les indemnités pour direction médicale octroyées à un médecin pour chacun des établissements varient entre CHF 20'000 et CHF 100'000. Dans un établissement, les indemnités pour réalisation de tâches administratives peuvent s'élever jusqu'à CHF 120'000 brut par an (art 18 règlement interne). Ces indemnités forfaitaires sont souvent considérées en sus des plafonds afin de permettre un incitatif dans l'exercice de la fonction.

### Primes d'ancienneté

Dans un hôpital, nous avons relevé des primes d'ancienneté de faible importance.

### Autres travaux administratifs

Nous avons relevé des indemnités spéciales pour des travaux administratifs appelées « indemnités pour travaux spéciaux ». Dans un petit établissement, par exemple, une indemnité de faible importance est versée à un médecin pour la surveillance du codage.



## Compléments de salaires basés sur la production (privée ou non)

La majeure partie des salaires variables découle de compléments versés au titre de la production au CHUV et dans quatre des cinq grands établissements de la FHV.

Ces compléments sont soit versés au titre de la pratique personnelle (voir chapitre 5.11) ou suivant l'alimentation de pools d'honoraires (voir chapitre 5.13). Ils représentent parfois la majeure partie de la rémunération des médecins.

#### CHUV

Les art. 10 et 39 R.méd prévoient que des compléments de salaires peuvent être versés au titre de compléments de revenus pour le traitement de clientèle personnelle. Le R.méd précise que (art. 38 al.1) :

*« La clientèle du CHUV est réputée personnelle lorsqu'il existe entre le patient et le médecin chef de département, médecin chef de service ou médecin cadre, un rapport direct fondé sur la demande expresse du patient d'être pris en charge par ce médecin en particulier, au sein du CHUV ou dans des établissements avec lesquels le CHUV a passé une convention. Tant pour les patients hospitalisés que pour les patients ambulatoires, les prestations doivent être fournies personnellement par le médecin chef de département, le médecin chef de service ou le médecin cadre. »*

L'art 45 al. 1 R.méd prévoit également ce qui suit :

*« Le temps passé au traitement de la clientèle personnelle, ainsi qu'à l'exercice d'autres activités ne doit pas excéder 30 % du taux contractuel. (...) »*

## **FHV**

La CCT-FHV (art. 18) précise ce qui suit :

*« La part variable qui s'ajoute à la rémunération de la fonction de médecin chef, sous réserve du plafonnement prévu à l'art 20, est calculée en fonction des volumes générés par le médecin chef pour ses activités stationnaires en chambre commune et en division privée et semi privée, pour son activité ambulatoire personnelle et, le cas échéant, pour toute autre activité convenue. (...) »*



## **Indemnités variables**

### **Compléments versés au titre des gardes, piquets et astreintes**

Pour les médecins du CHUV, ces gardes sont rémunérées à raison de CHF 200.—/jour. La CCT-FHV (art. 17) prévoit que les gardes sont également rémunérées à CHF 200.—/jour. Ce tarif est celui qui est le plus souvent appliqué sur le périmètre du canton. La thématique liée aux compléments versés pour ces indemnités est développée au chapitre 5.19 ci-après.

### **Salaires sur activités accessoires ou activités d'enseignement**

Le CHUV précise dans une directive spécifique les critères de conservation des revenus perçus à ce titre par les collaborateurs. Ces rémunérations, si elles correspondent à des « autres activités » au sens de l'art. 41 R.méd, vont servir à alimenter des fonds des honoraires et des fonds de service (et potentiellement le fonds de compensation).

Pour les hôpitaux de la FHV, la notion d'activités accessoires n'est en général pas définie. Il n'est pas toujours clairement défini si les médecins peuvent conserver les rémunérations reçues à ce titre.

### **Bonus sur la base des résultats de l'hôpital**

Dans un hôpital de la FHV, nous avons constaté qu'un médecin cadre a droit à des bonus basés sur les résultats de l'hôpital. Celui-ci est démissionnaire. Ce cas de figure n'est pas significatif et ne devrait donc bientôt plus exister.

### **Royalties et droits d'auteur sur les activités de recherche**

Un seul médecin était concerné par ce type de revenus pour les échantillons retenus. Il s'agissait de revenus de royalties sur des brevets d'invention qui sont encaissés par l'hôpital puis reversés, du moins en partie, au médecin concerné au titre de la propriété intellectuelle.

### **Indemnités pour travaux spéciaux**

Il y a eu, en 2017, assez peu d'indemnités de ce type versées. Ces indemnités peuvent être octroyées par exemple dans le cadre de projets de recherches spéciaux en collaboration avec d'autres hôpitaux ou pour la réalisation de travaux administratifs particuliers. Au CHUV, nous avons relevé un total d'environ CHF 45'000 d'indemnités pour travaux spéciaux n'ayant pas été prises en compte dans l'écrêtage lors du calcul des plafonds de salaires. Les critères d'octroi et de validation de ces indemnités mériteraient d'être clarifiés.

### **Indemnités pour publication**

Un hôpital octroie des gratifications ou revenus complémentaires à ses médecins cadres en guise de récompense pour leurs publications ou conférences contribuant au rayonnement de l'hôpital. Il s'agit d'une contribution annuelle de CHF 70'000 financée par l'hôpital et répartie entre les différents médecins, mais cette rémunération incitative entre CHF 5'000 et CHF 8'000 par médecin est exclue des calculs du plafond de rémunération.

**v Versements des honoraires aux médecins agréés et retenues correspondantes au titre des overheads – FHV**

Dans le cadre de nos travaux sur base d'échantillons, nous avons relevé ce qui suit concernant les rétrocessions d'honoraires et les retenues pour charges administratives aux médecins des établissements de la FHV :

- Les retenues pour overheads sont faites à des taux divers et variés et l'exhaustivité de leur facturation n'est pas assurée.
- Les retenues ne peuvent être facturées aux médecins que dans les cas où la facturation est effectuée exhaustivement par l'hôpital et pas par le médecin lui-même. Il va de soi qu'il est impossible de facturer des retenues sur du chiffre d'affaires inconnu.
- Les données à disposition des contrôles de gestion ne sont pas fiables. Elles ne permettent pas toujours de départager la part des actes réalisés à titre public ou privé, ni de savoir si les gestes médicaux ont été réalisés de manière effective par le médecin qui est ensuite rémunéré.
- Les retenues ne sont pas systématiquement appliquées ou le sont parfois de manière erronée.

**vi Rétrocessions d'honoraires au titre des prestations privées – activités de cabinets pour lesquels l'hôpital traite la facturation patient**

La thématique liée aux « rétrocessions d'honoraires au titre des prestations privées » est développée au chapitre 5.15 ci-après.

**vii Activités rémunérées hors des murs de l'hôpital**

Nous n'avons pas réalisé de travaux d'audit pour ce qui a trait aux activités rémunérées hors des murs de l'hôpital (mis à part pour l'analyse des déclarations d'activités accessoires) car ces éléments relèvent de la sphère privée des médecins et sont couverts par le secret des affaires.

**En résumé**

Nous relevons un grand nombre de types de rémunération découlant de l'activité professionnelle des médecins cadres au sein des hôpitaux. Aucun médecin n'est au bénéfice de toutes les catégories de rémunération relevées.

Les rémunérations se détaillent en composants fixes (salaires fixes plus indemnités diverses) et en composants variables (compléments de salaires sur la base de la production effective d'actes privés ou non, indemnités diverses comme les gardes par ex.). Dans des établissements de la FHV, il n'existe aucune rémunération variable. Dans d'autres, les rémunérations variables sont plus importantes que les rémunérations fixes. En sus des salaires, nous relevons des versements faits aux médecins via le module de comptabilité auxiliaire des fournisseurs.

La documentation supportant l'établissement des taux de rétrocession d'honoraires pour les actes cliniques privés est le plus souvent inexistante et les calculs réalisés pour ce faire sont d'une très grande complexité. Il en découle un risque que les hôpitaux ne conservent, par l'intermédiaire d'une retenue, qu'une partie insuffisamment importante des recettes pour couvrir leurs charges de mise à disposition de ressources pour les médecins. Ainsi, pour des prestations spécifiques, plus le volume d'actes réalisés est important, plus l'hôpital se retrouve « déficitaire ».

**5.10. Qualité de la documentation justifiant les versements effectués**

Nous avons présenté au chapitre 7.3 un schéma montrant quels types de documents servent à justifier les divers types de rémunération.

**Travaux réalisés**

- Revue de la pertinence (caractère justifié) des composants de la rémunération sur la base des éléments probants à disposition.
- Analyse de la qualité de la documentation supportant les composants de la rémunération.

Ces travaux ont visé à s'assurer que lesdits composants de la rémunération (par ex. lorsqu'une indemnité est versée) correspondent à une prestation effective ayant fait l'objet d'une décision documentée notamment par la direction de l'établissement.

## **Constats**

Concernant les divers types de documents supportant les différents types de rémunération applicables aux médecins cadres nous relevons ce qui suit :

### ***Les contrats de travail***

Nous avons constaté, dans les hôpitaux de la FHV, que des contrats de travail étaient manquants dans les dossiers du personnel. Des contrats n'étaient pas signés par des personnes autorisées au niveau de la direction de l'établissement. Pour un des cinq grands établissements, des contrats étaient non seulement manquants mais la documentation était répartie entre la direction financière et la direction générale de telle sorte que personne n'avait la vue d'ensemble des documents présents ou non au dossier. Au CHUV, certains contrats n'avaient pas été signés.

Nous avons constaté dans des établissements de la FHV que des promotions, nominations internes ou changements de taux d'activité n'avaient pas été correctement formalisés au plan contractuel (pas d'avenant au contrat ni de nouveau contrat de travail) de telle sorte que la rémunération versée ne concordait plus avec ce qui avait été contractuellement prévu. De nombreuses indemnités fixes (par ex. indemnités pour tâches d'enseignement ou pour tâches de direction) n'ont par ailleurs pas fait l'objet d'une formalisation contractuelle.

Des hôpitaux de la FHV avaient entamé une mise à jour des documents contractuels avec leurs médecins entre le moment de l'annonce de nos travaux et leur réalisation effective. Nous avons relevé des contrats pour des membres non récents du personnel qui avaient été signés postérieurement à l'annonce de nos travaux.

D'autres établissements de la FHV conduisent une démarche afin de revoir l'ensemble de leurs contrats avec le corps médical en raison de la mise en œuvre soit d'un nouveau règlement interne portant sur la rémunération et les conditions de travail soit suite à la négociation d'une nouvelle CCT. Les établissements intercantonaux sont notamment dans ce cas. Même dans les plus petits établissements, des contrats de travail étaient manquants pour les médecins salariés dans les dossiers du personnel et ce, en particulier pour les engagements qui remontent à plusieurs années.

### ***Les contrats d'agrés***

Les médecins agrés analysés ont fait l'objet d'une contractualisation de leurs rapports de travail avec les hôpitaux.

### ***Les contrats de location de cabinet (et les autres prestations annexes)***

Nous avons brièvement abordé la raison de l'existence de ces cabinets au chapitre 5.7. Nous relevons que les conditions juridiques définissant les relations que les hôpitaux peuvent entretenir avec les cabinets privés ne sont pas claires. Dans certains cas, la formalisation de la mise à disposition de locaux est faite à même le contrat de travail du collaborateur : il en découle qu'en cas de cessation de rapports de travail, un médecin pourrait conserver son cabinet sur site tout en n'étant plus salarié. Dans d'autres cas, les hôpitaux ont signé des baux commerciaux en bonne et due forme avec les médecins ayant créé leur cabinet dans l'hôpital. Des baux de cabinets sont néanmoins manquants et, comme les inventaires des cabinets ne sont pas toujours exhaustifs, nous n'avons pas pu nous assurer que tous les médecins paient bien le loyer afférent aux locaux utilisés pour leurs cabinets privés.

### ***Les fiches de salaires et certificats de salaire***

Pour les médecins salariés ayant également reçu des versements par la comptabilité fournisseurs se pose alors la question d'une activité de « salarié » pour le tout. A titre d'exemple, nous évoquons un cas relevé dans nos échantillons qui s'est monté à CHF 80'000 pour la seule année 2017. Il s'agissait d'un médecin d'un grand établissement de la FHV et les montants ainsi versés n'ont pas fait l'objet de production d'une fiche de salaire.

Nous avons relevé, pour un grand établissement de la FHV, des indemnités reçues en 2017 pour des prestations d'enseignement qui avaient été encaissées par ce dernier de la part de l'UNIL puis qui ont été reversées directement aux médecins concernés sans que ces restitutions n'aient été comptabilisées via les salaires (pour un total de CHF 24'000).

Pour un autre grand établissement de la FHV, nous avons constaté des erreurs cumulées depuis 2013 pour environ CHF 240'000 concernant trois médecins cadres. L'erreur rencontrée concerne des montants payés à titre d'acomptes sur les compléments d'honoraires qui ont été oubliés lors du calcul des décomptes finaux dû à des traitements incorrects de fichiers Excel. Ces montants, bien qu'effectivement payés, n'ont pas été inclus dans les certificats de salaire. Ils ont par ailleurs été traités de manière erronée lors des calculs d'écrêtement salarial. Ce montant net inclut également des cotisations substantielles au titre de cotisations au 2<sup>ème</sup> pilier car les compléments de revenus sont couverts par une caisse de retraite complémentaire à hauteur de 100 %.

**Les multiples tableurs Excel de calcul notamment pour les compléments de salaires**

Nous avons relevé des erreurs dans plusieurs tableaux de calcul des compléments de salaires variables tant pour le CHUV que pour les hôpitaux de la FHV concernés par cette problématique. Les calculs réalisés dans ces tableurs Excel servant de justificatifs au paiement des compléments de salaires ont été analysés et nos constats à ce titre sont détaillés dans les chapitres 5.11 à 5.13.

**En résumé**

Nous avons analysé la documentation supportant les composants de rémunération identifiés (voir chapitre 5.9). Nous relevons que :

- Les contrats de travail des salariés ou les contrats avec les agréés ne sont pas à jour ou sont manquants dans les dossiers du personnel et en particulier pour les plus anciens (FHV). Il en est de même pour les contrats de mise à disposition de locaux ou de ressources avec les cabinets privés présents dans l'hôpital (FHV).
- Au CHUV, certains contrats n'étaient pas signés.
- Les fiches de salaires sont incomplètes à certains égards et en particulier pour des versements complémentaires effectués à des médecins salariés également considérés comme étant des fournisseurs. Nous relevons des erreurs dans les réconciliations d'avances sur salaires et d'acomptes sur les compléments de salaires pour trois médecins de l'un des hôpitaux (FHV).
- Les éléments payés via la comptabilité des fournisseurs ne font pas l'objet d'une justification documentaire suffisante (FHV).
- De nombreux éléments de salaires sont uniquement justifiés par des tableurs Excel d'une très grande complexité et comportant parfois des erreurs de calcul allant d'impacts minimes à des impacts importants (CHUV et FHV).
- Les calculs supportant les compléments de salaires manquent de transparence ou ne sont pas suffisamment justifiés (en particulier pour des hôpitaux de la FHV).

**5.11 Modes de calcul des compléments variables de salaires**

**Objectif**

Parmi les divers composants des salaires, nous avons analysé de manière approfondie l'octroi des compléments de salaires variables qui sont d'une très grande complexité au niveau de leur gestion. Ces compléments sont le plus souvent calculés sur la base de statistiques portant sur la facturation patients effective. Pour les cas de compléments individuels, nous avons vérifié leur mode de calcul et leur comptabilisation.

## Contexte

Les règles applicables en matière de réalisation d'actes médicaux à titre privé et de calcul des compléments variables de salaires reçus à ce titre sont très hétérogènes au niveau cantonal. Nous avons dû, au cas par cas, débiter nos travaux par une analyse approfondie des bases de calculs et des bases documentaires applicables. Ces compléments sont soit octroyés au titre de la facturation individuelle (chapitre 5.12) ou font suite à une répartition d'un pool de facturation (chapitre 5.13).

## Travaux réalisés

Nous avons inventorié les bases de calcul de ces compléments de salaires variables pour l'ensemble des établissements concernés. Aux chapitres qui suivent, nous analyserons plus spécifiquement les modes de calcul de ces compléments.

## Constats

### CHUV

Le R.méd (art 10 et 39) prévoit que des compléments de salaire peuvent être versés au titre de compléments de revenus pour le traitement de clientèle personnelle. Ce règlement précise que (art 39) :

*« Les médecins chefs de département, médecins chefs de service et médecins cadres doivent, pendant le temps dû à leur fonction, traiter une clientèle personnelle ou exercer une activité médico-technique liée à ce traitement.*

*Ils reçoivent, en compensation, un complément de revenu. (...) »*

Le R.méd prévoit aussi que (art. 45) :

*« Le temps passé au traitement de la clientèle personnelle, ainsi qu'à l'exercice d'autres activités ne doit pas excéder 30 % du taux contractuel. (...) »*

Dans les faits, les compléments d'honoraires versés aux médecins cadres sont presque toujours versés par des pools d'honoraires (chapitre 5.13). Il y a donc peu de compléments de ce type versés à titre individuel.

### **FHV (les grands établissements sauf les intercantonaux)**

La CCT de la FHV (art. 25) prévoit ce qui suit :

*« Une activité à plein temps correspond à dix demi-journées par semaine, dont au maximum deux peuvent être consacrées à une activité privée en cabinet, dépendante ou non de l'hôpital. La charge de la garde n'est pas comprise dans ces dix demi-journées. »*

Cette même CCT (at. 18) précise aussi que :

*« La part variable qui s'ajoute à la rémunération de la fonction de médecin chef, sous réserve du plafonnement prévu à l'art 20 (soit CHF 500'000), est calculée en fonction des volumes générés par le médecin chef pour ses activités stationnaires en chambre commune et en division privée et semi privée, pour son activité ambulatoire personnelle et, le cas échéant, pour toute autre activité convenue. La méthode de valorisation de l'activité stationnaire doit être définie de manière partenariale. Sauf accord particulier, la rémunération (...) pour son activité stationnaire est calculée sur la base du nombre de points TarMed qu'il génère. L'activité ambulatoire personnelle est définie comme une prestation réalisée personnellement et en temps réel par le médecin chef, sur rendez-vous ou en urgence. (...) »*

Les compléments d'honoraires versés aux médecins cadres sont, s'agissant des grands établissements de la FHV, traités via des « pools d'honoraires » (chapitre 5.13). Ceux-ci représentent la majorité des cas de compléments variables de salaires.

### **Les hôpitaux intercantonaux**

L'hôpital HRC a revu la Convention collective de travail (CCT) qui concerne ses médecins cadres et l'hôpital HIB œuvre à la préparation d'une nouvelle CCT qui fera également en sorte d'une non-application du contenu de la CCT de la FHV.

### **Les hôpitaux spécialisés**

Les deux hôpitaux spécialisés n'ont pas ratifié la CCT de la FHV et ont émis leurs propres directives internes concernant le mode de rémunération de leurs médecins cadres. Dans les deux cas, on retrouve plusieurs similitudes avec le mode de calcul des salaires applicables au CHUV (par ex. avec l'application de facteurs de pondération d'un salaire cible par fonction).

#### **Pour les établissements suivants de la FHV : BJ, IL, PE, RN et HL**

Pour les plus petits établissements de la FHV, les règles applicables sont très disparates. Dans de rares cas nous trouvons des calculs et des versements de compléments variables de salaires mais la plupart du temps, les médecins cadres sont plutôt indemnisés de façon forfaitaire pour absence de clientèle privée. Cette situation découle en grande partie du fait que dès lors que les hôpitaux ont beaucoup recours à des médecins agréés qui sont exemptés des piquets et des gardes, les quelques médecins salariés restants n'ont plus la possibilité de traiter de la clientèle personnelle en sus de leur temps de travail dédié à la pratique clinique « publique ».

### **En résumé**

Les compléments d'honoraires versés aux médecins cadres sont presque toujours versés par des « pools d'honoraires », peu de compléments de ce type sont versés à titre individuel.

Le mode de calcul des compléments variables de salaire fait l'objet d'adaptations d'un établissement à l'autre, d'un département à l'autre voire d'un service à l'autre des hôpitaux. Cette situation découle pour une part du fait que les médecins doivent prendre entente entre eux pour déterminer le mode de répartition qui leur est applicable via les « pools d'honoraires ». Ainsi, aucun établissement, département, service n'a le même mode de faire. Les calculs découlant de la détermination de ces compléments sont d'une extrême complexité. Des médecins ont pu négocier avec la direction de l'établissement afin d'obtenir un salaire de base garanti.

## **5.12 Le suivi des compléments variables de salaires payés sur la base des volumes de facturation à titre individuel (hors pools)**

### **Contexte**

Les compléments de salaire calculés suivant la facturation à titre individuel sont possibles selon les règles que nous venons de décrire au chapitre 5.11 mais sont moins fréquents que pour les fonctionnements en pool (chapitre 5.13). Nous retrouvons plus souvent des compléments de salaires individualisés dans les spécialités à caractère chirurgical. Des médecins d'autres spécialités ont négocié des compléments pour absence ou insuffisance de clientèle privée.

### **Travaux réalisés**

Pour les compléments d'honoraires à titre individuel, nous avons réalisé les travaux suivants :

- Analyse des données servant à alimenter les calculs des compléments variables de salaires.
- Analyse du mode de calcul des compléments de salaires versés aux médecins à titre de compléments individuels (qui ne transitent pas par un « pool ») pour lesquels il existe un grand nombre de variantes au sein des établissements concernés.
- Vérification des montants versés au titre des acomptes puis des décomptes finaux pour voir s'ils sont en adéquation avec ces calculs.
- Vérification de l'exactitude des reports de ces compléments dans les salaires et les certificats de salaire qui en découlent.

## Constats

Les constats que nous avons effectués concernant les compléments variables de salaires individuels ont également été observés pour les compléments variables payés en pools mis à part, évidemment, pour les questions découlant des répartitions faites entre les médecins, de telle sorte que nous référons le lecteur au chapitre 5.13 pour éviter toute redondance.

## 5.13 Le suivi des éléments variables de salaires à payer aux médecins via des pools des honoraires

### Objectif

Dans le domaine médical, on entend par « pool d'honoraires » la somme des honoraires réalisés au titre du traitement de clientèle personnelle par les médecins (en principe des cadres d'un même service et d'une même spécialité) qui se sont entendus entre eux pour se partager la « production à ce titre » suivant une formule de répartition prédéterminée.

### Contexte

Nous avons déjà évoqué le fait que les médecins ont en général droit à deux voire trois demi-journées par semaine pour la réalisation d'activités privées ou d'activités accessoires à un taux de rémunération de 100 %. En principe, les pools d'honoraires sont répartis entre leurs membres suivant des formules de calcul prédéfinies. Ces pools d'honoraires sont alimentés en majeure partie par la facturation d'actes médicaux à titre privé, normalement réalisés par les médecins cadres eux-mêmes.

### Travaux réalisés

Dans les cas où des compléments de salaires sont payés à partir d'un droit à une part d'un pool d'honoraires, nous avons vérifié :

- La fiabilité et la pertinence des données entrant dans les calculs.
- Si les calculs de ces compléments sont réalisés avec toute la transparence requise, sur la base de critères de calcul préétablis par les médecins et validés par la direction.
- Si les données servant au calcul de ces compléments comportent uniquement des prestations réalisées directement par les médecins concernés.

Nous avons porté une attention particulière aux contrôles mis en place pour s'assurer que les plafonds salariaux prédéfinis ne soient pas dépassés du fait du versement de ces compléments.

Finalement, nous avons vérifié le traitement comptable de ces compléments et leur mode de financement.

Dans le cadre du calcul de la portion des recettes (pour la facturation patient) à reverser aux médecins au titre des compléments de salaires, il convient de préciser que la « part technique » du tarif ne doit pas servir à alimenter les fonds ou les pools (selon les cas). L'hôpital paie les infrastructures qui sont mises à disposition des médecins pour la réalisation d'actes à titre privé. Par conséquent, il importe que l'hôpital conserve les recettes dédiées au financement de ces infrastructures. La tarification Tarmed n'est aujourd'hui pas claire sur la portion du tarif à considérer en tant que « part technique ». Nous avons analysé de quelle manière les hôpitaux prennent en compte ce calcul de la part technique dans leurs calculs.

## Constats

### CHUV

Nous avons identifié les constats suivants dans le cadre de nos travaux :

#### **Etablissement du mode de répartition**

- Quelques fonds des honoraires ne comportent pas de règlement de fonds comme cela est prévu par la directive institutionnelle. Pour les services concernés, il devrait a minima exister une note précisant le mode de répartition et les médecins admissibles, laquelle devrait être validée par la direction.

- Selon les ententes prises entre les médecins pour les répartitions, des fonds des honoraires existent parfois pour des services et d'autres fois pour des départements du CHUV ce qui est autorisé par le R.méd.
- Des cas où les formules de répartition du fonds n'avaient pas été appliquées à 100 % tel que mentionné dans les règlements prévalidés (pour des montants de CHF 3'000 ou CHF 4'000).

### **Respect des plafonds**

L'article 49 al. 4 R.méd mentionne ce qui suit :

*« Le montant du complément de revenu ne peut pas dépasser 1.18 fois le montant du salaire de base au sens de l'article 10, alinéa 1. La rémunération maximale, salaire fixe et complément de revenu compris, ne peut excéder le montant de CHF 550'000.-. Ce montant est adapté selon les dispositions de l'article 10, alinéa 1, lettre a) du présent règlement. »*

Afin d'évaluer si des salaires dépassent ce plafond, le CHUV se base pour chaque année de prestations, donc sur les tableaux de répartition des fonds des honoraires. Par conséquent, une rémunération telle qu'elle ressort de la fiche de salaire pour une année donnée peut dépasser légèrement ce plafond, du fait de versements concernant l'année précédente ou l'année suivante (avances).

Pour les calculs et analyses effectués dans les tableaux de répartition, des informations telles que les données salariales sont essentielles : salaire de base, indemnités, avances, taux d'activité (au prorata si l'entrée dans le fonds des honoraires s'est faite en cours d'exercice). Les extractions servant à faire le calcul ne sont pas toutes issues du système des salaires. Il en découle des imprécisions (éléments en plus ou en moins). Les données nécessaires prises en compte afin de comparer la rémunération globale d'un médecin avec le seuil de CHF 550'000 ne sont pas toujours tout à fait exactes.

### **Alimentation des fonds des honoraires**

Au chapitre 7.2 du présent rapport, nous avons schématisé le processus en place pour l'alimentation des fonds des honoraires servant à faire ces répartitions entre les médecins. Dans ce schéma, les intitulés en rouge sont ceux servant à payer des compléments de salaires aux médecins. Par ce schéma, pourtant simplifié, nous pouvons prendre la mesure de la complexité du système mis en place.

Les modalités d'alimentation des fonds des honoraires ou du fonds de compensation servant à payer des compléments de salaires aux médecins cadres ont été fixées dans le R.méd (art 46-ss) ainsi que par une décision du Chef du DSAS du 15 juin 2017. Le mode d'alimentation de ces fonds varie suivant les services, les types de prestations rendues (ambulatoires, hospitalières, privées, semi-privées) et la catégorie de médecin ayant réalisé les gestes médicaux. Selon les cas, des modes d'alimentation sont cumulatifs et d'autres pas. Pour réaliser les calculs par service, les divers responsables administratifs du CHUV doivent aussi se référer à des règlements de fonds des honoraires qui prévoient le mode de répartition de ce qui a été accumulé dans les fonds entre les divers médecins concernés.

L'art 47 al 1 let a du R.méd stipule que l'alimentation du fonds des honoraires de services prédéfinis peut comprendre l'assistance opératoire effectuée par des chefs de clinique. Nous n'avons pas fait de travaux complémentaires afin de vérifier les cas où les médecins non-cadres alimentaient les fonds des honoraires car pour ce faire, il nous aurait fallu consulter les dossiers de patients. Nous constatons par ailleurs que le CHUV ne réalise pas d'analyses de :

- Plausibilité de la production de prestations par les non cadres.

### **Mode de financement**

L'alimentation des fonds des honoraires et de compensation provient le plus souvent des prestations facturées mais également, dans une proportion de CHF 3,5 mios, de l'exploitation courante pour les versements faits en 2017, en particulier pour le versement de compléments de salaires pour absence de patientèle privée.

**Les calculs proprement dits**

Le mode de répartition pour chacun des fonds des honoraires devrait être prédéterminé dans un règlement ad hoc (art 49 al.1 R.méd). Pour les fonds ayant un règlement, nous avons constaté que des services appliquaient des modes de calcul non conformes. De plus, nous avons relevé de nombreuses erreurs de calculs non significatives.

Or, des fonds des honoraires comportant un nombre limité de médecins n'ont pas de règlement. Pour ces derniers, il nous a donc été impossible de valider les compléments de salaire attribués.

Lors du bouclage des fonds des honoraires, une revue de tous les salaires est faite par la Direction générale. Ce contrôle permet de s'assurer de la plausibilité globale des compléments calculés pour chaque médecin.

Les calculs de répartition, très complexes, sont réalisés sur la base de diverses extractions des volumes de prestations facturées par médecin ou par service. Ces extractions émanent le plus souvent du « Datawarehouse » du CHUV.

**Répartition des tâches dans le calcul des compléments de salaires**

L'organisation administrative et financière du CHUV a comme particularité que les directeurs administratifs des services relèvent hiérarchiquement des chefs de service / département, à savoir des médecins. Ainsi, lorsque la Direction générale du CHUV émet des directives administratives internes à l'attention des départements et des services, celles-ci sont donc appliquées par des personnes hiérarchiquement subordonnées aux médecins. Les calculs des compléments de salaire sont réalisés par les directeurs administratifs des services voire par des médecins chefs eux-mêmes.

Ces personnes sont donc, suivant le cas, directement impliquées dans le calcul des salaires de leurs supérieurs hiérarchiques. La question de la séparation des tâches se pose bien entendu encore davantage lorsque le médecin chef responsable de la répartition du fonds des honoraires en est aussi bénéficiaire.

**En résumé**

Pour les calculs de compléments d'honoraires au CHUV :

- Quelques fonds ne comportent pas de règlement ad hoc.
- Des indemnités diverses ont été exclues de l'écrêtage du plafond de salaire.
- La configuration des interfaces des systèmes informatiques fait en sorte que les extractions servant à réaliser les calculs manquent de fiabilité.
- Les formules de calcul appliquées pour divers services incluent des prestations médicales réalisées par des médecins non cadres.
- Des tableaux de calcul comportent des erreurs de portée limitée.

**FHV**

**Etablissements concernés**

Les établissements pour lesquels nous avons constaté le paiement de compléments variables de salaires sur la base de la production sont quatre des cinq grands établissements de la FHV.

**Etablissement du mode de répartition et droits d'entrée dans le pool**

- Dans divers cas (et en particulier dans un établissement) le mode de calcul des compléments découlant des pools n'était pas suffisamment documenté et manquait de transparence tant dans la détermination des règles de répartition que dans l'application des méthodes de calcul. Alors que des directions générales d'hôpitaux valident formellement toutes les formules de calcul proposées par les médecins, d'autres ne s'y intéressent pas réellement et laissent les médecins décider entre eux du mode de répartition à préconiser.

- Parfois, même si les règles de calcul des répartitions du pool sont claires, elles font l'objet d'ajustements arbitraires a posteriori pour avantager des médecins au détriment d'autres. Dans quelques cas, nous avons été dans l'impossibilité de reconstituer entièrement les compléments de salaires versés avec les règles applicables pour les pools en question étant entendu qu'au surplus, les calculs par ailleurs très complexes, font parfois l'objet d'erreurs de traitement dans les nombreux fichiers Excel les supportant.
- Il n'existe pas forcément de lien entre les conditions d'entrée dans les pools d'honoraires et les conditions contractuelles signées entre l'hôpital et les médecins (lorsque celles-ci existent).
- Les règlements qui prévoient le mode de répartition des honoraires entre les médecins ne sont pas toujours formalisés et ne sont pas toujours validés par la direction.
- Des compléments de salaires versés ne répondent à aucune règle préétablie ou ont été négociés au cas par cas.
- Au sein de quelques établissements, les médecins de certaines spécialités ont convenu que les compléments devaient demeurer nominatifs alors que pour d'autres, la décision a été prise de se partager les honoraires via des pools.

### **Respect des plafonds, écrêtage**

Nous avons expliqué au chapitre 5.9 les règles applicables en matière d'écrêtage des salaires et avons énoncé un certain nombre de constats en la matière. En sus, nous constatons ici le fait que le mode de calcul des compléments de salaires variables peut induire des erreurs dans les calculs d'écrêtage. A ce titre, nous relevons le fait que :

- Dans un des grands établissements, il est prévu que les montants dépassant le plafond de CHF 500'000 soient reversés au fonds de service des médecins concernés. En 2017, le mécanisme de calcul appliqué était tel qu'une partie du dépassement, pour un médecin, a été redistribuée aux autres médecins du pool au lieu d'alimenter son fonds de service (pour un montant de CHF 91'000).
- Dans un autre grand établissement, l'écrêtage d'un exercice est porté en déduction seulement l'année suivante. Ceci conduit à ce que la masse salariale de base de l'année soit déjà réduite de l'écrêtage de l'année précédente. Il en résulte en conséquence, une réduction mécanique de la récupération soumise au plafond.

### **Considérations relatives aux calculs des ressources pouvant affecter les pools**

Nous avons constaté ce qui suit :

- Il n'existe rien dans la CCT-FHV qui précise que les pools d'honoraires doivent être gérés via des fonds distincts. D'ailleurs, contrairement à ce qui se pratique au CHUV, les pools d'honoraires ne font pas l'objet d'une comptabilité par fonds.
- Les prestations médicales pour lesquelles la facturation est intégrée dans le calcul des compléments n'étaient pas toujours, pour tous les établissements, des prestations exclusivement privées ou semi-privées.
- Lors des entretiens que nous avons menés, il nous a été mentionné que les prestations médicales pour lesquelles la facturation est intégrée dans le calcul des compléments n'étaient pas toujours réalisées par les médecins eux-mêmes.
- Les montants issus de la facturation entrant dans les pools des honoraires ne sont pas suffisamment analysés en termes de plausibilité. Nous avons tenté la réalisation d'analyse de plausibilité de ces données pour quelques établissements sous les axes suivants et ces analyses n'ont pas été concluantes :
  - Vérification du volume d'activité facturé pour les médecins d'une même spécialité à un taux d'activité équivalent.
  - Vérification de l'évolution du volume de production par médecin à un taux d'activité équivalent d'une année sur l'autre.
- La « part technique » du tarif des prestations facturées alimente parfois les calculs de compléments de salaire.
- Nous avons rencontré au moins un cas pour lequel le pool des honoraires a été alimenté à même l'exploitation principale sans lien avec la production effective d'actes privés.

- Pour un pool, la création n'avait pas fait l'objet d'une décision formelle de la direction générale et la détermination du résultat provenant de la répartition des honoraires qui en découlaient variait selon les périodes.

### **Mode de comptabilisation**

Concernant la comptabilisation, nous avons constaté ce qui suit :

- Les compléments de salaires ne font pas l'objet d'un traitement via les fonds comme c'est le cas au CHUV.
- Pour un grand établissement, nous avons relevé que le responsable financier cumule un trop grand nombre de tâches dans la gestion des salaires : préparation des calculs, accès pour la comptabilisation, validation des paiements, etc. Ce type de situation doit être évité, une séparation des fonctions devrait être mise en place.

### **Calcul des retenues pour overheads**

La part des retenues (sur le pourcent de la part médicale ou du tarif selon le cas) diverge d'un établissement à l'autre. Nous relevons des cas où les hôpitaux ne conservent pas une marge suffisante sur les tarifs pour couvrir leurs charges d'exploitation (ex. rémunération du personnel soignant, utilisation des infrastructures, consommables, rémunération des médecins non cadres, etc.). Les marges bénéficiaires par actes médicaux facturés ne sont pas adéquatement mesurées et maîtrisées par les fonctions financières respectives.

### **Complexité et coûts de calculs**

Les coûts d'établissement des compléments de salaires sont trop importants et le processus actuel manque de transparence. Il en découle qu'il n'est pas facile pour diverses catégories de médecins de comprendre la composition exacte de leur fiche de salaire. Les traitements reposent parfois sur des données statistiques de volumes de facturation peu fiables. Les calculs nécessitent le plus souvent des traitements de données importants et le processus est très manuel. De nombreux fichiers Excel complexes sont utilisés. Nous avons relevé dans tous les hôpitaux de la FHV concernés des erreurs dans les calculs : parfois de faible portée et d'autres fois plus importantes. Ces erreurs de calcul sont de plusieurs types : erreurs dans le report des montants d'acomptes versés pour le calcul des décomptes annuels, erreurs dans les formules des tableurs, erreurs dans la prise en compte des retenues au titre des charges à refacturer, etc. Ainsi, non seulement les traitements de ces compléments de salaire sont lourds à réaliser et donc onéreux au plan administratif, mais le résultat de ces calculs est souvent peu fiable.

### **En résumé**

Pour les calculs des compléments de salaires au sein des établissements de la FHV concernés, nous constatons que :

- Les compléments de salaire ne font pas l'objet d'une comptabilisation via des fonds spécifiques.
- Les modalités de calcul et de participation à ces compléments ne sont pas suffisamment claires et transparentes.
- De nombreuses indemnités ont été exclues de l'écrêtage du plafond de salaire.
- Les calculs comportent de nombreuses erreurs.
- Les formules de calcul appliquées incluent, pour certains services, des prestations médicales réalisées par des médecins non cadres.
- De nombreuses composantes des calculs intègrent des volumes de production portant sur les prestations « publiques ».
- Nous retrouvons des cas d'imputations arbitraires pour des montants suffisamment importants pouvant laisser penser que des arrangements de salaires individualisés et non formalisés contractuellement pourraient exister (d'où l'absence de contrats dans les dossiers du personnel).
- En sus des compléments versés, des versements ont été faits à des médecins via le module de comptabilité auxiliaire des fournisseurs, ce qui rend difficile le calcul exact de la prise en compte adéquate des plafonds de salaires lors du mécanisme d'écrêtage salarial.

**En résumé (global du chapitre)**

Tant pour le CHUV que pour les établissements de la FHV concernés par ce thème, les calculs des compléments de salaires des médecins sont d'une extrême complexité. Ces calculs nécessitent de nombreuses extractions depuis les systèmes informatiques, en particulier en ce qui concerne les statistiques de facturation. De nombreuses étapes de retraitement de ces données alimentant les calculs sont nécessaires et ne peuvent être automatisées au sein des systèmes d'information de par leur caractère hétéroclite. Ce caractère hétéroclite provient du fait que les salaires sont en réalité souvent négociés au cas par cas. Les calculs comportent de nombreuses étapes de retraitement manuelles et des suivis dans de multiples tableurs Excel facilement altérables. Plusieurs personnes sont impliquées dans la réalisation de ces calculs qui comportent suivant le cas des anomalies voire des imputations arbitraires. Le coût total afférent au traitement de ces salaires est impossible à quantifier mais est nécessairement important. Ce dispositif doit être simplifié et davantage harmonisé.

**Recommandation 7**

<b>Exécution</b>	<b>Amélioration</b>	<b>Plan d'action</b>	<b>Transversale</b>
------------------	---------------------	----------------------	---------------------

Nous recommandons de conduire une démarche, en concertation avec les milieux concernés, pour le traitement des rémunérations variables afin prioritairement de :

- Simplifier le modèle et le rendre plus compréhensible, moins coûteux et plus transparent.

La démarche doit aussi permettre de/d' :

- Repréciser les types de prestations pouvant donner lieu à des compléments variables de salaires.
- Déterminer des prestations autres que privées ou semi-privées et/ou des prestations réalisées par des médecins non cadres pouvant alimenter les calculs de compléments de salaires.
- Prévoir un mode de rémunération de la supervision des actes des médecins non cadres clair et équitable pour les parties (hôpitaux/médecins).
- Formaliser tous les cas de versement de compléments d'honoraires par des modes de répartition clairs et transparents afin d'éviter tous versements de type arbitraire.
- Analyser les cas pour lesquels la part technique des tarifs est reversée aux médecins pour éliminer tous ces cas de figure et ainsi assurer un financement plus cohérent des infrastructures.
- Mettre en place des outils de contrôle permettant l'analyse et la plausibilité des :
  - Taux de rendement des médecins non cadres (pour relever les cas d'imputation inadéquate de la facturation au nom des médecins cadres).
  - Contrôles d'adéquation de l'imputation de la facturation avec le médecin qui l'a octroyée dans les faits.

Pour la mise en œuvre de cette recommandation, une comparaison préalable avec les pratiques intercantionales apparaît comme étant importante à réaliser.

Importance	Basse	Moyenne	Haute
<b>Portée</b>			✓
<b>Urgence</b>			✓

Délai de résolution :	<b>Plan d'action</b>
-----------------------	----------------------

## 5.14 L'exhaustivité de la « facturation patient » et l'impact sur les retenues pour overheads s'agissant des médecins agréés et des médecins salariés pour la portion de leurs activités faites à titre privé

### Objectif

En complément des explications et constats que nous avons formulés aux chapitres 5.12 et 5.13 concernant les compléments variables de salaires basés sur la production effective, nous avons vérifié que l'établissement ait mis en place tous les contrôles nécessaires à la facturation exhaustive des prestations médicales rendues par leurs médecins. Ceci implique que tous les patients qui se présentent à l'hôpital passent par le service des admissions (ou par un desk des admissions qui saisit l'entrée du patient), que tous les séjours fassent l'objet d'une facturation et qu'il soit possible de distinguer les prestations ambulatoires / hospitalières rendues pour le compte d'un médecin pour sa pratique privée de celles rendues pour le compte de l'hôpital (incluant par quels médecins elles ont effectivement été réalisées).

### Contexte

En sus des honoraires des médecins cadres, la réalisation de prestations médicales privées par leurs soins implique de nombreux coûts que ce soit en termes d'infrastructures, de personnel soignant, de gestion administrative, de formation des médecins non cadres, etc. Les tarifications Tarmed et DRG actuelles prévoient qu'une partie des tarifs couvre la part technique liée à l'utilisation des infrastructures et une part médicale visant à couvrir les honoraires médicaux pour la réalisation des prestations.

Afin de s'assurer que chacun des intervenants (l'hôpital et le médecin) récupère bien la part qui lui revient, les hôpitaux doivent avoir une visibilité de l'ensemble des prestations rendues au sein de leurs murs et à cette fin :

- Il importe que l'ensemble de la facturation patient pour les actes réalisés dans l'établissement soit facturé par l'hôpital de manière à pouvoir connaître les volumes et la nature des prestations réalisées sous son toit (avec l'utilisation de ses ressources et infrastructures). Nous avons donc analysé ces éléments. D'ailleurs pour le CHUV, le R.méd (art 43 al.1) prévoit à ce titre que : « *Le CHUV est seul compétent pour facturer les prestations délivrées dans le cadre du traitement de la clientèle personnelle ainsi que des autres activités.* »
- L'hôpital doit dans tous les cas recouvrer au moins la part technique des tarifs car il fournit aux médecins les infrastructures nécessaires à la réalisation de leurs prestations.
- Les compléments d'honoraires privés doivent concerner uniquement des prestations rendues par les médecins eux-mêmes. Si tel n'est pas le cas, l'hôpital doit a minima s'assurer de pouvoir couvrir ses charges (par ex. pour les salaires du personnel non cadre ayant réalisé les prestations). Le mode d'imputation de la facturation doit donc permettre de s'assurer que les prestations sont imputées au bon médecin.

### Travaux réalisés

Nous avons vérifié si les processus internes des établissements audités permettent de s'assurer des points suivants :

- L'interdiction pour les médecins de facturer directement leurs prestations sans le concours du service de facturation de l'hôpital.
- L'existence de procédés analytiques permettant de rendre plausibles les volumes de prestations facturées (par médecin cadre/non cadre, imputées à des cadres).
- L'existence de contrôles permettant de s'assurer de l'exhaustivité de la facturation (en particulier parce que le calcul des compléments de salaire des médecins découle parfois de ces données).
- L'existence de procédés analytiques suffisants permettant aux hôpitaux de facturer toutes les retenues pour overheads applicables.

## Constats

### **CHUV**

Les directives sur les admissions du CHUV mentionnent que tous les patients doivent passer par le service des admissions ou par un « desk » des admissions lors de toutes consultations. La facturation est faite sur la base de tous les « séjours » ouverts de telle sorte qu'il existe des contrôles permettant de s'assurer de l'exhaustivité de la facturation.

Ainsi, compte tenu des processus internes existants, il ne devrait en principe pas y avoir de facturation faite directement par les médecins pour des actes médicaux réalisés dans les murs de l'établissement.

### **FHV**

Pour les hôpitaux de la FHV, les médecins peuvent parfois inscrire leurs rendez-vous dans un agenda privé, ouvrir un cas en admission privée, puis procéder directement à la facturation. Le problème que pose ce mode de faire est l'exhaustivité de la facturation des retenues pour overheads en cas d'utilisation de ressources de l'hôpital sur le chiffre d'affaires réalisé, puisque celui-ci reste inconnu des hôpitaux concernés. En principe, seules les prestations ambulatoires entrent dans ce cadre mais nous avons constaté le cas de médecins pour lesquels une facturation directe de certains types de cas d'hospitalisation était permise.

L'un des établissements nous a également mentionné que suite à des sorties de patients, le même numéro de séjour pouvait être réutilisé si le patient se présente pour une autre visite sans lien avec le séjour précédent.

Dans un établissement de grande taille, un cabinet privé comportant plusieurs médecins a pris la décision, au cours de nos travaux d'audit, de ne plus passer par le service de facturation de l'hôpital pour les prestations privées, mais de confier la facturation à la Caisse vaudoise des médecins.

En présence de ces types de fonctionnement, il est impossible pour les hôpitaux de s'assurer de l'exhaustivité des retenues pour overheads à refacturer aux médecins agissant à titre privé.

### **Facturation de la TVA**

Au surplus, nous relevons que les recettes des hôpitaux de la FHV perçues au titre des retenues pour overheads sont comptabilisées au net des honoraires reversés. Elles ne font le plus souvent aucunement l'objet d'une facturation de la TVA applicable.

## En résumé

Si au CHUV et dans la plupart des hôpitaux de la FHV il est interdit que les médecins facturent leurs prestations eux-mêmes, il leur est possible de le faire dans quelques hôpitaux de la FHV et ce, en particulier lorsque les médecins ont des cabinets privés directement dans les murs de l'hôpital. Si ces cas de figure concernent essentiellement de la facturation ambulatoire, quelques médecins ont néanmoins l'autorisation de facturer certaines prestations hospitalières. Il en découle un risque que la facturation de prestations normalement rendues dans l'hôpital échappe à ce dernier. Lorsque cette facturation privée est faite directement par les cabinets, les hôpitaux n'ont aucune idée du volume d'affaires dont il s'agit. Il leur est donc impossible de s'assurer de l'exhaustivité des retenues pour overheads à refacturer aux médecins. Par ailleurs, les questions de facturation de TVA sur ces retenues pour overheads doivent être clarifiées.

### Recommandation 8

Exécution	<b>Amélioration</b>	<b>Plan d'action</b>	Transversale
-----------	---------------------	----------------------	--------------

Afin que les hôpitaux soient en mesure de refacturer adéquatement les retenues au titre des overheads sur les prestations réalisées à titre privé dans leurs murs et limiter la confusion pour les patients quant à leurs prestataires de services médicaux, nous recommandons de requérir les mesures suivantes de la part des hôpitaux :

- L'obligation généralisée que tous les patients se fassent enregistrer dans le système des admissions pour toutes les prestations rendues dans l'établissement.
- L'interdiction de procéder en direct à de la facturation sans le concours du service de facturation de l'hôpital.
- Eviter de comptabiliser les honoraires versés aux médecins au net des charges refacturées, de telle sorte à pouvoir prendre correctement en compte la TVA applicable.

Importance	Basse	Moyenne	Haute
<b>Portée</b>		✓	
<b>Urgence</b>	✓		

Délai de résolution :	<b>Plan d'action</b>
-----------------------	----------------------

### 5.15 Le suivi des ressources utilisées par les cabinets intra-muros

#### Objectif

Au chapitre 5.7 (Typologies de relations juridiques entre les médecins et les hôpitaux) du présent rapport, nous avons évoqué l'existence de cabinet intra-muros au sein d'établissements de la FHV et avons détaillé le type de relations juridiques qu'ils entretiennent avec eux. Au chapitre 5.14 (L'exhaustivité de la facturation patient et l'impact des retenues pour overheads [...]), nous avons mentionné les éléments importants en termes de suivi de la facturation patients et la prise en compte des charges assumées par l'hôpital pour la réalisation de prestations effectuées par les médecins à titre privé (hors cabinet privé). Dans le présent chapitre, nous approfondissons le traitement des ressources des hôpitaux utilisées par ces cabinets car celles-ci peuvent induire une forme de rémunération en nature pour les médecins en l'absence de refacturation.

La thématique consistant en la réalisation de prestations médicales par des cabinets privés intra-muros peut induire de nombreux coûts pour les hôpitaux que ce soit en termes d'utilisation de ses infrastructures, personnel soignant, gestion administrative directe ou indirecte, formation des médecins non cadres, etc. Il convient dès lors de s'assurer que les charges d'utilisation des ressources relatives à ces activités soient imputées au médecin qui en conserve par ailleurs les recettes, sans quoi l'avantage lié à ces charges impayées peut être assimilé à une forme de rémunération en nature pour le médecin (pour des charges assumées par l'hôpital à sa place). Cette problématique concerne uniquement les hôpitaux membres de la FHV car le CHUV n'a pas de tels cabinets privés dans ses murs.

#### Contexte

##### Règles applicables

La CCT de la FHV (art. 31) prévoit que :

*« Le médecin chef est autorisé à exercer une activité appropriée dans son cabinet privé, de manière indépendante ou non. Le médecin chef veille à ce que cette activité n'empiète pas sur l'activité consacrée à l'hôpital et ne prétère pas l'accomplissement de sa fonction. Pour un médecin chef à plein-temps, l'activité en cabinet privé équivaut au maximum à deux demi-journées hebdomadaires. (...) Les médecins chefs à temps partiel peuvent disposer librement du temps qui excède leur taux d'activité hospitalier. (...) ».*

Nous notons par ailleurs que pour l'un des établissements de la FHV, le nombre de demi-journées par semaine octroyées à ce titre est de trois.

Les cas de figure suivants nécessitent une attention particulière :

- Le cas où les hôpitaux traitent la facturation des cabinets privés puis reversent aux médecins des honoraires, déduction faite des retenues au titre des overheads applicables voire des charges refacturées selon la consommation réelle.
- Le cas où le médecin facture directement ses prestations puis déclare à l'hôpital (ce cas est rare) pour se voir facturer des retenues au titre des overheads. Dès lors, les mêmes considérations s'appliquent que pour les situations où les médecins salariés sans cabinet facturent leurs activités réalisées à titre privé.
- Le cas où les seules charges refacturées au médecin sont celles de l'utilisation du local mis à disposition pour son activité et l'hôpital ne facture pas les prestations médicales.

### **Travaux réalisés**

Nous avons vérifié les mécanismes mis en place dans les hôpitaux pour le calcul des retenues au titre des overheads, soit le mode de refacturation des ressources utilisées par les cabinets par les hôpitaux et le traitement adéquat de la TVA y afférente.

Nous avons également vérifié le mode de facturation des diverses natures de charges n'entrant pas en tant que tel dans les honoraires (ex. facturation du loyer).

Finalement, en cas de facturation par l'hôpital pour le compte des cabinets, nous avons analysé le mode de calcul des rétrocessions d'honoraires faites lorsqu'elles étaient calculées sur la base d'un pourcentage des tarifs facturés.

### **Constats**

#### ***Non exhaustivité de la refacturation des retenues pour overheads et des autres charges à refacturer***

Dans deux grands établissements, il a été constaté que les médecins sont parfois habilités à facturer directement des prestations médicales. Pour ces cas, l'établissement ne connaît pas le chiffre d'affaires généré par ces activités et ne peut donc pas raisonnablement procéder à un calcul exact des retenues pour overheads applicables. Il en est de même pour les hôpitaux n'ayant pas répertorié les cabinets existant dans leurs murs.

Il se peut que les locaux utilisés pour la consultation privée réalisée dans les murs de l'hôpital soient les mêmes que ceux utilisés pour les consultations « publiques ». Par conséquent, la question de savoir qui doit fournir le mobilier et les autres équipements inclus dans les salles de consultation servant également aux cabinets privés n'est pas claire. Dans les faits, des médecins ont parfois eux-mêmes équipé leur cabinet mais dans d'autres cas, ils utilisent directement les équipements et le mobilier mis à disposition par l'hôpital et ce, sans qu'aucune retenue financière ne soit prévue à cet effet.

La mise à disposition des locaux peut donc ne pas être systématique ou homogène. Il existe, également pour des raisons le plus souvent historiques, des inégalités de traitement dans les achats d'équipements qui ont été faits entre des médecins qui se sont installés dans les hôpitaux. Les conditions de mise à disposition des équipements et de mobilier doivent être clarifiées.

#### ***Calcul des retenues et des rétrocessions d'honoraires sur l'activité privée intra-muros***

Dans les cas où les hôpitaux de la FHV gèrent la facturation des cabinets privés, il convient de déterminer quelle proportion du tarif est rétrocédée à titre d'honoraires reversés aux médecins (déduction faites des retenues pour overheads). Nous constatons que cette part varie d'un établissement à l'autre et plus rarement au sein d'un même hôpital. Ces taux se situent le plus souvent entre 3 % et 6 %. Ces taux différenciés de rétrocessions peuvent être de nature à créer une concurrence entre les hôpitaux. Les différences relevées à ce titre sont de plusieurs ordres :

- Les rétrocessions peuvent être calculées sur le total du tarif refacturé et parfois sur la part médicale du tarif uniquement (laquelle doit être évaluée suivant le Tarmed).

- Parfois, les calculs de rétrocessions incluent des prestations hospitalières (normalement facturées en DRG) qui sont ensuite reconverties en points Tarmed avant répartition des parts hôpital / médecin.
- Les estimations faites des taux de retenues ne reposent pas sur des analyses de coûts de revient des prestations documentées et il en découle une impossibilité de savoir si l'hôpital peut se retrouver déficitaire en appliquant des taux pour divers types de prestations.

L'ensemble de ces calculs de retenues et de rétrocessions est extrêmement lourd et complexe et nécessite également de nombreuses forces de travail administratives pour leur réalisation. Ces calculs reposent le plus souvent sur des extractions qui sont retraitées encore une fois sur des fichiers Excel très complexes et il en découle des risques importants d'erreurs.

Les calculs supportant la fixation de ces taux de prélèvement ne sont pas suffisamment documentés par une comptabilité analytique permettant de s'assurer que les hôpitaux conservent bien une part suffisante du tarif pour veiller à couvrir leurs charges d'exploitation. Au surplus, comme ces retenues sont prélevées au net des honoraires reversés, aucun prélèvement de TVA n'est effectué sur ces refacturations implicites.

### **Le cas des reventes de médicaments aux cabinets intra-muros**

Nous avons relevé des cas où les cabinets présents dans l'hôpital s'approvisionnaient en médicaments et en fournitures auprès de l'établissement. Les chiffres d'affaires réalisés à ce titre par les quelques hôpitaux concernés n'étaient pas très significatifs mis à part pour un médecin achetant des fournitures non disponibles en pharmacie de ville. Ces médicaments et fournitures sont parfois vendus avec une majoration du prix de vente, mais pas toujours. Par ailleurs, comme des locaux servent à la fois pour les consultations privées et publiques, nous n'avons eu aucun moyen de vérifier que l'exhaustivité de ce qui est consommé par les cabinets privés est refacturé.

Il arrive que les grossistes ou fournisseurs du domaine médical mettent des conditions restrictives en cas de revente des médicaments dans leurs conditions générales de vente. Il n'est parfois pas permis de revendre des médicaments / fournitures à des tiers privés. De plus, les listes de prix pour les pharmacies hospitalières ne sont pas les mêmes que pour les pharmacies / cliniques de ville. Il convient donc que les hôpitaux (FHV) prennent les mesures qui s'imposent pour s'assurer de se conformer à toutes les conditions contractuelles fixées par les fournisseurs des pharmacies inter-hospitalières et de respecter systématiquement, en cas de revente permise, les majorations applicables. Il convient aussi de vérifier si les listes des prix déterminés par SwissMedic sont méticuleusement observées dans ces types de cas.

### **En résumé**

Des hôpitaux (FHV) ne connaissent pas le nombre de cabinets privés qui sont logés dans leurs propres murs, il n'est pas tenu d'inventaire de ceux-ci. La refacturation des charges ne peut en l'état ni faire l'objet d'un suivi adéquat ni d'une facturation exhaustive.

S'agissant des rétrocessions d'honoraires (après prise en compte des retenues) sur l'activité réalisée de cabinets privés pour lesquels les hôpitaux gèrent la facturation, les taux appliqués pour les retenues pour overheads varient d'un établissement à l'autre et leur application peut ne pas être systématique. Il y a lieu de considérer que l'ensemble de ces calculs de retenues et de rétrocessions est extrêmement lourd et complexe et nécessite également de nombreuses forces de travail au niveau administratif pour leur réalisation.

Par ailleurs, dans le cas de la revente de médicaments aux cabinets. Les listes de prix pour les pharmacies hospitalières ne sont pas les mêmes que pour les pharmacies / cliniques de ville. Il convient que les hôpitaux (FHV) s'assurent que les conditions contractuelles fixées par les fournisseurs des pharmacies inter-hospitalières et que les listes de prix applicables sur les médicaments soient bien respectées lors de toute revente à des cabinets.

## Recommandation 9

Exécution	<b>Amélioration</b>	<b>Plan d'action</b>	Transversale
-----------	---------------------	----------------------	--------------

Nous recommandons d'interpeller, informer et suivre les hôpitaux de la FHV de telle sorte qu'ils :

- Clarifient, documentent et appliquent de manière systématique toutes les situations consistant en la mise à disposition de ressources de l'hôpital.
- Valorisent à la juste valeur les prestations réalisées, afin que les refacturations aux cabinets soient faites en conséquence.
- Prennent en compte, si nécessaire, la TVA applicable sur les prestations réalisées pour le compte de tiers privés.
- S'assurent qu'en cas de revente de médicaments ou de fournitures à des tiers, les listes tarifaires soient respectées ainsi que l'ensemble des conditions générales de vente des fournisseurs des pharmacies inter-hospitalières.

Importance	Basse	Moyenne	Haute
<b>Portée</b>		✓	
<b>Urgence</b>	✓		

Délai de résolution :	<b>Plan d'action</b>
-----------------------	----------------------

## 5.16 La gestion du recrutement et des nominations

### Objectif

Nous nous sommes assurés que le mode de recrutement et d'octroi des promotions des médecins cadres fait l'objet des validations nécessaires de telle sorte que le corps médical ne puisse pas unilatéralement nommer les cadres sans l'aval de la direction de l'établissement.

### Contexte

Le recrutement des médecins cadres ainsi que leur promotion fait l'objet d'une directive<sup>5</sup> du DSAS de 2010 qui prévoit, pour les hôpitaux reconnus d'intérêt public autres que le CHUV, une démarche à appliquer.

### Travaux réalisés

Nous avons vérifié si pour tous les hôpitaux concernés, la procédure de recrutement édictée par le DSAS est adéquatement respectée. Nous avons également vérifié si toutes les embauches et les promotions font bien l'objet d'une validation interne au niveau de la direction de l'établissement et que les contrôles de validation des compétences en amont de cette décision sont bien documentés. Ce point a été analysé pour vérifier si les contrôles internes mis en place permettent aux directions d'hôpitaux de se prémunir contre les risques d'engagement de personnel non autorisé.

### Constats

De façon générale, la procédure d'engagement édictée par le Médecin cantonal est respectée par les hôpitaux. Les engagements sont annoncés au Médecin cantonal de manière adéquate et sont correctement validés par la direction des établissements concernés. Par contre, la documentation des dossiers RH est à renforcer pour conserver toutes les traces des documents élaborés en cours de processus de recrutement. Les directeurs d'hôpitaux nous ont toutefois mentionné avoir été confrontés à des demandes d'autorisation d'exercer qui se sont perdues suite à leur envoi à l'Office du médecin cantonal. Dans d'autres cas, les délais de traitement des demandes, trop longs, ont fait en sorte que des engagements ont dû être annulés et les processus de recrutement recommencés.

<sup>5</sup> Directives sur la nomination des médecins cadres dans les hôpitaux privés reconnus d'intérêt public, Chef du DSAS, 1<sup>er</sup> mai 2010.

Dans les cas de candidature unique, en particulier dans les petits établissements de la FHV et lors de recrutement de spécialistes, l'étape de la commission de sélection à instituer par l'hôpital a été annulée pour des raisons évidentes.

## En résumé

De manière générale la procédure d'engagement édictée par l'Office du Médecin cantonal est respectée par les hôpitaux. Néanmoins, la documentation à conserver à ce titre dans les dossiers du personnel de l'hôpital est perfectible.

## 5.17 La gestion des dossiers du personnel

### Objectif

Nous avons vérifié si les dossiers du personnel sont suffisamment bien tenus et documentés.

### Contexte

Des établissements sont issus de fusions successives ou ont un statut intercantonal. Il découle de ces situations des dossiers documentés parfois suivant des modes de faire « historiques ». Il est à relever que de nombreux établissements (membres de la FHV) utilisent le système d'information Opale de la FHV qui permet le stockage systématisé de dossiers RH dématérialisés.

Le CHUV a également réalisé une démarche de dématérialisation de ses dossiers du personnel.

### Travaux réalisés

Nous avons vérifié par sondage si la tenue des dossiers du personnel est faite de manière standardisée et suffisamment documentée. Nous avons contrôlé que les dossiers du personnel incluait bien les éléments suivants :

- L'autorisation de pratiquer émise par le Chef du DSAS sous préavis du Médecin cantonal.
- Les autorisations de séjour pour les médecins étrangers.
- Les copies des diplômes et des titres FMH.
- La validation des embauches.
- Les curriculum vitae ou tout autre document mentionnant les expériences professionnelles antérieures.
- Les copies de documents d'identité.
- La preuve de l'absence de poursuite (en responsabilité) des assureurs antérieurs et de casier judiciaire.

### Constats

Si quelques établissements visités montrent une documentation de gestion du personnel bien tenue, d'autres présentent quant à eux des faiblesses particulièrement importantes dans leur gestion administrative et financière. De manière générale, les dossiers plus récents sont mieux documentés que les dossiers plus anciens. Parfois, les dossiers du personnel ne comportaient pas d'autorisation de pratiquer bien que les médecins concernés en possédaient une.

### CHUV

Le CHUV a réalisé un imposant travail de dématérialisation des dossiers du personnel. Les pièces des anciens dossiers papier ont été scannées mais, lors de cette opération, des erreurs ont été commises. Les dossiers du personnel ne sont pas toujours complets et des documents sont classés aux mauvais endroits. Le CHUV a consigné tous les contrats de ces médecins mais, il n'exige pas que ceux-ci soient signés par les parties.

**FHV**

Dans plusieurs des établissements audités, les dossiers du personnel n'étaient pas complets ou pas adéquatement tenus. Plusieurs hôpitaux ont réalisé une démarche de dématérialisation des dossiers du personnel parfois peu réussie (documents manquants, documents scannés dans les mauvais dossiers, documents scannés mais illisibles, etc.). Pour un établissement, les dossiers sont suivis de manière éparsée à plus d'un endroit. Nous constatons l'absence de nombreux contrats de travail dans les dossiers et lorsqu'ils sont présents, ils ne sont pas forcément signés. Dans les plus petits établissements, les dossiers du personnel n'étaient pas complets et pas toujours à jour et ce, en particulier pour les embauches datant d'il y a plusieurs années.

**En résumé**

Pour plusieurs établissements visités de la FHV et dans une moindre mesure au CHUV, la documentation des dossiers du personnel doit être clairement améliorée. Plusieurs hôpitaux ont mené des projets de dématérialisation des dossiers du personnel et parfois, ces projets ont donné lieu à des documents mal répertoriés ou perdus. Une mise à jour globale de l'exhaustivité des documents à retrouver dans ces dossiers est à prévoir pour plusieurs d'entre eux.

**Recommandation 10**

Exécution	<b>Amélioration</b>	<b>Plan d'action</b>	Transversale
-----------	---------------------	----------------------	--------------

Nous recommandons de rappeler à l'ensemble des établissements de faire un état des lieux de leurs dossiers RH et en particulier ceux de leurs médecins cadres, afin de s'assurer que ceux-ci soient complets. La tenue de ces dossiers doit faire l'objet de « check-list » et être centralisée de manière à ce qu'il soit possible d'en vérifier la complétude.

Importance	Basse	Moyenne	Haute
<b>Portée</b>		✓	
<b>Urgence</b>		✓	

Délai de résolution :	<b>Plan d'action</b>
-----------------------	----------------------

**5.18 La gestion des activités accessoires (autres que les cabinets privés dans l'hôpital)**

**Objectif**

Nous avons vérifié s'il existe des règles permettant de déterminer comment doivent être déclarées les activités accessoires (important notamment dans les cas de représentation de l'hôpital à l'extérieur) et comment celles-ci doivent être validées et rémunérées. Il convient également de déterminer qui doit prendre à sa charge les éventuelles dépenses en lien avec la pratique de ces activités accessoires (l'hôpital ou le médecin selon le cas). Par ailleurs, il est pertinent que les établissements identifient les potentiels conflits d'intérêts qui pourraient résulter des activités accessoires de leurs médecins cadres.

**Contexte**

En sus de leurs activités cliniques réalisées dans des cabinets privés, qui sont également des activités qualifiées comme étant « accessoires », les établissements engagent des médecins cadres, du fait notamment que ces derniers peuvent être sollicités pour des activités accessoires compte tenu de leur expertise hautement spécialisée. A ce titre, des médecins sont impliqués dans des activités de recherche, d'enseignement ou d'expertises diverses. Il importe que ces activités soient déclarées et en particulier lorsqu'un médecin les réalise sur ses heures de travail ou lorsqu'il est amené à représenter l'hôpital auprès de tiers externes.

### **Règles applicables pour le CHUV**

Le R.méd (art. 41) prévoit que :

*« Par autres activités, on entend les activités que les médecins chefs de département, médecins chefs de service et médecins cadres exercent en relation avec leur fonction.*

*Sont considérées notamment comme autres activités les mandats, cours, conférences (y compris leur organisation) ainsi que les prestations et les expertises qui ne sont pas à charge d'une assurance obligatoire et qui font l'objet, cas échéant, de tarifs édictés par la direction du CHUV.*

*Lorsque ces autres activités sont effectuées avec l'aide du personnel du CHUV, seule la part de la facture correspondant aux prestations du médecin entre dans le champ d'application du présent règlement, les autres parts de la facture constituant des revenus ordinaires du CHUV.*

*Les dispositions particulières relatives aux revenus des brevets d'invention et des droits d'auteur sur publications ainsi qu'au produit des prix scientifiques sont réservées. Cas échéant, ils font l'objet de contrats spécifiques. »*

Le R.méd (art 43 al.1) prévoit également que :

*« Le CHUV est seul compétent pour facturer les prestations délivrées dans le cadre du traitement de la clientèle personnelle ainsi que des autres activités. »*

Le CHUV prend en compte deux concepts : les « *activités accessoires* » et les « *autres activités* ». Pour des raisons de simplification, nous considérons ici que toutes ces activités sont « *accessoires* » au sens générique du terme.

### **Règles applicables pour les établissements de la FHV soumis à la CCT-FHV**

La CCT-FHV (art. 32 complété également par l'art. 31) prévoit que :

*« En principe, le médecin chef engagé à plein temps n'est pas autorisé à exercer sa spécialité dans d'autres établissements. Lorsque le médecin chef n'est pas engagé à plein temps, la possibilité d'exercer dans un autre établissement doit être négociée avec l'hôpital. »*

### **Travaux réalisés**

Nous avons vérifié de quelle manière les établissements gèrent la question des activités accessoires à savoir :

- S'il existe une procédure obligatoire de déclaration des activités accessoires qui est suivie.
- Si la définition de ce qui doit être considéré comme une activité accessoire est claire.
- Si les règles concernant la conservation (par le médecin ou par l'hôpital) des revenus découlant de ces activités accessoires ont été déterminées.
- Si les règles en matière de représentation de l'hôpital auprès de tiers extérieurs sont claires et comprises par les médecins.
- S'il existe un lien entre le temps dédié pour les activités accessoires et le temps dédié aux activités cliniques.

### **Constats**

#### **CHUV**

Le CHUV a depuis de nombreuses années des directives institutionnelles complétant le R.méd et encadrant la notion d'activités accessoires et leur mode de déclaration. Dans les faits, peu de médecins cadres inclus dans notre échantillon avaient rempli cette déclaration. Parmi les formulaires reçus, la moitié n'avait pas fait l'objet d'une validation par les RH et la Direction. La directive dit qu'en cas d'absence d'activités accessoires, le formulaire n'a pas besoin d'être rempli. Cette situation est peu satisfaisante.

Il a été porté à notre attention le fait que le CHUV est en train de revoir son processus de suivi de ces déclarations à l'aide d'un processus de déclarations électroniques. Il est prévu qu'une circularisation complète des employés de l'établissement soit faite sous peu par email et que la déclaration soit rendue obligatoire pour tous par une réponse à cette circularisation. Ce nouvel outil permettra de faire adéquatement le suivi des réponses reçues ou non reçues.

**FHV**

L'un des établissements spécialisés a mis en place une procédure de déclaration des activités accessoires pour les médecins cadres. Le règlement interne prévoit que la rémunération au titre de ces activités soit conservée par l'hôpital.

Pour les grands établissements de la FHV, la situation est contrastée. Des processus de déclaration des activités accessoires ont le plus souvent été mis en place, mais ne sont dans aucun cas systématiquement appliqués. D'autres n'ont aucun processus de déclaration obligatoire et n'ont pas défini le concept d'activités accessoires.

Pour les petits établissements, il n'y a pas de processus de déclaration d'activités accessoires. La plupart du temps, les médecins de ces établissements sont à temps partiel et sont libres de faire ce qu'ils veulent dans le cadre de leur temps personnel. Pour les établissements spécialisés dans les soins palliatifs il n'y a de toute façon aucun traitement de patientèle privée.

**De manière générale**

Après recoupement des listes du personnel des divers établissements et après la prise en compte des mutations intervenues au cours des années 2017 et 2018, nous avons constaté que quelques médecins cumulent des taux d'activité de plus de 100 % au sein des hôpitaux tout en ayant en plus un cabinet privé et en étant rémunérés à hauteur de 100 %. Même s'il nous a été mentionné que de nombreux médecins réalisent des heures supplémentaires importantes, ces situations contractuelles, combinées aux lacunes relevées dans la gestion des plannings et dans le suivi des temps de travail font en sorte qu'il est difficile de s'assurer de rémunérer les médecins réellement pour le taux d'activité mentionné dans leur contrat.

**En résumé**

De nombreux hôpitaux (FHV) n'ont aucune directive encadrant la réalisation d'activités accessoires. La perception de la notion d'activité accessoire en elle-même varie d'une direction générale à une autre. Ainsi, les hôpitaux (FHV) n'ont parfois aucune idée des activités de leurs médecins à l'extérieur de leur pratique médicale dans l'hôpital ni des potentiels conflits d'intérêts qui pourraient en résulter. Pour l'ensemble des hôpitaux (CHUV, FHV), les déclarations d'activités accessoires ne sont pas exhaustivement remplies par les médecins.

**Recommandation 11**

Exécution	<b>Amélioration</b>	<b>Plan d'action</b>	Transversale
-----------	---------------------	----------------------	--------------

Nous recommandons de requérir des hôpitaux d'être plus actifs dans le suivi des activités accessoires de leurs médecins cadres afin de limiter les risques de conflits d'intérêts.

Importance	Basse	Moyenne	Haute
<b>Portée</b>	✓		
<b>Urgence</b>	✓		

Délai de résolution :	<b>Plan d'action</b>
-----------------------	----------------------

## 5.19 La gestion du temps de travail, des plannings, des astreintes et des agendas

### Objectif

Lorsqu'une entité rémunère des personnes, elle doit mettre en place un minimum de contrôles pour s'assurer que le taux d'activité rémunéré corresponde bien a minima à celui qui est réalisé. Le temps de travail n'a pas besoin d'être réalisé en heures hebdomadaires fixes mais, à intervalle régulier, il convient de s'assurer qu'il y a une concordance entre ce qui est payé et la réalité. Tous les intervenants rencontrés nous ont précisé que de nombreux médecins travaillent énormément et ce, de manière variable.

Dès lors que les médecins sont partiellement dédiés à des tâches « publiques » et à des tâches « privées » pour lesquelles ils conservent souvent leurs honoraires, il convient ici d'avoir à disposition un minimum de contrôles visant à s'assurer que la production globale facturée est plausible au regard du taux d'activité devant être dédié à la réalisation de prestations publiques et pour lesquelles une rémunération est versée.

### Contexte

Les notions de gardes, piquets et astreintes ne sont pas les mêmes d'un établissement à l'autre. Par conséquent, nous utilisons ici ces termes sans distinction pour parler des obligations qu'ont les médecins de se rendre disponibles en cas d'urgence pour le traitement des patients.

La question de la mise en place de feuilles de temps pour les médecins cadres, considérés comme des cadres dirigeants et d'une potentielle non application de la Loi fédérale sur le travail (LTr) les concernant, fait grandement débat. Il convient néanmoins pour les hôpitaux pris individuellement de s'assurer d'avoir à disposition des médecins de diverses spécialisations pour répondre aux besoins des patients (en cas d'urgence par exemple) et de s'assurer de mettre à disposition les ressources nécessaires aux médecins qui pratiquent dans leurs murs (ex. mise à disposition des blocs opératoires, du personnel soignant, des salles de consultation, des prestations de laboratoires ou de radiologies, etc.). Indépendamment du fait que les médecins cadres soient des cadres de haut niveau, il est donc fort utile de savoir quand les médecins sont présents dans l'établissement tant pour la prise en charge des patients que pour la planification des ressources nécessaires au bon fonctionnement de l'hôpital.

Parfois, les agendas servent à vérifier que l'ensemble de la facturation patient a été effectuée. Or, il arrive que les médecins réalisent des actes privés qui sont facturés directement par l'hôpital. Il convient donc de s'assurer que la gestion soit réalisée de manière adéquate pour éviter toute confusion dans la facturation des prestations.

Par ailleurs, de nombreux médecins travaillent à temps partiel et/ou sont susceptibles de faire des gardes ou d'être disponibles pour des astreintes. Il convient donc d'avoir une organisation hospitalière adaptée pour faire face à ces problématiques propres au domaine médical. Nous avons donc analysé de quelle manière les hôpitaux se sont organisés pour s'assurer d'une structure adéquate, que ce soit sous l'angle de la mise en place de système de déclaration des temps de travail, de la gestion des plannings des gardes et des astreintes et de la gestion des agendas.

### Règles applicables pour le CHUV, notamment quant aux astreintes

Le R.méd prévoit à son art 14 que :

*« Le médecin qui effectue des piquets astreignants, correspondant d'une part à une activité médicale qui ne peut être déléguée nécessitant une présence physique personnelle dans les 30 minutes ou, d'autre part, à d'autres activités médicales astreignantes spécifiques, selon une liste définie annuellement par la direction du CHUV, a droit à une compensation en temps, selon l'article 15, et financière fixée par la direction du CHUV.*

*La compensation financière correspond à un montant fixe par jour, versé dans le fonds des honoraires du département / service. Elle est reversée aux médecins concernés dans le cadre de la répartition annuelle du fonds des honoraires et selon leur participation effective à l'astreinte. Chaque service ou département concerné définit les règles internes de fonctionnement des piquets astreignants ou des autres activités médicales astreignantes.*

*Le caractère astreignant du piquet est fixé chaque année par la direction du CHUV, après consultation de la Commission d'application du règlement, objet du Chapitre IX du présent règlement (ci-après la « Commission d'application »).*

*Le montant de la compensation financière de l'astreinte est une indemnité qui s'ajoute au complément de revenu. »*

### **Règles applicables pour les établissements de la FHV**

Pour les autres établissements que le CHUV, l'obligation de remplir le tableau de gestion des présences (le « PEP ») relève surtout de directives internes. Des établissements ont mis ce type de processus en place et d'autres non.

### **Travaux réalisés**

#### **Gardes et astreintes**

Pour mieux comprendre le mode de gestion des gardes et des astreintes, nous avons vérifié la documentation existante permettant de répondre aux questions suivantes :

- Qui gère l'affectation des astreintes et comment les décisions sont-elles prises ?
- La rémunération des astreintes est-elle basée sur un planning, sur une déclaration de réalisation des gardes effectivement réalisées par les médecins ?
- Quels sont les tarifs pratiqués pour la rémunération des astreintes ?
- Y a-t-il des médecins exclus de l'obligation d'astreintes et de gardes et quel est l'impact de ces exclusions sur le personnel qui les réalise ?
- Les médecins réalisent-ils des actes privés lors des astreintes ?

#### **Agendas**

En ce qui concerne les agendas, nous avons vérifié la documentation existante permettant de répondre aux questions suivantes :

- Les patients qui viennent à l'hôpital sont-ils bien inscrits dans le système des admissions ?
- Les consultations inscrites dans les agendas font-elles toutes l'objet d'une inscription dans le système des admissions et une facturation en découle-t-elle (sauf pour des rendez-vous manqués qui pourraient ne pas être facturés) ?

#### **Gestion des temps de travail**

En ce qui concerne les temps de travail au sens large, nous avons analysé les points suivants :

- Existe-t-il des plannings permettant de savoir quels médecins sont présents quels jours ?
- L'hôpital fait-il des analyses de la production par médecin afin de vérifier si la production est plausible au regard du taux d'activité pour lequel il est rémunéré ?
- Des systèmes déclaratifs des présences ou des temps de travail ont-ils été mis en place et sont-ils effectivement utilisés ?

### **Constats**

#### **Les gardes et astreintes**

##### **CHUV**

Semestriellement, les services concernés doivent compléter des formulaires afin que les médecins cadres soient payés pour les piquets qu'ils ont effectués. Ces versements sont considérés comme des avances. Ensuite, les attributions finales sont définies dans le cadre de la répartition des fonds des honoraires. Sachant que les informations contenues dans les plannings ne permettent pas de suivre la réalisation effective de ces piquets, des compléments sont parfois versés à des médecins après le bouclage et la signature de tableaux de répartition. Lors de nos contrôles, nous avons relevé de rares versements réalisés à double (pour des montants entre CHF 2'200 et 4'400 par médecin).

Nous relevons aussi que des médecins du CHUV peuvent cumuler plusieurs lignes de piquets à la fois. Un montant représentant un cumul de 544 jours de piquets a été versé à un même médecin spécialiste en 2016. Selon la direction, il s'agit d'un cas particulier cumulant plusieurs lignes de piquets entraînant un effet de cumul. Quoi qu'il en soit, à compter de 2017, ce type de situation fait en sorte que les médecins ne reçoivent plus d'avantages liés à ce mode de rémunération du fait de l'écrêtement de leur salaire.

**FHV**

De par le fonctionnement du calcul des plafonds de salaire, des médecins cadres spécialistes de la FHV ne sont en réalité pas rémunérés non plus pour la réalisation de leurs gardes (celles-ci étant incluses dans le plafonnement). Les piquets sont généralement rémunérés au même tarif dans tous les établissements à savoir CHF 200.—/jour.

Dans l'un des hôpitaux, les indemnités pour astreintes pour une spécialité sont payées en pool et des médecins n'assurant aucune garde touchent néanmoins des indemnités.

Dans quelques établissements et pour des spécialités bien spécifiques, des médecins sont exemptés de la réalisation des piquets et ce, en particulier pour les médecins agréés. Cette situation est particulièrement problématique pour les plus petits hôpitaux où les gardes reposent sur un nombre de médecins très limité. Des hôpitaux en arrivent même à devoir recourir à des cabinets de ville pour pallier les problèmes de planification des gardes. Un autre facteur limitant consiste au temps de déplacement maximal admissible pour se rendre sur site en cas d'urgence qui fait en sorte qu'à certains endroits il y a peu de médecins disponibles répondant aux critères de distances admissibles. Ces contraintes importantes, combinées aux salaires plus faibles des établissements excentrés nuisent au processus d'embauche des médecins pour les petits établissements notamment.

Les directions générales tiennent le plus souvent à avoir le planning des gardes, mais nous avons relevé un cas pour lequel les plannings étaient conservés dans les services. Il arrive que des médecins aient négocié des forfaits pour la réalisation des gardes alors que d'autres se les font payer sur la base des gardes effectivement réalisées. Il existe aussi les cas de répartition des gardes en « pool ». Nous n'avons pas été en mesure de nous assurer de l'égalité de traitement de tous les médecins dans le paiement des gardes qu'ils ont réalisées.

Finalement, dans un établissement, les gardes ne sont pas rémunérées et peuvent être compensées en temps uniquement. Nous pouvons conclure, de manière générale, que la gestion des temps de travail n'est dans l'ensemble pas satisfaisante.

**En résumé**

Dans quasiment tous les établissements, les gardes et les piquets sont généralement rémunérés à raison de CHF 200.—/jour. Au CHUV, nous avons toutefois relevé des cas où des médecins cumulent plusieurs lignes de garde en même temps.

Il arrive que dans les établissements de la FHV, les gardes ne font pas l'objet d'un planning centralisé et les directions laissent les médecins s'organiser librement entre eux. Dans les hôpitaux de petite taille qui fonctionnent essentiellement avec des médecins agréés, la question des gardes pose un réel problème d'organisation ; les médecins agréés sont le plus souvent exemptés de l'obligation de faire des gardes et les quelques médecins salariés restants se retrouvent avec des astreintes beaucoup trop contraignantes. Lorsque les hôpitaux appliquent rigoureusement la notion de plafonnement des salaires, des médecins se retrouvent dans les faits non rémunérés (pas de rémunération additionnelle) pour la réalisation des gardes, car celles-ci sont incluses dans les calculs du plafond.

## Gestion des temps de travail et des présences

### CHUV

Le CHUV a une directive interne qui prévoit une exigence pour les médecins de saisir leurs présences dans un système prévu à cet effet. Les suivis des temps de travail ne sont néanmoins pas adéquatement respectés. Il n'y a pas de suivi des soldes de vacances des médecins cadres. La base de données permettant le suivi des temps de travail peut par ailleurs être corrigée manuellement rétroactivement. Il n'y a pas de validation formelle ni des plannings, ni des temps de travail saisis, lesquels sont souvent saisis de manière partielle ou incorrecte.

### FHV

Dans plusieurs hôpitaux, le suivi des temps (ne serait-ce qu'en jours travaillés) fait grandement défaut ou n'est tout simplement pas réalisé. Il en découle qu'il n'y a aucun suivi des absences et de la réalisation des plannings, pas de vérification du respect du droit aux vacances et autres types d'absences.

Nous relevons également que, selon les lacunes rencontrées, la documentation relative aux dossiers du personnel, la consignation des contrats de travail et l'évolution du droit aux vacances en fonction de l'âge ne sont souvent pas formalisées.

Dans tous les cas où les médecins avaient des demi-journées par semaine octroyées pour la réalisation de leur pratique privée, il nous a été impossible, sur la base des informations disponibles, d'analyser la plausibilité des volumes réalisés à titre privé (même dans les murs) avec les volumes d'affaires réalisés au titre des prestations d'intérêt public. Nous constatons qu'à ce jour, ni la gestion des temps de travail, ni les données disponibles au niveau analytique ne permettent de se rendre compte du nombre de demi-journées effectivement prises par les médecins, ne serait-ce qu'en moyenne ou proportionnellement à la production, sur une base annuelle.

### De manière générale

Tant au CHUV que dans les hôpitaux de la FHV, il n'y a pas de suivi analytique développé permettant d'expliquer les taux de facturation des médecins des mêmes spécialités au regard du taux d'activité pour lequel ils sont effectivement rémunérés. Pour des hôpitaux de la FHV, nous avons obtenu des statistiques de facturation. Nous avons ainsi pu constater que parfois des médecins à temps partiel facturaient beaucoup plus que d'autres rémunérés à plein temps. Ces situations s'expliquent peut-être notamment par la réalisation d'autres activités annexes (par ex. administratives). Nous n'avons pas eu à disposition des explications ou des analyses poussées de ces cas. En l'absence de suivi des temps de travail détaillés, nous considérons que la mise en place de ces procédés analytiques et l'explication des écarts significatifs qui pourraient en résulter doivent être préconisées.

### En résumé

Bien que plusieurs intervenants rencontrés nous aient mentionné que les médecins cadres font de nombreuses heures de travail, nous n'avons pas été en mesure de vérifier cet état de fait à l'aide des outils de suivi existant actuellement dans les divers hôpitaux.

Que ce soit au CHUV ou dans la plupart des hôpitaux de la FHV, la gestion des temps de travail fait défaut. Il n'y a le plus souvent aucun suivi des congés pour formation et des vacances. Le nombre de jours travaillés n'est pas tracé. Cet état de fait est particulièrement problématique lorsqu'il s'agit de rémunérer les soldes de vacances en cas de départ d'un médecin.

L'analyse de la production effective par médecin pour pallier ces lacunes fait également grandement défaut. On remarque que dans des services de certains hôpitaux, les médecins remplissent volontiers les systèmes de feuilles de temps alors que d'autres refusent de se conformer à cette demande des directions générales. Il ne nous a pas été possible de vérifier si le taux d'activité pour lequel les médecins sont rémunérés est bien celui réalisé de manière effective.

Nous constatons également que le temps de travail des médecins n'est pas simple à consigner. Lorsque des feuilles de temps ne sont pas remplies, des statistiques de facturation (avec un contrôle de la réalisation effective des prestations par les cadres) sont a minima nécessaires comme contrôle compensatoire. En l'absence de suivi des temps de travail détaillés, nous considérons que la mise en place de procédés analytiques et l'explication des écarts significatifs qui pourraient en résulter doivent être préconisées.

**Recommandation 12**

Exécution	<b>Amélioration</b>	<b>Plan d'action</b>	Transversale
-----------	---------------------	----------------------	--------------

Nous recommandons, afin de permettre une planification efficace des ressources de l'établissement, la mise en place de procédés analytiques permettant de mesurer la production effective et de pouvoir expliquer pourquoi des médecins d'un même établissement et d'une même spécialité, rémunérés à temps partiel, peuvent parfois avoir des taux de facturation beaucoup plus élevés que d'autres qui sont rémunérés à plein temps.

Importance	Basse	Moyenne	Haute
<b>Portée</b>		✓	
<b>Urgence</b>	✓		

Délai de résolution :	<b>Plan d'action</b>
-----------------------	----------------------

**5.20 La supervision des services (notion de « chairman »)**

**Contexte**

Le CHUV est réparti en plusieurs départements lesquels se déclinent en divers services. Il existe pour chacun de ces services un « chef de service ». Cette personne assure notamment l'interface avec le domaine administratif et veille à l'organisation de son service / département.

Dans les hôpitaux de la FHV, la situation est plus hétérogène. La CCT-FHV définit ce que doit être le cahier des charges des « chairmans ». En résumé il s'agit d'une personne chargée d'assurer un rôle de coordination et qui doit servir d'interlocuteur privilégié entre son service et les autres instances de l'établissement.

**Travaux réalisés**

Nous avons vérifié comment sont organisés les divers hôpitaux quant à la structure hiérarchique des services médicaux.

**Constats**

**CHUV**

De par l'organisation de ses activités avec des « chefs de service » et des « chefs de département », les responsabilités de gestion des services et des départements sont formalisées au CHUV.

**FHV**

La fonction de « chairman » telle que définie dans la CCT-FHV n'est pas appliquée de manière uniforme dans les faits, voire pas du tout appliquée, dans les établissements l'ayant ratifiée. Pour la portion du cahier des charges des « chairman » relevant davantage de la notion de l'organisation administrative des services, la question de savoir qui doit prendre des décisions d'organisation prend tout son sens. Ce point mériterait d'être mieux précisé en particulier dans les grands établissements.

Pour les hôpitaux de petite taille où nous retrouvons deux à trois médecins cadres, la fonction de chairman n'est pas réellement applicable. Dans plusieurs cas, la fonction de chairman est dans les faits assimilée à celle du directeur médical.

**En résumé**

Dans plusieurs hôpitaux de la FHV, une fonction de chairman (tournant ou fixe) a été déployée mais, dans les faits, cette fonction ne s'applique pas de manière uniforme dans tous les établissements et doit être clarifiée.

## 5.21 La gestion des activités de formation et des autres charges payées pour le médecin

### Objectif

Plusieurs médecins travaillent à la fois dans plusieurs établissements et d'autres travaillent à temps partiel dans les hôpitaux et à temps partiel pour leur propre compte. Il convient dès lors de vérifier comment sont gérées les notes de frais de ceux-ci et de s'assurer que les dépenses ne soient pas remboursées à double (ex. frais de formation, représentation, assurances).

### Contexte

Pour le CHUV, le R.méd prévoit ce qui suit (art. 16) :

*« Les jours de formation continue exigés par les dispositions légales comptent comme temps de travail et sont rémunérés comme tel. Les services assument les frais de formation continue exigée selon les dispositions légales. Ils contribuent à la formation continue non obligatoire, notamment au travers de fonds de département et de service. »*

L'art 17 de ce même règlement traite quant à lui de la prise en charge des congés de type scientifiques.

Pour les établissements de la FHV ayant ratifié la CCT-FHV, celle-ci prévoit que :

*« En sus des vacances, le médecin chef a droit, par année civile et sans réduction de sa rémunération de la fonction de médecin chef, au minimum au nombre de jours exigés par la FMH pour la formation continue dans la ou les spécialités exercées. »*

Plusieurs établissements paient aux médecins les primes d'assurance pour responsabilité civile. A ce titre, la CCT-FHV prévoit que :

*« L'hôpital conclut une police d'assurance responsabilité civile couvrant la responsabilité contractuelle et délictuelle pour tous les dommages qui pourraient être causés par le médecin chef dans le cadre de toute l'activité déployée pour le compte de l'hôpital (en division commune, semi-privée, privée et ambulatoire). (...) »*

Pour les établissements n'ayant pas ratifié la CCT-FHV, il n'y a le plus souvent aucune base documentaire existante. Dans certains cas, les hôpitaux ont mis en place des règlements internes en la matière.

### Travaux réalisés

Nous avons analysé les directives internes en lien avec le paiement des frais de formation, charges de cotisations et autres dépenses faites sur la base de notes de frais et de leur correcte application. Nous avons également, sur base d'échantillons, vérifié la correcte justification de ces dépenses remboursées le cas échéant.

### Constats

#### Frais de formation

##### CHUV

Les frais de formation font l'objet de comptes de dépenses. Une directive institutionnelle a été édictée à cet effet et les comptes de dépenses payés sont validés, traités et consignés par les RH du CHUV. Des frais de participation à des congrès passent par des fonds de tiers ou des fonds de service ce qui complique leur suivi et leur analyse au niveau comptable. Néanmoins, tous les cas ayant donné lieu à des notes de frais sont gérés par les RH et sont pris en compte dans l'outil de gestion des salaires.

##### FHV

Les formations longues ne font pas toujours l'objet de conventions de formation. Ce point est à améliorer. Des établissements procèdent à des remboursements de notes de frais pour le paiement des formations. D'autres offrent à leurs collaborateurs des forfaits de formation payables sur la base des pièces justificatives. Dans un cas, pour des raisons de simplification, les frais de formation sont considérés comme étant déjà inclus dans les salaires des médecins.

## Autres types de dépenses

### CHUV

Nous n'avons pas relevé, lors de nos tests sur base d'échantillons, de dépenses qui dépassent ce qui est raisonnablement admissible dans un service de l'Etat dans les tests réalisés. Néanmoins, nous relevons des cas pour lesquels des dépenses d'invitation ont excédé légèrement les seuils des directives institutionnelles sans validation préalable avant le remboursement des notes de frais. Nous avons également relevé quelques invitations faites entre collègues. Par ailleurs, deux médecins cadres reçoivent des indemnités mensuelles pour frais de transport, dont les paiements sont réalisés en sus des frais effectifs. Nous avons relevé le cas d'un paiement à double pour une dépense peu importante matérialisée par l'imputation comptable de la même dépense sur deux fonds différents. Par conséquent, bien que les dépenses faites soient raisonnables, leur contrôle est à améliorer.

### FHV

Au sein de la FHV, nous avons relevé des dépenses de faible importance pour les médecins des plus petits établissements. Ces dépenses font l'objet de conditions prénégociées avec la direction ou de comptes de dépenses selon le cas (ex. forfait téléphonique de CHF 60.—/mois pour les cadres d'un petit établissement). Nous n'avons constaté aucune dépense à caractère somptuaire au sein de ces établissements.

Nous avons identifié également que les hôpitaux situés hors des centres urbains doivent payer des indemnités de déplacement parfois importantes aux médecins. Par exemple, dans un établissement où nous sommes en présence de 38 médecins agréés et de seulement quatre médecins cadres salariés, l'hôpital paie les déplacements des agréés. Des médecins agréés exercent leur activité une à deux fois par mois, mais d'autres plusieurs fois par semaine. L'hôpital prend à sa charge le plus souvent leurs déplacements, ce qui contribue à augmenter le coût de réalisation des prestations pour l'hôpital en comparaison des autres hôpitaux.

Un établissement de la FHV se démarque des autres en termes de suivi et de montant des notes de frais remboursées. Pour ce cas, les justificatifs comptables étayant les participations à des congrès ou le cadre de réalisation (convention de formation) devraient être clairement améliorés. Des factures adressées à l'hôpital sont payées par les médecins puis remboursées. Des médecins ont des dépenses de participation à des congrès qui sont importantes, mais ces dépenses sont enregistrées par l'exploitation principale et, sous cet angle, la démarche est transparente. Le nombre de jours de participation à des congrès ou à des formations externes ne fait l'objet d'aucun suivi. Pour cet hôpital, en 2017, l'un des médecins a été absent pendant 52 jours pour des formations sans qu'il n'y ait eu une convention de formation signée avec lui. Il nous a été mentionné que ces déplacements visaient notamment de la prospection de clientèle à l'étranger du fait de son activité hautement spécialisée. Deux autres médecins ont eu pour environ 30 jours de formation.

Un autre des établissements ne rembourse aucune dépense ni de formation ni autres, sauf circonstances exceptionnelles, nécessitant au préalable l'accord de la direction de l'établissement.

A contrario, nous avons relevé quelques remboursements de frais de formation qui avaient été payés à des médecins agréés, ce qui nous ramène à la nécessité de clarifier le statut juridique de ceux-ci.

## En résumé

La prise en charge des frais de formation et des autres dépenses (ex. cotisations) varie d'un hôpital à l'autre. Dans certains hôpitaux, les règles applicables en matière de remboursement des frais sont très claires, mais dans d'autres ce n'est pas le cas. Dès lors que plusieurs médecins travaillent à temps partiel ou dans plusieurs établissements, il conviendrait de déterminer dans quelles mesures ces charges doivent être assumées par les hôpitaux suivant des critères clairement définis. Dans un établissement de la FHV, les frais de formations doivent être considérés comme très importants.

## 5.22 Les éléments de concurrence salariale – Constat général

### Contexte

Le mode de rémunération des médecins cadres, notamment au sein des établissements de la FHV est aujourd'hui très hétéroclite. En sus de la potentielle concurrence salariale avec les cliniques privées ou relevant d'autres cantons, il découle de cette situation que les divers hôpitaux du canton de Vaud, soit les établissements de la FHV et le CHUV, sont dans une logique de concurrence entre eux sur les salaires des médecins cadres.

### Constats

Nous relevons les éléments suivants susceptibles de créer des biais en termes de concurrence. Ainsi, des hôpitaux :

- Ont opté pour une rémunération fixe uniquement, laquelle peut s'avérer être peu incitative en termes de volume de prestations médicales facturées pour le compte de l'établissement.
- Suivent mieux que d'autres la présence des médecins, avec pour corollaire que ceux-ci ont parfois moins de latitude pour réaliser une pratique privée annexe.
- Interdisent la facturation privée faite directement par les médecins, limitant ainsi le volume des activités pouvant être faites en sus de celle rémunérée.
- Prévoient des compléments pour absence de clientèle privée, qui sont financés à la charge de l'exploitation courante augmentant ainsi les rémunérations de spécialités spécifiques alors que d'autres hôpitaux ne le font pas dans la même proportion.
- Hors des centres urbains, n'offrent pas de salaires suffisants, comparativement parlant, pour permettre un dédommagement acceptable pour les aspects de pénibilité liés à l'éloignement géographique et aux astreintes des gardes plus importantes pour les quelques médecins restants qui ne sont pas des agréés.
- Localisés à proximité d'autres cantons doivent adapter les salaires pour faire face à ces facteurs de proximité géographique.

### Recommandation 13

Exécution	<b>Amélioration</b>	<b>Plan d'action</b>	Transversale
-----------	---------------------	----------------------	--------------

Nous recommandons de conduire une réflexion sur la problématique de la concurrence salariale au sein des établissements de la FHV et du CHUV étant entendu que nous avons relevé dans notre rapport les points suivants :

- Une part importante de la rémunération de forme « fixe » peut être perçue, par certains médecins, comme étant peu incitative en termes de productivité.
- Les conditions liées à la pratique d'activités accessoires, annexes ou privées doivent être clarifiées et harmonisées.
- Il n'existe pas d'étude comparative concernant le mode de fixation des salaires au plan intercantonal.

Il convient également de trouver des solutions d'ajustements salariaux pour prendre en compte la pénibilité et les contraintes liées à l'éloignement géographique pour les établissements concernés par cette thématique.

Importance	Basse	Moyenne	Haute
<b>Portée</b>			✓
<b>Urgence</b>		✓	

Délai de résolution :	<b>Plan d'action</b>
-----------------------	----------------------

\* \* \* \* \*

# **Troisième partie**

## **Annexes**

## 6. Réponse à la consultation



Département de la  
santé et de l'action  
sociale (DSAS)

Secrétariat général

Bâtiment administratif de la  
Pontaise (BAP)  
1014 Lausanne

Réf.: PRO  
ID 669363

- 6 MARS 2019

Contrôle cantonal des finances - CCF  
M. Thierry Bonard – Chef de service  
Mme Nathalie Ferland – Cheffe de  
service adjointe  
Rue César-Roux 37  
1014 Lausanne

Lausanne, le 6 mars 2019

### Contrôle en lien avec l'organisation médicale des hôpitaux et la rémunération de leurs médecins cadres – Rapport de synthèse

Monsieur le Chef de service,  
Madame la Cheffe de service adjointe,

Le Secrétariat général du DSAS accuse réception de votre rapport relatif au contrôle en lien avec l'organisation médicale des hôpitaux et la rémunération de leurs médecins cadres qui a retenu toute son attention. Nous vous remercions de l'occasion qui nous est donnée de nous prononcer sur ce rapport.

Nous saluons l'importance du travail pionnier réalisé et la mise en évidence des lacunes qui existent dans les relations administratives et financières entre les hôpitaux et les médecins.

Votre rapport illustre la nécessité de disposer d'une base légale afin de fixer des règles claires de même qu'exercer une surveillance dans ce domaine d'activité, si important, qu'est la santé pour les citoyens vaudois.

Nous vous remercions de l'attention que vous porterez à la présente et vous présentons, Monsieur le Chef de service, Madame la Cheffe de service adjointe, nos salutations distinguées.

Pascale Rumo  
  
Secrétaire générale

## 7. Annexes

### 7.1. Liste des établissements audités

Pour le canton de Vaud, les établissements « sous contrat LAMal » englobent 19 entités ayant des statuts divers, de tailles très diverses et ayant des missions variées à savoir :

#### **Les établissements avec participation pour l'intégralité des missions médicales**

##### ***Le CHUV, soit l'un des cinq hôpitaux universitaires de Suisse***

En vertu de l'art. 2 de la loi sur les Hospices cantonaux (LHC), le CHUV est rattaché au Chef du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS). Il constitue un service du DSAS. Le CHUV est actif dans les soins aigus, la réadaptation et les soins psychiatriques.

##### ***Les hôpitaux membres de la Fédération des hôpitaux vaudois (FHV) soit :***

##### ***Le Groupement Hospitalier de l'Ouest lémanique SA (GHOL) à Nyon***

Société anonyme inscrite le 25 mai 1999 ayant pour but de répondre aux besoins de santé de la population, entre autre accueillir, soigner, soulager les patients, participer à la formation des professionnels de la santé et collaborer aux développements de nouveaux projets ; exploitation et gestion de tout établissement hospitalier, dont notamment les hôpitaux de Rolle et de Nyon, parahospitalier, de soins et de séjours, l'accomplissement de toute activité médicale, paramédicale et toute activité qui s'y rapportent.

##### ***L'Ensemble Hospitalier de la Côte (EHC) à Morges***

Association inscrite le 15 février 2001 ayant pour but l'exploitation commune des hôpitaux de Morges, d'Aubonne et de Gilly, le maintien de leur caractère hospitalier, ainsi que l'exploitation des établissements médico-sociaux et, le cas échéant, de toute autre activité répondant aux besoins en soins.

##### ***L'Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais (HRC) à Rennaz***

Entreprise de droit public créée selon une convention intercantonale (Vaud-Valais) inscrite le 22 avril 2010 et ayant pour but la dispense des prestations dans le domaine sanitaire, conformément au mandat donné par les deux Conseils d'Etat.

##### ***Les Etablissements hospitaliers du Nord vaudois (eHnv) à Yverdon***

Association inscrite le 4 mars 1999 ayant pour but l'exploitation d'établissements de soins, notamment hospitaliers et médico-sociaux du Nord vaudois.

##### ***L'Hôpital intercantonal de la Broye (HIB) à Payerne***

Entreprise de droit public créée selon une convention intercantonale (Vaud-Fribourg) inscrite le 11 juin 2015 et ayant pour but la dispense des prestations dans le domaine sanitaire, conformément au mandat donné par les deux Conseils d'Etat.

##### ***Le réseau santé Balcon du Jura.vd (RSBJ) à Ste-Croix***

Association inscrite le 5 septembre 2012 ayant pour but l'exploitation d'un réseau de santé pour la région de Ste-Croix, Bulle et Mauborget dans le cadre de la planification sanitaire vaudoise, elle offre des soins coordonnés à la population locale et régionale, dans ce même cadre l'association participe à l'offre de soins à disposition de la population vaudoise et extra-cantonale dans la mesure de ses disponibilités.

##### ***La Fondation « Institution de Lavigny » – Département hospitalier (IL) à Lavigny***

Fondation inscrite le 21 avril 1975 ayant pour missions : la neuroréhabilitation et l'aide aux personnes atteintes d'épilepsie ou d'autres affections neurologiques, le traitement ambulatoire et l'hospitalisation, l'accueil de personnes adultes présentant des déficiences suite à une maladie neurologique ou à des lésions cérébrales, l'accueil de personnes adultes vivant avec une déficience intellectuelle et la scolarisation, la formation et l'accompagnement d'enfants et d'adolescents nécessitant un encadrement spécialisé (but résumé).

##### ***Fondation de l'Hôpital de Lavaux-Cully (HL) à Cully***

Fondation inscrite le 3 mai 1940 ayant pour but l'entretien, l'exploitation et le développement d'un établissement destiné, en principe, aux soins des malades, des personnes atteintes dans leur santé et des personnes âgées.

##### ***La Fondation de Nant (FN) à Corsier-sur-Vevey***

Fondation inscrite le 12 janvier 1962 qui est une institution de santé mentale ayant pour but d'organiser la psychiatrie publique dans le secteur et dispenser les soins qui en découlent.

**La Fondation Rive-Neuve (RN) à Blonay**

Fondation inscrite le 19 novembre 1987 ayant pour but la création et l'exploitation d'établissements spécialisés en soins palliatifs destinés à des patients gravement atteints dans leur santé ; par un accompagnement thérapeutique interdisciplinaire considérant la personne dans toutes ses dimensions (biologique, psychologique, sociale et spirituelle), la fondation offre aux patients les conditions favorisant le choix éclairé d'un projet de soins transdisciplinaires qui permet des conditions d'existence aussi confortables que possible jusqu'à l'achèvement de leur vie.

**L'Association de l'Hôpital du Pays-d'Enhaut (PE) à Château-d'Oex**

Association inscrite le 21 février 1985 ayant pour but d'assurer aux malades les soins que nécessite leur état.

**La Fondation Miremont (FM) à Leysin**

Fondation inscrite le 4 mai 2010 ayant pour but l'exploitation d'un établissement médico-social et toutes autres activités dans le domaine de la santé.

**Autre hôpital membre du groupe CHUV**

**L'Asile des aveugles – Hôpital ophtalmique Jules-Gonin (HOJG) à Lausanne**

Fondation inscrite le 30 mars 1916 sous le nom « Asile des aveugles » ayant pour but de lutter contre la cécité et en prévenir ou atténuer les conséquences.

**Tableau des chiffres clés s'agissant des établissements de la FHV, de l'HOJG et du CHUV**

Chiffres clés <sup>1</sup>							
Nom	Abréviation	Nombre de lits moyens en 2017 <sup>2</sup>				ETP 2017	Chiffre d'affaires d'exploitation 2017 (en kCHF)
		Lits A	Lits B	Lits C	Lits A/B Psy		
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois	CHUV	936	135	100	352	9'241	1'611'544
Hôpital Riviera Chablais	HRC	266	74+8 CHUV	-	-	1'695	296'197
Etablissements hospitaliers du Nord Vaudois	eHnv	255	105	153	21	1'346	217'259
Ensemble hospitalier de la Côte	EHC	199	81	20	-	888	154'204
Groupement hospitalier de l'Ouest lémanique	GHOL	160	20	51	-	614	114'664
Hôpital intercantonal de la Broye	HIB	117	47	-	-	601	99'317
Fondation Asile des aveugles - Hôpital ophtalmique Jules-Gonin	HOJG	Pas d'information				492	53'128
Fondation de Nant	FN	-	-	-	74	323	44'499
Réseau santé Balcon du Jura.vd	RSBJ	21	-	52	-	154	24'494
Hôpital de Lavaux	HL	-	61	36	-	155	19'992
Institution de Lavigny – Département hospitalier	IL	-	41	-	-	116	15'797
Hôpital du Pays-d'Enhaut	PE	17	10	16	-	109	12'082
Fondation Miremont	FM	-	20	36	-	88	10'289
Fondation Rive-Neuve	RN	-	20	-	-	50	7'031

<sup>1</sup>Source : Rapport d'activité CHUV 2017, Reporting hôpitaux 2017 SSP et Rapport annuel 2017 pour la Fondation Asile des aveugles

<sup>2</sup> En fonction de ses activités, l'hôpital peut exploiter des lits de type A, B ou C :

- Type A : Soins aigus
- Type B : Mesures de réadaptation ou soins palliatifs
- Type C : Exploités par des EMS, soins permettant de pallier la perte d'autonomie, à la maintenir, voire à la récupérer

## **Les établissements avec une participation pour une part des missions médicales**

### ***Fondation La Source – Clinique La Source à Lausanne***

Fondation de droit privé inscrite le 31 juillet 1912 exerçant toute activité en relation avec la santé et l'enseignement des soins infirmiers.

### ***Hirslanden Lausanne SA (pour les cliniques Bois-Cerf et Cecil) à Lausanne***

Société anonyme inscrite le 9 décembre 1987 ayant pour but l'exploitation d'une ou de plusieurs cliniques.

### ***Clinique La Lignière SA à Gland***

Société anonyme inscrite le 22 juin 2012 ayant pour but l'exploitation d'établissements médicaux, de soins, de réadaptation et de psychiatrie, de centres de remise en forme, de fitness et de natation, ainsi que toutes autres activités dans le domaine de la physiothérapie, de l'ergothérapie, de la neuropsychologie et de la logopédie, ainsi que de la diététique, de la prévention et de la promotion de la santé dans une approche globale, tant biologique, psychosociale que spirituelle.

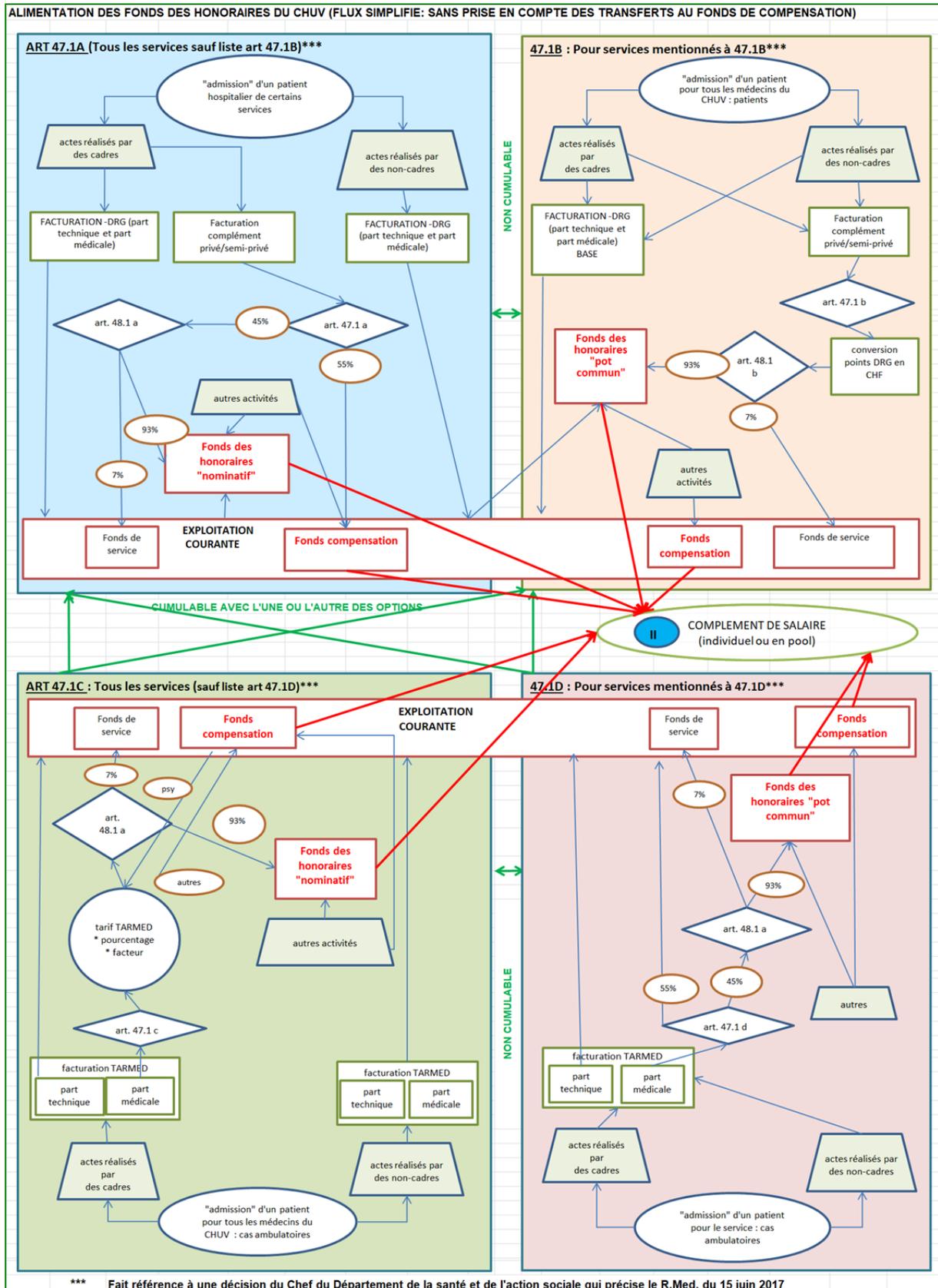
### ***Clinique privée La Métairie Sàrl à Nyon***

Société anonyme inscrite le 16 juin 2006 ayant pour but la création, la réalisation, l'acquisition, la gestion, l'exploitation et la mise en valeur par tous moyens de toutes maisons de santé de court, moyen et long séjour, établissements de soins, et établissements médico-sociaux.

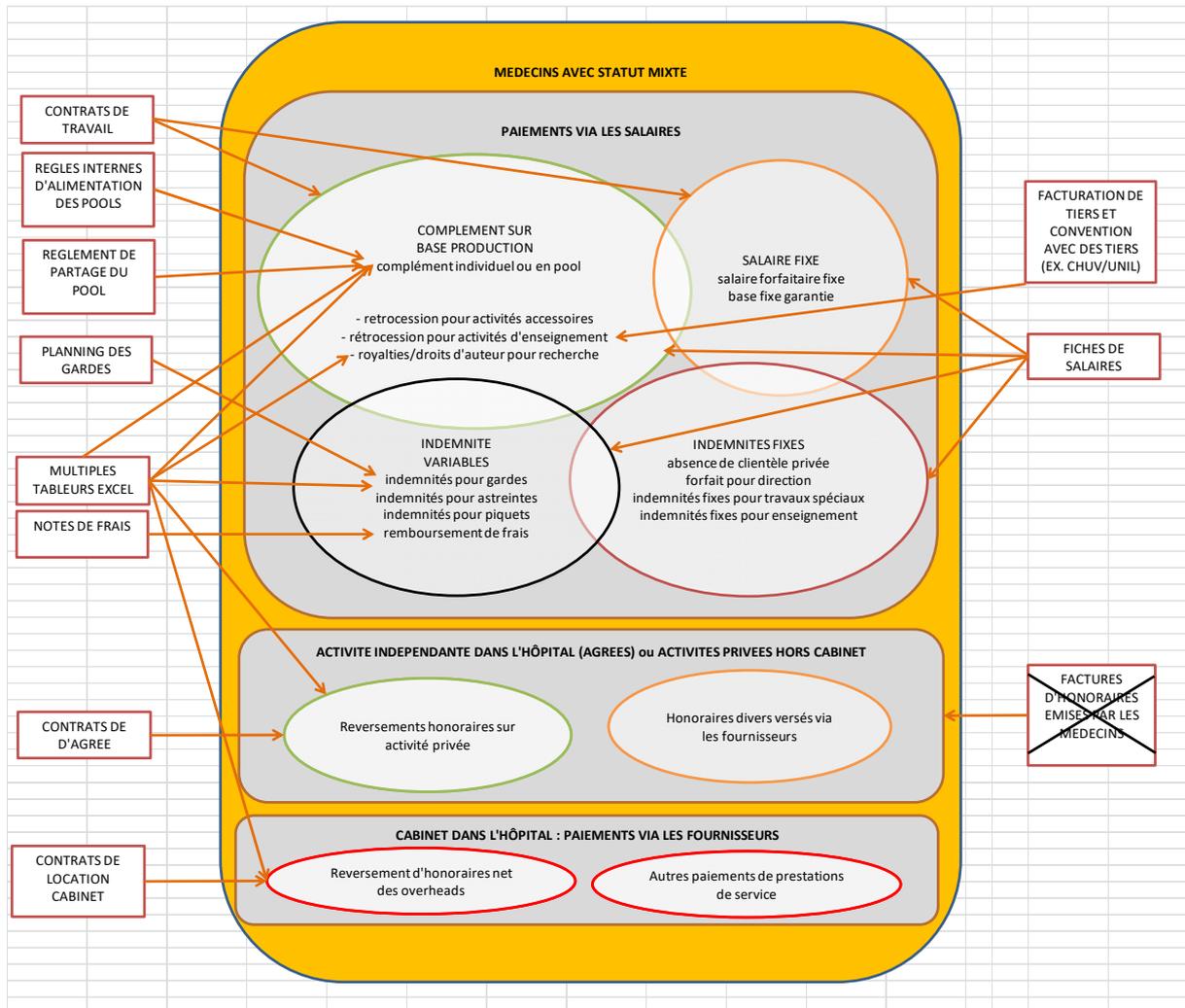
### ***CIC Riviera SA à Montreux***

Société anonyme inscrite le 13 septembre 2006 exploitant un centre médico-chirurgical.

## 7.2. Alimentation des fonds des honoraires – CHUV (simplifié)



### 7.3. Documents justificatifs par types de versements



Le tableau ci-dessus présente de manière schématisée quel type de documentation (contrat, directive, facture etc.), supporte les versements faits aux médecins dans les directions administratives.

## 8. Bases légales applicables

### 8.1. Lois et règlements régissant l'entité

#### ***Droit fédéral***

- Loi fédérale du 23 juin 2006 sur les professions médicales universitaires (Loi sur les professions médicales, LPMéd ;RS 811.11).
- Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10).
- Loi fédérale sur le travail dans l'industrie, l'artisanat et le commerce (Loi sur le travail, LTr ; RS 822.11).
- Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102).
- Ordonnance du 20 juin 2014 sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie (RS 832.102.5).
- Ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS ;RS 832.112.31).

#### ***Droit cantonal***

- Loi du 20 septembre 2005 sur les finances (LFin ; BLV 610.11).
- Loi du 22 février 2005 sur les subventions (LSubv ; BLV 610.15).
- Loi du 12 mars 2013 sur le Contrôle cantonal des finances (LCCF ; BLV 614.11).
- Loi du 29 mai 1985 sur la santé publique (LSP ; BLV 800.01).
- Loi du 5 décembre 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES ; BLV 810.01).
- Loi du 16 novembre 1993 sur les Hospices cantonaux (LHC ; BLV 810.11).
- Règlement du 8 octobre 2008 précisant les conditions à remplir par les établissements sanitaires privés pour être reconnus d'intérêt public au sens de la loi du 5 décembre 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (RCLPFES ; BLV 810.01.3).
- Règlement du 2 mai 2012 sur les investissements des établissements hospitaliers figurant sur la liste vaudoise (RIEH ; BLV 810.01.5).
- Règlement du 26 janvier 2011 sur l'exercice des professions de la santé (REPS ; BLV 811.01.1).
- Règlement du 21 décembre 2016 sur les médecins chefs de département, les médecins chefs de service, les médecins cadres, les médecins agréés et les médecins hospitaliers du CHUV (R.méd ; BLV 811.13.1).
- Règlement d'application de la loi du 16 novembre 1993 sur les Hospices cantonaux (RLHC ; BLV 810.11.1)
- Arrêté du 29 juin 2011 édictant la liste vaudoise 2012 des établissements hospitaliers admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins (LAMal) (AListeLAMal ; BLV 832.11.1).
- Cadre de référence – Admission sur la liste LAMal 2012, objet adopté par le Conseil d'Etat le 16 mars 2011.
- Planification hospitalière vaudoise 2012, objet adopté par le Conseil d'Etat le 29 juin 2011.

#### ***Bases légales invalidées***

- Règlement sur l'organisation médicale des hôpitaux reconnus d'intérêt public et sur la rémunération de leurs médecins cadres du 21 décembre 2016 (anc. ROHMC, BLV anc. 810.06.1).

#### ***Autorégulation***

- Code de déontologie de la FMH, adopté par la Chambre médicale suisse le 12 décembre 1996.

## 9. Lexique technique

Pour les besoins de la rédaction de notre rapport, en raison de l'absence d'harmonisation dans la définition de certains concepts au sein des divers établissements et pour des raisons parfois de simplification, nous définissons comme suit les termes ci-après :

### **Activités cliniques** :

Les activités cliniques sont les prestations réalisées en vue du traitement des patients (en sa présence ou en son absence). Pour les médecins cadres, elles comportent tant les activités réalisées par eux-mêmes que les activités de supervision d'activités cliniques réalisées par les « non-cadres » qui sont sous leur supervision. Sont considérées ici, seulement les activités cliniques réalisées dans les murs de l'hôpital en dehors de celles réalisées dans le cadre des cabinets privés intra-muros.

### **Activités non cliniques** :

Les activités non cliniques sont diverses et variées. Elles ne consistent pas dans le traitement médical de patients. Elles incluent notamment les activités de formation, de recherche, de représentation de l'établissement.

### **Activités accessoires** :

L'ensemble des activités non prévues dans le cahier des charges du médecin cadre concerné. Dans ce sens, la définition s'avère plus large que celle propre au CHUV.

### **Astreintes, gardes et piquets** :

Sont définis sous les appellations « astreintes, gardes et piquets » les différentes obligations des médecins consistant à se tenir et/ou à se rendre disponibles en cas d'urgence notamment et ce, sans distinction.

### **Cabinets intra-muros** :

Cabinet privé situé dans les murs de l'établissement dans lequel exerce un médecin cadre (salaire ou agréé) ayant une activité professionnelle clinique ou non dans l'établissement.

### **Cabinets extra-muros** :

Cabinet privé situé en dehors des murs de l'établissement dans lequel exerce un médecin cadre (salaire ou agréé) ayant une activité professionnelle clinique ou non dans l'établissement.

### **Cliniques privées** :

Les établissements hospitaliers privés vaudois (selon la liste vaudoise LAMal) admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins (LAMal) au moins pour une partie de leur mission, par contrat de prestations auprès de la Direction générale de la santé (DGS) (anciennement le Service de la santé publique). Les établissements hospitaliers privés vaudois (cliniques) sans contrats de prestations signés avec la DGS sont exclus de cette définition.

### **Complément de salaire variable** :

Eléments de salaires le plus souvent calculés sur la base de la production effective individuelle ou collective résultant de l'activité d'un ou de plusieurs médecins au sein d'un établissement et répartis/redistribués sous la forme de complément variable à titre individuel ou de complément variable en pool.

### **Complément de salaire variable à titre individuel** :

Eléments de salaires le plus souvent calculés sur la base de la production effective individuelle d'un médecin pour les actes facturés en Tarmed et/ou en Swiss DRG et marginalement sur d'autres bases tarifaires.

### **Complément de salaire variable en pool** :

Eléments de salaires le plus souvent calculés sur la base de la production effective collective d'un groupe de médecins pour leurs actes facturés en Tarmed et/ou en Swiss DRG. Le groupe de médecins ayant convenu au préalable des modalités de partage des honoraires (via un pool).

**Etablissements sous contrats LAMal :**

Les établissements vaudois (hôpitaux, cliniques, établissements intercantonaux) ayant un contrat de prestations signé avec la Direction générale de la santé (DGS) (anciennement le Service de la santé publique (SSP)) pour la totalité ou pour une partie de leurs missions. Les prestations concernées par ces contrats de prestations sont des prestations cliniques hospitalières. De ce fait, les établissements concernés sont considérés comme des établissements « reconnus d'intérêt public ».

**Ecrêtage ou écrêtage salarial :**

Mécanisme consistant dans le calcul des montants émergeant des plafonds de salaires.

**Exploitation principale :**

Transactions enregistrées en comptabilité dans le compte de résultat de l'établissement pour ses activités courantes (hors activités financées par des tiers à des fins spécifiques).

**FHV :**

Les établissements affiliés à la Fédération des hôpitaux vaudois.

**Fonds des honoraires :**

Au CHUV, les pools d'honoraires font l'objet de fonds spécifiques qui sont alimentés au cours de l'année puis répartis entre les médecins éligibles à recevoir des compléments de salaires au titre du pool concerné.

**Honoraires privés :**

Honoraires perçus par les médecins dans le cadre de leur pratique privée (sur le temps de travail octroyé à cet effet) ou au titre d'une activité en cabinet privé intra-muros ou extra-muros.

**Indemnités fixes :**

Essentiellement, les allocations pour absence de patientèle privée (le plus souvent fixées de manière forfaitaire). En font notamment partie les allocations forfaitaires pour supervision de personnel ou pour tâches administratives, les indemnités fixes pour charges d'enseignement ou de recherche, les indemnités pour présidence de collège des médecins ou pour charge de direction médicale et les primes d'ancienneté.

**Indemnités variables :**

Eléments variables du salaire (autres que les « compléments variables »), tels que les indemnités pour gardes, astreintes, piquets ou encore les remboursements de note de frais.

**Médecin cadre :**

Les médecins cadres (au sens du R.méd, art. 6) sont ceux qui pratiquent sous leur propre responsabilité médicale et, à ce titre, décident de l'hospitalisation d'un patient ou en délèguent la décision. En principe seuls les médecins salariés peuvent être des cadres. Sont des médecins cadres, les médecins chefs responsables de service, les médecins chefs et les médecins adjoints auxquels s'ajoutent, en pratique, les médecins « agréés » lorsque leur taux d'activité est important.

La définition retenue par le CCF s'avère plus étendue que celle propre au CHUV, qui ressort du R.méd et duquel les médecins cadres sont circonscrits aux médecins chefs, médecins adjoints et médecins associés. Elle s'inspire de celle constatée dans la pratique notamment auprès des établissements de la FHV et de celle ressortant de l'article 3 du « *Règlement sur l'organisation médicale des hôpitaux reconnus d'intérêt public et sur la rémunération de leurs médecins cadres, du 21 décembre 2016* », règlement invalidé par la cour constitutionnelle.

**Médecin salarié :**

Médecins cadres recevant un salaire de la part d'un établissement et dont les éléments du salaire ont été matérialisés par une fiche de salaire ayant pu être consultée par le CCF. Les médecins ont également été considérés comme salariés de fait, quand bien même ils étaient au bénéfice de contrats signés en tant qu'agréés.

**Médecin agréé :**

Médecin sous contrat d'agréé pour un taux d'activité supérieur à 20 % exerçant des fonctions équivalentes à celles d'un médecin cadre, pour autant que celui-ci ne soit pas médecin salarié.

La définition retenue par le CCF s'écarte de celle propre au CHUV, qui ressort du R.méd (art. 55, art. 1, al. 4).

**Médecin avec statut mixte (ou statut mixte) :**

Sont définis comme médecins avec un statut « mixte », les médecins cadres qui perçoivent de la part d'un établissement, un salaire et d'autres rémunérations, par exemple sous la forme d'honoraires ou en tant que fournisseur de prestations de services.

**Notes de frais :**

Demande de remboursement de dépenses formulée par le médecin à l'hôpital par exemple pour des cotisations professionnelles, des abonnements à des publications, des primes d'assurance-responsabilité, des frais de participation à des congrès ou à des formations.

**Overheads :**

Valorisation du coût d'utilisation des ressources, quelles qu'elles soient, mises à disposition par les établissements pour les médecins, dans le but de les utiliser à des fins privées (par exemple utilisation des infrastructures de l'hôpital pour la réalisation d'actes cliniques à titre privé).

**Part médicale du tarif :**

La part médicale du tarif est la portion du tarif représentée par les honoraires du professionnel ayant réalisé la prestation clinique.

**Part technique du tarif :**

La part technique du tarif est la portion du tarif correspondant aux charges supportées par l'hôpital en termes d'infrastructure et de mise à disposition de personnel divers (ex. administratifs, soignants).

**Plafonds de salaires :**

Limite de la rémunération payée par l'établissement à un médecin qui ne doit pas être dépassé. Le niveau des plafonds diffère entre le CHUV et les autres établissements de la FHV et même entre les établissements eux-mêmes.

**Prestations cliniques ambulatoires :**

Prestations cliniques réalisées sans l'hospitalisation du patient. Elles sont d'une durée allant de quelques minutes à quelques heures.

**Prestations cliniques hospitalières (ou stationnaires) :**

Les activités hospitalières sont celles requérant l'hospitalisation du patient. La facturation se base sur les tarifs applicables et est adaptée selon la lourdeur des cas.

**Prestations de services fournies par le médecin :**

Le terme est utilisé de manière générique en référence à la contrepartie fournie par le médecin pour les activités effectuées et pour lesquelles il est mis au bénéfice d'une rétribution / rémunération autre qu'un salaire.

**Production :**

Terme générique utilisé pour représenter la totalité (somme) des prestations médicales facturées par médecin ou par « pool » de médecins. La production est le plus souvent convertie en nombre de points tarifaires.

**Rémunération :**

Toutes formes de versements opérés par les établissements en faveur ou pour le compte des médecins : salaires fixes, salaires variables, indemnités fixes, indemnités variables ou effectués dans le but de rétribuer / rémunérer une contrepartie quelconque (prestation de services). Sont également à considérer comme éléments de rémunération, tous types de prestations en nature, dont les médecins ont pu bénéficier dans l'exercice de leurs activités professionnelles au sein d'un établissement.

**Rémunération en nature :**

Elément de rémunération, consistant en la mise à disposition des médecins, dans la réalisation d'activités à titre privé, par l'établissement, de moyens matériels ou de ressources (humaines, équipements, autres), qui peuvent ou pourraient ne pas avoir fait l'objet d'une facturation adéquate (« non refacturation » par l'établissement, de charges d'utilisation des ressources lui appartenant dans la réalisation d'activités à titre privé des médecins).

**Recettes des hôpitaux sur l'activité des médecins :**

Ensemble des revenus en provenance de différentes sources, en lien avec les activités cliniques ou non cliniques de l'établissement, réalisées par les médecins dans le cadre de leurs activités professionnelles et dans l'exercice de leur fonction au sein de l'établissement (essentiellement l'encaissement des prestations cliniques facturées selon la tarification applicable).

**Revenu des médecins :**

Le revenu des médecins s'identifie au cumul des revenus générés (gagnés) dans le cadre de l'exercice de leurs activités professionnelles menées au sein de l'établissement et des revenus résultant de leurs activités réalisées à l'extérieur de l'établissement.

**Rétrocessions d'honoraires :**

Versements opérés par l'établissement en faveur des médecins bénéficiaires de quote-part d'honoraires leur revenant, notamment pour les prestations effectuées telles que celles :

- Réalisées par les médecins agréés rémunérés à la prestation.
- Résultant de la réalisation d'actes effectués à titre privé par les médecins, et pour lesquels la facturation au patient a été opérée par l'établissement pour leur compte.

**Retenues pour overheads :**

Contributions en faveur de l'établissement, résultant de la facturation à charge des médecins, sous la forme de retenues, du coût des overheads, soit de l'utilisation des ressources de l'établissement mises à disposition.

**Salaire :**

Eléments essentiels de la rémunération, les salaires comprennent les salaires fixes, les compléments variables basés sur la production effective, les indemnités fixes et les indemnités variables. Peuvent également être assimilés à du salaire lorsqu'ils sont quantifiables, les avantages en nature reçus par les médecins dans le cadre de l'exercice de leur fonction dans l'établissement.

**Salaire fixe :**

Le salaire fixe est la base de rémunération du médecin, convenu contractuellement dans la plupart des cas, qui est versé chaque mois via le processus normal de versement de salaires de l'établissement.

**Swiss DRG :**

Les Swiss DRG, ou simplement DRG, constituent la base tarifaire utilisée pour la facturation des prestations hospitalières par la plupart des établissements.

**Tarif :**

Au sens large du terme, base de calcul du prix à facturer pour les prestations cliniques rendues.

**Tarmed :**

Le Tarmed constitue la base tarifaire utilisée pour la facturation des prestations cliniques ambulatoires. Ce tarif est également souvent utilisé pour convertir des statistiques de production clinique en nombre de points pour des fins comparatives ou de calcul des compléments de salaires.

\* \* \* \* \*

## 10. Liste des abréviations et des acronymes utilisés

CCF	Contrôle cantonal des finances
CCT	Convention collective de travail
CCT-SAN	Convention collective de travail du secteur sanitaire parapublic vaudois
CE	Conseil d'Etat
CHF	Francs suisses
COFIN	Commission des finances
COGES	Commission de gestion
DFIRE	Département des finances et des relations extérieures
DGIP	Direction générale des immeubles et du patrimoine
DGS	Direction générale de la santé (anciennement Service de la santé publique)
DSAS	Département de la santé et de l'action sociale
DSI	Direction des systèmes d'information
ETP	Equivalent temps plein
FHV	Fédération des hôpitaux vaudois
FHVI	Fédération des hôpitaux vaudois Informatique
FMH	Fédération des médecins suisses
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
LCCF	Loi sur le Contrôle cantonal des finances
LFin	Loi sur les finances
LSP	Loi sur la santé publique
REPS	Règlement sur l'exercice des professions de la santé
R.méd	Règlement sur les médecins chefs de département, les médecins chefs de service, les médecins cadres, les médecins agréés et les médecins hospitaliers du CHUV
SAGEFI	Service d'analyse et de gestion financières
SG-DSAS	Secrétariat général du Département de la santé et de l'action sociale
SJL	Service juridique et législatif
SSP	Service de la santé publique (dès le 1 <sup>er</sup> janvier 2019 Direction générale de la santé DGS)
SVM	Société vaudoise des médecins
SPEV	Service du personnel de l'Etat de Vaud
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée
UNIL	Université de Lausanne

\* \* \* \* \*