

**Le système de santé et  
d'assurance maladie en  
Allemagne  
Actions concernant la qualité des  
soins et la régulation des  
dépenses en ambulatoire**

*Rapport présenté par :*

*Françoise BAS-THERON*

*avec la participation de Mme Pascale FLAMANT*

*Membres de l'Inspection générale des affaires sociales*

*Rapport n° 2002 052  
Mai 2002*



## **Le contexte général**

### ➤ La couverture du risque maladie et l'accès aux soins

Le système allemand est fondé sur le principe de solidarité. Le risque est financé par les revenus du travail ; l'assurance maladie légale obligatoire occupe une place prépondérante (90% de la population) et a laissé peu de place au développement d'autres assurances (privées, de base, complémentaires).

L'accès aux soins de la population est aisé et sans délai, l'assuré bénéficie du tiers-payant généralisé aussi bien pour les honoraires médicaux que pour les prescriptions, il y a peu d'exclus du système de soins ; en raison des problèmes de maîtrise des dépenses, sur le long terme la tendance est à l'augmentation du ticket modérateur pour les médicaments. Néanmoins, le système reste globalement assez généreux.

### ➤ L'organisation institutionnelle

L'Allemagne a une organisation institutionnelle et des traditions très spécifiques : fédéralisme et principe de l'auto-administration de la profession conduisent à une articulation complexe des compétences et parfois à des risques de conflits d'intérêt. Un autre risque est celui d'un certain décalage entre les politiques et principes affichés au niveau fédéral et la mise en œuvre effective sur le terrain. Dans une période de contraintes, les institutions puissantes représentant le corps médical sont dans une situation difficile pour participer aux fonctions de régulation assises sur le principe de cogestion. En raison de la part importante et croissante des dépenses de santé, les interventions de l'Etat fédéral tendent à augmenter : introduction de mécanismes - restreints - de concurrence entre les caisses du régime légal, succession des réformes depuis 15 ans...

### ➤ L'offre de soins

L'offre de soins hospitalière est pléthorique. La médecine de ville est assurée par des médecins libéraux, très spécialisés (60% environ) ; par rapport aux autres pays de l'étude, la démographie médicale en ambulatoire est élevée. Une forte étanchéité caractérise les relations entre la médecine hospitalière et la médecine libérale. Les cabinets libéraux sont étoffés, dotés de personnels, équipés en matériels médicaux et informatiques.

## **Les outils de la régulation**

### ➤ L'encadrement des médecins libéraux

La fonction d'encadrement des médecins libéraux est assurée par les caisses, les unions de médecins, les ordres professionnels. En fait, les unions, chargées de l'auto-administration de la profession jouent un rôle prépondérant. Les procédures de contrôle se déroulent pour l'essentiel dans un cadre paritaire, avec les caisses. L'Allemagne, à la différence des autres pays de l'étude comparée, se caractérise par un système de contrôle très normé et structuré (cf. infra).

➤ L'action sur la demande

L'assuré allemand du régime légal bénéficie d'une situation globalement assez généreuse ; néanmoins, le ticket modérateur tend à augmenter (médicaments). Peu de contraintes pèsent sur lui : il a le libre choix du médecin et l'accès direct au spécialiste. Les quelques règles limitatives posées pour éviter le nomadisme médical ne sont pas contrôlées, comme rester un délai minimum chez le même généraliste, ou accéder au spécialiste via le généraliste. Les contrôles sur ou via l'assuré par les organismes régulateurs sont à peu près inexistantes.

L'éducation et la sensibilisation du patient aux problèmes de maîtrise (actions de communication sur le médicament), sa participation aux soins le concernant dans certains programmes (diabète) sont des pistes qui commencent à être creusées.

Un débat agite le corps médical, sur l'information économique dont doit bénéficier le patient : celui-ci n'a en effet aucune idée du coût des soins reçus en raison du tiers-payant qui porte aussi sur les honoraires. La suppression du tiers-payant sur les honoraires pour les uns, une meilleure information sur le coût des consultations pour les autres, constituent les pistes actuelles de réflexion.

➤ La régulation de l'offre de soins ambulatoire

La régulation de la démographie médicale, en vigueur depuis 1993, est sans doute un des outils les plus intéressants de l'expérience allemande.

Cette régulation a lieu au moment de l'installation des médecins conventionnés et non pas en amont (par exemple, par *numerus clausus*), en raison des compétences partagées entre Etat fédéral et Länder. Elle consiste à définir des besoins par spécialité médicale, selon les zones géographiques, et à refuser toute installation de médecins conventionnés dès lors que les seuils préfixés sont dépassés. Les critères d'appréciation des besoins s'affinent progressivement.

Compte tenu de l'importance de l'assurance maladie légale, la régulation a eu des effets notables, avec certes davantage de succès dans la limitation des installations dans les zones surmédicalisées que dans l'incitation à l'installation dans les zones défavorisées de ce point de vue (certains Länder de l'Est, les zones rurales). Elle a eu aussi des répercussions importantes sur l'emploi des médecins hospitaliers (forte concurrence, rajeunissement du personnel médical hospitalier).

Les autres outils susceptibles de contribuer à la régulation de l'offre de soins sont moins avancés. La mise en place d'un *gate-keeper* et le renforcement du rôle de médecin de famille sont des dispositifs évoqués au niveau gouvernemental. La visibilité sur la poursuite du projet de *gate-keeper*, qui ne fait pas l'unanimité, est faible.

➤ L'administration des prix

La nomenclature des actes est détaillée et complexe, et en cours de révision. Dans le secteur du médicament, outre les outils classiques de la maîtrise (blocage des prix, hausse de la participation de l'assuré), deux réformes importantes doivent être mentionnées : le système d'enveloppe opposable (cf. infra), la fixation d'un prix de référence (1989) qui plafonne la prise en charge collective. Les produits sont regroupés en trois classes indiquant leur degré de similarité. Un forfait fixe de prise en charge par l'assurance-maladie est établi pour chacun des trois groupes. L'objectif était de développer, grâce à ce dispositif, les mécanismes de concurrence, qui ont effectivement permis la baisse du prix d'un certain nombre de produits puis ont entraîné une modification de la stratégie des industriels.

➤ La régulation des volumes de dépenses d'honoraires et de prescriptions

Le système d'enveloppes (ou de budgets) est un outil essentiel de régulation de la médecine libérale allemande. Il a, sur le plan macro-économique, les avantages et limites inhérents à ce type de mécanisme. Le principal avantage est d'assurer, en principe, une certaine maîtrise des dépenses et une bonne visibilité aux payeurs et aux instances dirigeantes responsables des grands équilibres. C'est donc un atout fort. Dans le domaine du médicament, les enveloppes globales ont conduit les médecins à prescrire davantage de génériques et à réduire l'utilisation des produits à efficacité incertaine.

Les enveloppes, bien qu'opposables, ne sont cependant pas toujours respectées ; des dépassements ont été constatés. Un autre problème classique, et non résolu, est la détermination de leur montant, à baser sur l'appréciation de besoins objectifs en matière de soins. Enfin, dans un système où les secteurs ambulatoire et hospitalier sont cloisonnés, notamment dans leur mode de financement, l'existence d'enveloppes conduit à poser la question de l'imputation de certaines catégories de dépenses et constitue un obstacle au développement de la coordination et des réseaux de soins intégrés.

Les enveloppes ne semblent donc pas avoir répondu complètement aux objectifs des pouvoirs publics, qui ont multiplié les réformes. Quant à leur gestion au quotidien, elle constitue aussi un problème.

La répartition de l'enveloppe d'honoraires entre les médecins libéraux constitue en effet une des préoccupations majeures de la profession. Elle a conduit à la mise en place du point flottant. La raison d'être du point flottant est de permettre le respect de cette enveloppe globale. C'est son atout. Les effets négatifs du point flottant ne sont cependant pas minces : il déstabilise fortement les médecins, qui ne savent jamais combien ils vont gagner et l'estiment injuste. Au lieu de responsabiliser la profession, il a engendré une course à l'acte telle que le comportement individuel de chaque médecin, multipliant les actes pour gagner davantage, conduit à la pénalisation de l'ensemble de la profession, puisque la somme de ces comportements individuels fait diminuer la valeur moyenne du point. La logique du point flottant conduit à la surproduction : l'image du hamster sur sa roue dans sa cage est constamment employée par les Allemands pour caractériser ce mécanisme. Les effets pervers constatés (baisse de la

valeur du point, fermeture des cabinets quand l'enveloppe était dépassée) ont, à leur tour, nécessité la mise en place de mécanismes correcteurs (détermination de plafonds d'activité par cabinet pour éviter une chute trop importante du point). Certains de ces mécanismes ont toutefois eu des effets bénéfiques (meilleure organisation collective de l'offre de soins libérale). En définitive, le système a conduit à un mécanisme de régulation que l'on peut juger bureaucratique et très quantitatif. Du point de vue d'un observateur extérieur, un effet négatif du point flottant est sans doute, en induisant la multiplication des actes et en focalisant toute l'attention du corps médical sur les problèmes de rémunération, d'avoir retardé la prise en compte des questions de qualité des pratiques. Le médecin libéral allemand reste peu suivi au niveau de la qualité de sa pratique et de ses prescriptions (hors le respect des règles « basiques » sur le panier de soins pris en charge par l'assurance légale...), sauf, le cas échéant, s'il se distingue par une activité quantitativement élevée.

La répartition et le paiement des honoraires constituent une des fonctions majeures des unions de médecins (en Rhénanie du Nord, le ratio personnels de l'union / médecins libéraux de son ressort est de l'ordre de 1 pour 16). Le contrôle de l'activité des médecins – antérieur au système d'enveloppe – constitue un volet de ces fonctions.

Ce contrôle est essentiellement « économique ». Son principe et ses modalités ne sont pas mis en cause par les professionnels qui l'estiment fondé. L'activité des médecins et leurs prescriptions sont évaluées à partir de moyennes statistiques. Le système d'information est d'ailleurs très performant (contenu, exhaustivité). Les contrôles sont déclenchés au-delà d'un certain écart par rapport à la moyenne. Les Allemands conviennent que l'approche est assez rudimentaire mais ils ne disposent pas de suffisamment de contrôleurs pour mener des actions plus ciblées et estiment que le contrôle a un aspect psychologique. Sur le plan de l'analyse qualitative, la procédure, basée sur des écarts par rapport à une moyenne statistique, peut susciter des questions sur sa pertinence. Un médecin qui a parmi ses patients des cas lourds et coûteux peut être contrôlé pour pratiques excessives, alors qu'un médecin qui abuse et prescrit sans justification, en restant sous les seuils déclencheurs du contrôle, n'est pas inquiété. Outre le fait qu'une pratique correspondant à une moyenne prédéterminée n'est peut-être pas un indicateur fiable d'efficacité ou d'excellence, l'impact sur le comportement est incertain car des écarts ou déviations considérables sont nécessaires pour être contrôlé. En raison de l'absence de critères médicaux, la définition actuelle repose donc largement sur les standards de la médecine orthodoxe. La présomption est que le médecin moyen rend un service efficace et pertinent, est censé avoir une pratique satisfaisante si elle correspond à la pratique générale. En bref, ce que fait la majorité est correct. Il faut remarquer que ce système de contrôle est sans doute aussi le reflet d'une philosophie des relations sociales et professionnelles basée sur la confiance. Enfin, implicitement, il est fondé sur le postulat que la longue formation initiale est suffisante. Le contrôle, s'il conclut à des résultats non satisfaisants, conduit à des sanctions individuelles graduées, effectivement appliquées (avertissement, non paiement des actes effectués ...).

Le système d'enveloppes a fait l'objet récemment de modifications importantes. On peut se demander si celles-ci ne constituent pas une tendance lourde des systèmes de régulation : il s'agit de l'abandon des procédures collectives pour une approche plus individuelle et sans doute plus qualitative.

Ces modifications se présentent sous deux formes :

- l'abandon des sanctions collectives, en cas de dépassements de l'enveloppe de prescriptions. Fragiles sur le plan juridique, injustes, inappliquées et donc perdant de ce fait une bonne part de leur crédibilité, les sanctions collectives n'ont pas fait la preuve de leur pertinence et de leur efficacité. Elles sont remplacées par des sanctions individuelles.
- A l'enveloppe globale médicament se substitue une enveloppe par cabinet médical. Pour les honoraires, si le mécanisme en vigueur demeure (enveloppe globale, point flottant), une individualisation par cabinet est également mise en œuvre.

Ces dispositions sont récentes et donc non évaluées. Il faut cependant noter qu'elles sont estimées par le corps médical plus pertinentes que les précédentes.

D'autres exemples illustrent ce mouvement vers une approche plus fine : outils plus qualitatifs avec le développement du contrôle de plausibilité, possibilité de mise en place de contrats individuels.

La mission de régulation et de contrôle de la profession confiée aux unions de médecins allemands peut renvoyer à la question générale du contrôle par les pairs. Un chercheur, M. Dohler, observe que les unions de médecins sont loin d'être des agents administratifs neutres. Les fonctions exécutives sont tenues par des responsables qui ont la plupart du temps une longue expérience de cabinet et ont intériorisé les préjugés et les préférences de leurs collègues encore en exercice. Ces responsables sont élus par l'assemblée générale des médecins conventionnés et donc liés aux intérêts de leurs mandants. Il n'est donc pas étonnant que ces caractéristiques aient transformé les unions en remparts importants de la profession médicale. Un objectif essentiel, même s'il n'est pas toujours respecté, de la politique sociale allemande est de préserver et de renforcer l'auto-administration. Modifier la procédure de contrôle ou les unions ne semble donc pas à l'ordre du jour, dans la mesure où cela serait considéré comme une atteinte aux droits d'auto-administration.

En tout état de cause, la régulation quantitative et son contrôle par les pairs deviennent un exercice difficile pour les unions, dans le contexte de maîtrise, et les résultats sont, du point de vue d'un observateur extérieur, mitigés. La question de la transposabilité en France mérite d'autant plus d'être posée que la profession médicale y a une tradition de discipline collective peu affirmée.

#### ➤ Les outils de bonne pratique médicale

Les outils de bonnes pratiques médicales (*guidelines*, recommandations) sont encore relativement peu développés en médecine libérale. Les normes ne sont généralement pas opposables, sauf sur des questions amont (règles à respecter et qualifications pour l'installation, non prescription de médicaments non remboursables...). La liberté de prescription du médecin reste importante ; cependant la prescription de génériques est développée. La mise en place d'outils de bonnes pratiques commence à être étudiée et mise en œuvre : des programmes de *disease management*, pour lesquels des standards de soins doivent être définis, débutent.

➤ L'organisation et la coordination du système de soins

Les thèmes de l'organisation et de la coordination des soins sont très à l'ordre du jour ; plusieurs lois proposent de nombreux cadres juridiques. La mise en œuvre sur le terrain semble cependant plus en retrait (au moins, en Rhénanie du Nord).

La possibilité, pour les médecins, de contracter directement avec les caisses pour mettre en place des modes d'organisation innovants, est récente et semble encore peu pratiquée. Les unions de médecins, dont le monopole est ainsi mis en question, sont évidemment opposées à ce dispositif. Quant à la coordination entre les secteurs ambulatoire et hospitalier, elle apparaît encore très problématique. La mise en place des *disease management programs* constitue une piste, au moins pour améliorer la coordination entre professionnels du secteur ambulatoire et la qualité des soins.

\*\*\*

L'Allemagne, depuis une quinzaine d'années, a mis en œuvre une large panoplie d'outils de régulation. Il y a eu beaucoup d'ajustements, voire des revirements pour certains outils de la médecine ambulatoire. D'où une certaine instabilité de la législation. Pour un observateur extérieur, par comparaison (Etats-Unis, Angleterre), les outils allemands sont très quantitatifs. Les résultats sont considérés, par les Allemands eux-mêmes, comme mitigés.

Les réflexions en cours, les projets gouvernementaux semblent s'orienter, en partie, vers des outils plus qualitatifs d'encadrement de la pratique médicale, vers une plus grande responsabilisation et coordination des acteurs. Encore faudra-t-il que le système, fort cadré, basé sur des institutions et des procédures très établies, le permette.

« ...Il n'y a pas de miracle allemand dans le domaine de la santé... »<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Bruno Jobert et Monika Steffen, cf.bibliographie



## Sommaire

### RESUME DU RAPPORT

### INTRODUCTION ..... 3

### PREMIER CHAPITRE - DONNÉES GÉNÉRALES SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ ET LA COUVERTURE MALADIE ..... 6

1.1 LES PRINCIPAUX ENJEUX .....	6
1.1.1 Données globales sur les dépenses de santé.....	6
1.1.2 Résultats en matière de santé .....	7
1.2 LA COUVERTURE DU RISQUE MALADIE.....	7
1.2.1 Le financement de l'assurance maladie .....	7
1.2.2 Les assurés.....	8
1.2.3 Les prestations.....	9
1.3 DE NOMBREUSES RÉFORMES DEPUIS UNE QUINZAINE D'ANNÉES .....	10

### DEUXIÈME CHAPITRE - LA MÉDECINE AMBULATOIRE CONVENTIONNÉE : LES ACTEURS ET LEURS MISSIONS ..... 13

2.1 L'ÉTAT FÉDÉRAL ET LES LÄNDER .....	13
2.1.1 L'Etat fédéral.....	13
2.1.2 Les Länder.....	13
2.2 LES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE.....	14
2.2.1 Le statut des caisses d'assurance maladie .....	14
2.2.2 La réforme Seehofer et la structuration des caisses .....	14
2.2.3 Le contrôle par les caisses de la médecine libérale conventionnée .....	15
2.3 LES INSTANCES PROFESSIONNELLES .....	16
2.3.1 Eclairage historique .....	16
2.3.2 Les ordres professionnels .....	17
2.3.3 Les unions de médecins conventionnés.....	17
2.3.4 Les instances de la cogestion.....	18
2.3.4.1 L'action concertée pour la santé ; la commission fédérale paritaire .....	18
2.3.4.2 Autres instances.....	19
2.3.5 Les syndicats de médecins .....	19
2.4 LES PRESTATAIRES DE SOINS .....	21
2.4.1 L'offre hospitalière.....	21
2.4.2 Les médecins libéraux .....	21
2.5 OBSERVATIONS SUR LES ACTEURS, LEURS COMPÉTENCES ET LEURS MISSIONS.....	22
2.5.1 Un système généreux, basé sur le principe de solidarité.....	22
2.5.2 Une articulation parfois complexe des compétences et des normes.....	22
2.5.3 Les risques de conflits d'intérêt liés aux compétences des différents acteurs.....	23
2.5.4 Les avantages et les limites du fédéralisme et de la co-gestion.....	24
2.5.5 Le dilemme des médecins allemands face à la maîtrise des dépenses.....	25

### TROISIÈME CHAPITRE - LA RÉGULATION DU COÛT ET DE LA QUALITÉ DES SOINS EN AMBULATOIRE ..... 26

3.1 TYPOLOGIE DES OUTILS.....	26
3.2 LA RÉGULATION DE LA DEMANDE .....	26

3.2.1	<i>Tiers-payant pour les honoraires, ticket modérateur en hausse pour les prescriptions, débats sur le tiers-payant</i> .....	26
3.2.2	<i>Autres actions pour contenir la demande</i> .....	27
3.3	LA RÉGULATION DE L'OFFRE .....	28
3.3.1	<i>La limitation de l'installation des médecins conventionnés</i> .....	28
3.3.2	<i>Le projet de mise en place du gate-keeper</i> .....	29
3.4	L'ADMINISTRATION DES PRIX .....	29
3.4.1	<i>La nomenclature</i> .....	29
3.4.2	<i>Le prix de référence du médicament</i> .....	30
3.5	LA RÉGULATION DES VOLUMES DE DÉPENSES D'HONORAIRES ET DE PRESCRIPTIONS .....	31
3.5.1	<i>L'enveloppe d'honoraires</i> .....	31
3.5.1.1	<i>La fixation de l'enveloppe</i> .....	31
3.5.1.2	<i>Le schéma de rémunération des médecins conventionnés</i> .....	32
3.5.1.3	<i>Le contrôle de l'activité médicale : fondement, critères, procédure</i> .....	33
3.5.1.4	<i>Les sanctions sur les honoraires</i> .....	35
3.5.2	<i>La prescription de médicament</i> .....	37
3.5.2.1	<i>Le budget global médicaments et les sanctions collectives : 1993 à 2001</i> .....	37
3.5.2.2	<i>Le nouveau dispositif de contrôle des dépenses de médicaments ; les budgets par cabinet</i> ....	38
3.5.2.3	<i>Le contrôle individuel des prescriptions et les autres actions pour limiter les prescriptions</i> .....	39
3.6	OUTILS DE BONNES PRATIQUES MÉDICALES .....	40
3.6.1	<i>Définitions : lignes directrices opposables ou non, assurance-qualité</i> .....	40
3.6.2	<i>Contenu de l'assurance qualité en médecine ambulatoire</i> .....	41
3.6.3	<i>La formation continue</i> .....	43
3.7	COORDINATION ET ORGANISATION DU SYSTÈME DE SOINS .....	44
3.7.1	<i>La coordination des soins</i> .....	44
3.7.2	<i>Les formes spécifiques de contrats</i> .....	45

#### **QUATRIÈME CHAPITRE - LA MISE EN ŒUVRE DES OUTILS DE RÉGULATION EN RHÉNANIE DU NORD.....46**

4.1	LA RHÉNANIE DU NORD ET L'UNION DE MÉDECINS DE CAISSE.....	46
4.1.1	<i>La circonscription de Rhénanie du Nord</i> .....	46
4.1.2	<i>L'union des médecins conventionnés de Rhénanie du Nord</i> .....	46
4.1.2.1	<i>Organisation générale de l'union</i> .....	46
4.1.2.2	<i>Les personnels chargés du contrôle d'"économicité"</i> .....	47
4.1.3	<i>Autres intervenants en matière de contrôle</i> .....	49
4.1.3.1	<i>Le « service médical » des caisses, pour mémoire</i> .....	49
4.1.3.2	<i>Le service des caisses chargé du contrôle des prescriptions</i> .....	49
4.1.4	<i>La transmission de l'information</i> .....	50
4.1.5	<i>La visite d'un cabinet libéral</i> .....	51
4.1.5.1	<i>Le cabinet, les personnels</i> .....	51
4.1.5.2	<i>Les équipements médicaux</i> .....	51
4.1.5.3	<i>Les équipements bureautiques et informatiques</i> .....	51
4.1.5.4	<i>Observations des médecins</i> .....	52
4.2	LES OUTILS.....	53
4.2.1	<i>La limitation à l'installation des médecins</i> .....	53
4.2.2	<i>Les honoraires</i> .....	54
4.2.2.1	<i>Effets de l'enveloppe et du point flottant et mécanismes correcteurs</i> .....	54
4.2.2.2	<i>Les statistiques d'activité, supports du déclenchement du contrôle : exemple</i> .....	55
4.2.2.3	<i>Suites du contrôle</i> .....	56
4.2.3	<i>Les prescriptions</i> .....	57
4.2.4	<i>Coordination et organisation des soins ; l'exemple du contrat diabète</i> .....	57

#### **ANNEXES**

## Introduction

### 1. Le contexte

Le présent rapport s'inscrit dans la démarche d'administration comparée initiée par l'Inspection générale des affaires sociales dans le cadre de son programme de travail pour 2001. Le thème retenu porte sur les dispositifs d'encadrement des médecins exerçant en ambulatoire évalués sous le double prisme de la qualité des soins et de la maîtrise des coûts.

Les actes et prescriptions effectués par les médecins exerçant en ambulatoire font en effet l'objet d'un encadrement recourant à des modalités multiples, afin notamment d'assurer leur pertinence médicale et leur qualité et de contribuer à en réguler le coût pour la collectivité. En France, ces missions d'encadrement sont assurées pour une grande partie par le service du contrôle médical de la CNAM et des différents régimes d'assurance maladie, mais également par d'autres institutions, notamment l'ANAES et l'AFSSAPS, qui contribuent à définir et à diffuser des références médicales et des bonnes pratiques.

Dans ce contexte, l'objet de la mission de l'Inspection générale a été d'étudier la façon dont d'autres pays assurent, au sein de leur système de santé, dans le secteur ambulatoire, cette double fonction d'encadrement des pratiques et des prescriptions médicales et de maîtrise de leur coût. Compte tenu de la diversité institutionnelle des systèmes de santé, la mission a d'abord identifié les différents acteurs impliqués dans chacun des pays retenus (les « payeurs » quels qu'ils soient, les « contrôleurs », les professionnels eux-mêmes, les agences ou structures autonomes d'évaluation...). Elle a analysé ensuite les missions, l'organisation et le fonctionnement des différents systèmes de contrôle et d'encadrement existant dans chaque pays, leurs moyens en personnel, les instruments dont ils disposent (instruments juridiques et techniques, référentiels médicaux, outils d'information...) et les résultats obtenus lorsque des évaluations existent.

Quatre pays ont été retenus dans le cadre de cette étude : les Etats-Unis, l'Angleterre, les Pays-Bas et l'Allemagne. Tirant les enseignements des expériences conduites dans ces quatre pays, la mission a formulé ensuite des propositions visant à enrichir la pratique française.

Le présent rapport constitue la synthèse des observations effectuées par la mission en Allemagne. Ce pays offre un cadre intéressant d'analyse comparée pour deux raisons au moins.

L'organisation du système de santé y présente des similitudes institutionnelles notables avec la France : existence d'une médecine libérale, couverture assurantielle financée sur une base professionnelle et gérée par des caisses, population à peu près entièrement couverte pour le risque maladie, système dont le fondement repose sur le principe de solidarité.

Par ailleurs, en raison de la part importante, difficile à contenir, des dépenses de santé dans le PIB, les gouvernements successifs ont engagé depuis une quinzaine d'années de nombreuses réformes, avec l'objectif de maintenir les grands équilibres macro-économiques et de maîtriser les coûts.

## 2. Méthodologie

Concernant l'Allemagne, la mission a cherché :

- d'une part à décrire le système de santé et l'organisation de l'assurance maladie,
- d'autre part à analyser les mécanismes de régulation de la dépense et d'encadrement de la qualité des soins mis en œuvre en ambulatoire.

Elle s'est appuyée sur :

- des sources documentaires : articles, rapports, synthèse consacrées à l'organisation du système de santé dans le pays (cf. annexe 2) ;
- des échanges sur place (cf. annexe 1), téléphoniques ou informatiques afin d'évaluer la mise en place des outils dans la pratique ;
- la consultation de différents sites INTERNET.

Différentes approches ont été considérées a priori dans l'analyse des outils :

- l'amélioration recherchée : organisation du système, pratique professionnelle, mise en œuvre d'une procédure ou résultats obtenus,
- le public visé par la mesure d'encadrement (suivi, contrôle, sanction ...) : soit le professionnel à titre individuel ou une catégorie restreinte (certains spécialistes) ou les professionnels (médecins de ville) à titre collectif ou l'assuré,
- un acte médical donné : honoraires, visites, consultations, actes ou prescriptions (en général ou certains en particulier, s'adressant notamment à une pathologie particulière),
- le moment de l'intervention : a priori ou a posteriori,
- la récurrence du contrôle : contrôle permanent, périodique ou ponctuel,
- l'opérateur : autocontrôle, contrôle par la profession ou contrôle par des instances extérieures à la profession (payeur, acheteur, gestionnaire, consommateur),
- la nature de l'intervention : volontaire, contractuelle, réglementaire (juridique, déontologique),
- la nature des sanctions :
  - négatives (contraintes, pénalités) ou positives (incitation, intéressement)
  - financières (contractuelle ou juridique)
  - fondées sur la persuasion et la recherche de l'adhésion à un ensemble de valeurs.

L'analyse systématique des outils identifiés a cherché à préciser :

- l'organisation et l'organisme contrôleur,
- les moyens dont il dispose : humains, techniques, système d'information, moyens juridiques ou contractuels, sanctions possibles, modalités pratiques du contrôle, éventuelle réforme récente du contrôle,
- les résultats obtenus : appréciation sur les facteurs de succès et d'échec, sanctions,
- les interactions entre l'outil et les autres caractéristiques du système,
- les perspectives pressenties en matière de contrôle et de régulation.

L'hôpital et le médicament n'ont pas fait l'objet d'une analyse, néanmoins la mission a essayé d'indiquer certaines caractéristiques ayant des incidences sur la régulation de la médecine ambulatoire.

Ce rapport s'articule en quatre temps :

I. Données générales sur le système de santé allemand et la couverture maladie

II. La médecine ambulatoire conventionnée : les acteurs et leurs missions

III. La régulation du coût et la qualité des soins en ambulatoire

IV. La mise en œuvre des outils de régulation en Rhénanie du Nord

En Allemagne, Etat fédéral, la mise en œuvre des outils de régulation est décentralisée et peut s'avérer très variable selon les Länder et les unions de médecins. Ce niveau local est en Allemagne le plus pertinent pour apprécier l'état d'avancement de nombre d'aspects des décisions nationales. La mission - après avoir rencontré le niveau fédéral - n'a porté ses investigations que sur la circonscription de l'union des médecins de Rhénanie du Nord (Land de Rhénanie du Nord Westphalie). Elle a eu pour objectif de présenter ce qui se passe dans cette circonscription, à titre d'illustration, et ne prétend pas rendre compte de la diversité allemande dans la mise en œuvre des politiques.

Mme Pascale Flamant a apporté à la mission ses compétences pour tous les aspects nécessitant la maîtrise de la langue allemande : traduction des documents, déplacements en Allemagne et rencontres avec les interlocuteurs allemands, correspondances.

## Premier chapitre - données générales sur le système de santé et la couverture maladie

### 1.1 Les principaux enjeux

#### 1.1.1 Données globales sur les dépenses de santé

L'Allemagne est, parmi les pays industrialisés, celui qui consacre, après les Etats-Unis, la part la plus importante de sa richesse nationale au secteur de la santé. Quelles que soient les méthodes de calcul (tableaux n°1 et n°2), le seuil de 10% du PIB a, en tout état de cause, été dépassé lors de la décennie 1990 ; le niveau des dépenses de santé est proche de 11% (contre 5% en 1970).

**Tableau n°1 : Dépenses de santé / PIB : 1970 – 1999**

<i>Part des dépenses de santé dans le PIB</i>	
1970	6,3
1980	8,8
1990	8,7
1999	10,5

*Source : OCDE, Eco-santé, calculs DREES*

**Tableau n°2 : Détail dépenses de santé : 1992-1998**

<i>Part des dépenses de santé dans le PIB</i>				
	1992	1994	1996	1998
PIB, en mds DM	3 078,6	3 328,2	3 586,5	3 784,4
Dépenses de santé, en mds DM	320,6	352,9	405,8	412,7
Part dans le PIB, en %	10,4	10,6	11,3	10,9
Dépense par habitant, en DM	3 980,0	4 330,0	4 960,0	5 030,0

*Source : Statistisches Bundesamt, Neue Gesundheitsausgabenrechnung (non publié). Cité par S. Milano dans le dossier référencé.*

La dépense totale de santé rapportée au PIB a augmenté de 1,8% de 1990 à 1999, soit le taux de progression le plus élevé de l'ensemble des pays de l'OCDE. Les dépenses dérivent de façon tendancielle et marquée (seuls les Etats-Unis ont connu une progression plus importante) ; cela résulte, en partie, de facteurs spécifiques comme l'unification, la création d'une branche dépendance de la sécurité sociale en 1995. Cette dérive pourrait s'accélérer en raison du vieillissement de la population. D'après l'OCDE (1997), l'augmentation du nombre de personnes âgées entraînerait une hausse des dépenses de santé de 1,5 point du PIB d'ici 2030.

Sur les 412,7 milliards DM de dépenses en 1998 (comprenant les assurances légales dépendance, vieillesse, accidents,...), la part de l'assurance maladie légale est de l'ordre de 56%. Enfin, au sein de l'assurance maladie légale (241,5 Mds DM), les soins

ambulatoires représentent près du quart des dépenses (60,1 Mds DM), dont 40 Mds DM pour les cabinets de médecins.

Malgré de bons résultats en 1999 et 2000 de l'assurance maladie légale, qui s'expliquent par des suppléments de recettes, le problème de la maîtrise reste entier.

### **1.1.2 Résultats en matière de santé<sup>1</sup>**

L'état sanitaire de la population allemande n'apparaît pas significativement meilleure que dans les autres pays industrialisés, comme l'indiquent les indicateurs de l'OCDE ou ceux de l'OMS. Certes les indicateurs ne reflètent qu'en partie l'état du système de santé ou la qualité des soins fournis, et résultent aussi du niveau de développement, du mode vie.

Par exemple, l'Allemagne se place en dernière position des pays européens en termes d'espérance de vie, des hommes et des femmes. Les maladies cardio-vasculaires représentent près de la moitié des causes de décès, et diminuent moins vite depuis 1980 que dans les autres pays développés (cf. indicateurs du SESI).

Il faut cependant observer qu'il n'y a pas de problème d'accès aux soins (listes d'attente...) pour l'assuré allemand, ce qui constitue un des critères d'appréciation d'un système de santé.

## **1.2 La couverture du risque maladie**

Le cadre du système de santé et les principales dispositions relatives à la couverture du risque maladie sont fixés par l'Etat fédéral (cf. infra)

### **1.2.1 Le financement de l'assurance maladie**

En 1883, le système introduit en Allemagne par Bismarck était une assurance professionnelle, dans le cadre de l'entreprise et de la prévoyance sociale. Le financement de l'assurance-maladie reste toujours assuré par les revenus du travail, par une cotisation partagée pour moitié entre le salarié et son entreprise. Les caisses fixent, dans les limites posées au niveau fédéral, leur taux de cotisation.

Dans le cadre de l'assurance-maladie légale, « chacun participe selon ses ressources ». Le montant de la cotisation dépend uniquement des revenus du travail, - il est proportionnel à ce revenu (principe de solidarité) -, et du taux de cotisation de la caisse-maladie. La cotisation est donc indépendante de l'âge, du sexe ou des risques de santé présentés par l'assuré. Le taux moyen de cotisation de l'assurance maladie légale s'établissait au 1<sup>er</sup> janvier 2001 à 13,54%. L'objectif est de ne pas dépasser 14%. Néanmoins des caisses ont déjà dépassé ce niveau.

Dans le cadre de l'assurance privée, il n'y a pas d'ayant-droit, la cotisation est proportionnelle au nombre de personnes assurées et aux risques présentés, d'où une

---

<sup>1</sup> Cf. bibliographie : Ruprecht et autres

sélection des risques de facto au bénéfice du secteur privé (jeunes, célibataires, en bonne santé...).

Certaines caractéristiques relatives au financement de l'assurance maladie peuvent être relevées<sup>2</sup> :

- les cotisations d'assurance-maladie ont sensiblement augmenté sur le long terme, en raison des contraintes d'équilibre imposées aux caisses. En outre, si le système semble rester assez protecteur pour les publics défavorisés, l'Allemagne connaît une tendance structurelle à l'augmentation de la participation directe des assurés, et donc à un financement direct qui représenterait environ 15% des dépenses.
- les taux de cotisations sont différenciés selon les caisses, tenues d'assurer leur équilibre financier ; la structure de la population des assurés est très variable d'une caisse à l'autre. Les écarts de cotisations entre caisses ont pu être très importants jusqu'aux années 1980 (du simple au double). Depuis 1996 (réforme Seehofer, cf. infra), les caisses sont en situation de concurrence et l'assuré peut librement choisir son affiliation. Cependant, afin de limiter la sélection des risques par les caisses (notamment les risques liés à la taille de la famille), une caisse de péréquation a été mise en place. La péréquation soulève des difficultés techniques (calcul des transferts à réaliser entre caisses) et la définition du champ des risques soumis à péréquation (un champ trop vaste pourrait revenir à freiner la concurrence et à mettre en place une caisse unique et universelle). De nouvelles modifications sont intervenues récemment (projet d'Ulla Fischer), notamment pour enrayer la fuite des bons risques vers les caisses d'entreprises (BKK), moins chères, et pour instaurer une compensation portant pour la première fois sur le coût des soins (et non plus seulement sur le revenu, le nombre de co-assurés familiaux, l'âge et le sexe).

### **1.2.2 Les assurés**

La couverture maladie publique (légale) est obligatoire pour les personnes dont les revenus sont inférieurs à un certain seuil<sup>3</sup>.

Le plafond de l'assurance maladie obligatoire est de 6.525 DM par mois (3.336 euros ou 21.900 francs). En deçà de ce seuil, l'adhésion au régime légal est obligatoire.

Au-delà de ce revenu brut, l'assurance maladie n'est pas obligatoire, l'adhésion à une assurance privée est possible. Si un assuré a fait le choix de l'assurance privée, il doit y rester. Certaines prestations (panier de soins) ne sont pas prises en compte par le barème réglementaire fixé au niveau fédéral, mais peuvent être couvertes par les assurances privées, que peuvent souscrire les assurés, relevant par ailleurs de l'assurance maladie légale. Jusqu'à récemment, il n'y avait pas de problèmes financiers du côté des

---

<sup>2</sup> Le CREDES indique que 10% de la population allemande (les plus riches) sont dispensés de toute solidarité en pouvant opter pour une couverture privée ; en France, cela représenterait 21% de la masse salariale, pour des assurés consommant 9% de la dépense de soins reconnus par la SS, et un déficit accru de l'ordre de 70 milliards.

<sup>3</sup> Cette caractéristique est liée aux raisons qui ont fondé la création, par Bismarck, de l'assurance maladie.



assureurs privés et il y a donc encore peu d'innovations en matière de contrôle. Néanmoins, les assureurs privés ont embauché des médecins pour contrôler les honoraires et commencent à réfléchir à de nouveaux dispositifs (médecin référent, *gatekeeper*, idée de contrat direct). La mission a limité ses investigations à l'assurance maladie légale, à l'exclusion de l'assurance privée.

L'obligation d'appartenir à une catégorie professionnelle s'est infléchie à partir des années 1970 au profit d'un mouvement de généralisation de la couverture maladie à l'ensemble des résidents. Pour les personnes à bas revenu, des clauses d'exonération des participations financières normalement exigibles sont prévues, notamment :

- exonération totale (« clause sociale »), en raison d'un revenu faible et pour les bénéficiaires de l'allocation d'assistance chômage, ou d'une aide aux victimes de guerre, ou de certaines prestations liées à la formation, ou encore de « l'aide sociale à la subsistance » : environ 8 millions d'assurés sont exonérés à ces différents titres du ticket modérateur ;
- exonération partielle pour des personnes aux revenus modestes (« clause de non surcharge financière ») : la gratuité s'applique aux médicaments, pansements et aux frais de transports médicaux. Pour lisser les effets de seuil, un mécanisme de gratuité partielle de certains soins est prévu pour les personnes dont les revenus se situent juste au-dessus du barème. Les personnes souffrant d'une maladie chronique sont également bénéficiaires d'un tel mécanisme : lorsque, en moins d'un an, elles ont déjà dépensé 1% de leur revenu pour leur maladie chronique, elles sont dispensées de payer les médicaments et les frais de transport au-delà de cette limite.

L'assurance maladie est à peu près universellement répandue en Allemagne : 0,1% de la population ne bénéficierait d'aucune couverture maladie. 90% de la population allemande, soit 71 sur 80 millions d'Allemands, sont à l'assurance maladie légale.

### **1.2.3 Les prestations**

97,5% des prestations résultent de dispositions législatives ; le catalogue diffère donc peu selon les caisses. Les principales prestations du régime légal sont les suivantes :

- certaines mesures de dépistage et de prévention (enfant...), vaccinations préventives, soins dentaires préventifs (par exemple, orthodontie pour les jeunes)
- les soins médicaux et dentaires, les médicaments, pansements, traitements paramédicaux, appareillages... réalisés par des praticiens libéraux et en établissements hospitaliers, ainsi que certaines cures
- les prestations en espèces : indemnités journalières pour maladie, pour soin à un enfant, allocation de maternité et prestations en nature en cas de grossesse et d'accouchement
- les autres prestations sont, dans certaines conditions, l'aide ménagère, les soins infirmiers à domicile.

Le tableau ci-dessous indique les principales prestations de l'assurance maladie légale en 2000 et leur poids relatif.

**Tableau n°3 : Les principales prestations de l'assurance maladie légale en 2000  
(en milliards de DM)**

<b>Soins médicaux</b>	42,22	<b>16,2%</b>
Traitements dentaires	22,02	8,4%
Soins hospitaliers	87	33,3%
Transport	4,76	1,8%
Soins à domicile	3,07	1,2%
Cures	5,21	2,0%
<b>Médicaments</b>	39,39	<b>15,1%</b>
Prothèses et dialyse	18,28	7,0%
Indemnités journalières	13,85	5,3%
Autres (maternité, prévention,...)	10,28	3,9%
<b>Total prestations</b>	<b>246,08</b>	<b>94,2%</b>
Divers	1,05	0,4%
Coûts nets de gestion	13,98	5,4%
<b>Total dépenses</b>	<b>261,11</b>	<b>100,0%</b>

Source : Ministère fédéral de la santé, Office fédéral de la statistique, Assurance légale maladie. Cité par S. Milano dans le dossier référencé.

Outre l'augmentation de la participation de l'assuré, la tendance sur le long terme est à la diminution des soins pris en charge par l'assurance-maladie : affections bénignes exclues depuis 1983 (rhumes, mal du voyage...), instauration d'un prix de référence pour le médicament, remboursement des prothèses dentaires à hauteur de 50% environ, exclusion en 1997 des soins de « prévention de la santé », diminution des indemnités journalières...

### 1.3 De nombreuses réformes depuis une quinzaine d'années

Un objectif majeur des politiques en Allemagne est de garantir l'équilibre comptable de l'assurance-maladie, tout en préservant la stabilité des taux de cotisations afin d'assurer un niveau de prise en charge économiquement acceptable pour les entreprises. L'augmentation continue des dépenses de santé explique que l'Allemagne ait été un des premiers pays européens à se lancer dans une politique de réduction de ces dépenses. Elle a même été qualifiée de championne d'Europe des réformes du système de soins.

De nombreuses réformes ont en effet été entreprises depuis 1988, pour essayer d'endiguer la croissance des dépenses, et de résorber les déficits importants de l'assurance-maladie en 1991, 1992, 1995 et 1996, qui ont entraîné une hausse des prélèvements. Les principales de ces réformes sont brièvement rappelées, notamment pour la médecine ambulatoire :

- 1988 : réforme Blum :
  - mise en place du système du prix de référence par classe de médicaments
  - augmentation du ticket modérateur sur certains médicaments
  - instauration d'une liste négative (médicaments non pris en charge)
- 1992-1995 : premier volet de la réforme Seehofer :
  - renforcement de la politique de réduction des remboursements de médicaments

- introduction du système des enveloppes, dont les taux directeurs, non négociables, étaient alignés sur l'évolution des salaires : le système est appliqué à la médecine ambulatoire, aux dépenses hospitalières et au médicament
- dans le secteur ambulatoire, pour les honoraires, mise en place du système du « point flottant » pour assurer le respect de l'enveloppe
- limitation à la liberté d'installation comme médecin de caisse à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1994.

Si le rôle des médecins généralistes est affirmé (interdiction aux spécialistes de pratiquer des actes de médecine générale), les différents dispositifs mis en place constituent globalement un revers pour la médecine ambulatoire.

- 1995-1996 : second volet de la réforme Seehofer
  - réforme du financement des dépenses hospitalières avec l'introduction progressive de forfaits par pathologie
  - instauration de la concurrence entre caisses pour les inciter à faire des efforts de maîtrise des coûts non médicaux et à négocier avec les offreurs de soins, et introduction d'une plus grande liberté de choix pour les assurés
  - mise en place d'un mécanisme de compensation des risques, impliquant des transferts financiers entre caisses. Les caisses sont en outre incitées à se regrouper en cas de déficit prolongé ou à disparaître.
  - mesures diverses d'économie (action sur la demande) : réduction des prestations remboursées, baisse des indemnités journalières,...
- 1997 : troisième volet de la réforme Seehofer
  - mesures de renforcement de la responsabilité des acteurs car la hausse des dépenses se poursuit (concerne les cotisations)
  - la loi préconise le développement de « modèles de partenariats » (soins alternatifs, à domicile, cure, rééducation), basés sur le volontariat, associant plus étroitement les prestataires et les caisses pour l'élaboration de *guidelines* et améliorer la qualité des soins ; la loi prévoit également des contrats de structure : volontariat, restriction de la liberté de choix du médecin.
  - en médecine ambulatoire, abandon de la rémunération selon le système du point flottant et retour à la rémunération à l'acte avec point fixe. Pour les généralistes et chaque spécialité prise individuellement, des règles relatives aux volumes de soins par cabinet médical sont décidées par les caisses et les unions de médecins. Les dépassements font l'objet de sanctions, sauf s'ils sont justifiés.
  - abandon des enveloppes collectives fermées pour les prescriptions de pharmacie ou de soins alternatifs. Le mot d'ordre est la responsabilisation des médecins individuellement.
- à partir de 2000 : réforme d'Andréa Fischer et réforme, en cours, d'Ulla Schmidt (gouvernement Schröder) avec, notamment, des mesures d'urgence sur les enveloppes budgétaires globales qui avaient été abandonnées en 1997, la diminution (plutôt symbolique) des tickets modérateurs.

Le rapport 2000-2001 du Conseil des experts de l'action concertée de la santé préconisait de se concentrer, plutôt que sur la réduction des coûts, qui a été l'objectif prioritaire des 25 dernières années, davantage sur l'amélioration de la qualité : prévention, traitement des maladies chroniques, participation accrue des patients à la gestion du système de santé, formation continue des médecins, renouvellement de l'agrément de médecin spécialisé à l'issue d'examens passés à intervalles réguliers (disposition déjà prévue dans la loi, mais guère pratiquée), réforme des études de médecine, davantage de transparence et de contrôle de qualité (récompenser la qualité par une meilleure rémunération)...

Un certain nombre de mesures<sup>4</sup> ont été prises, fin 2001 et début 2002, s'inspirant, pour partie, de ces préconisations. Selon plusieurs interlocuteurs rencontrés par la mission, ces mesures ne constituent pas une réponse structurelle et tentent d'établir des compromis, dans l'attente des élections législatives de 2002.

---

<sup>4</sup> Ces mesures sont explicitées lors de la revue des outils, partie 3

## **Deuxième chapitre - la médecine ambulatoire conventionnée : les acteurs et leurs missions**

### **2.1 L'Etat fédéral et les Länder**

#### *2.1.1 L'Etat fédéral*

C'est au niveau de l'Etat fédéral qu'est fixé le cadre du système de santé, et notamment les dispositions relatives au régime obligatoire de l'assurance maladie, aux médicaments et dispositifs médicaux, à la formation des médecins et autres professions médicales et paramédicales.

L'Etat fédéral détermine la quasi-totalité des prestations ; il exerce un fort pouvoir de tutelle sur les caisses d'assurance maladie légale dont il détermine les règles de fonctionnement et contrôle la légalité de l'activité.

D'autres ministères fédéraux que le ministère de la santé peuvent également intervenir, en fonction de leur champ de compétences : travail et affaires sociales, environnement, protection des consommateurs, éducation et recherche, famille...

Par ailleurs, certains grands principes inscrits dans la Constitution allemande, qu'ils concernent directement ou non le système de santé, peuvent avoir des incidences sur celui-ci : il en est ainsi du libre choix de l'exercice de la profession, de la garantie d'une sécurité sociale pour tous.

La liste des principales réformes engagées depuis 15 ans (cf. supra) montre que l'Etat fédéral légifère sur de nombreux aspects.

#### *2.1.2 Les Länder*

Les Länder assurent la mise en œuvre des lois fédérales et préparent leurs propres lois dans leur domaine de compétences.

Dans le domaine hospitalier, ils ont la responsabilité de la planification et de l'investissement.

L'exercice des professions de santé est réglé en détail par la législation des Länder ainsi que le droit statutaire des ordres. Si la loi des ordres et les règlements sur la formation spécialisée diffèrent d'un Land à l'autre dans le détail des dispositions, les règles fondamentales sur l'exercice de la profession sont toutefois prises d'un commun accord (avec l'ordre fédéral).

En matière de formation des médecins, si le niveau fédéral est responsable de la formation des médecins, par le diplôme, ce sont les Länder, responsables des universités, qui pilotent au final, par le biais du nombre de places à l'Université, le nombre des étudiants en médecine.

Les Länder exercent de nombreuses compétences administratives, par exemple le contrôle des autorités administratives sous leur tutelle ou des ordres des professions médicales et paramédicales.

Ils coordonnent leurs travaux, notamment par le biais de la conférence des ministres de la santé, et ils ont créé, pour exécuter certaines missions, des organismes communs (Académies de la santé publique à Düsseldorf, à Munich...).

## 2.2 Les caisses d'assurance maladie

### 2.2.1 *Le statut des caisses d'assurance maladie*<sup>5</sup>

Le financement du système de santé a conservé jusqu'à récemment (cf. infra, la réforme Seehofer) les formes que lui avait données l'administration bismarckienne. Le système d'assurance privée reste minoritaire et une multitude de caisses autonomes d'assurance-maladie, de nature publique, couvraient jusqu'à récemment la majeure partie du territoire. Leur nombre élevé reflétait le morcellement institutionnel du système.

Les caisses maladie sont des organismes autonomes de droit public. Elles disposent d'une administration spécifique et sont autogérées par les partenaires sociaux, représentants des employeurs et des assurés. Cependant, des dispositions contraignantes encadrent leur action, qui connaît une uniformisation croissante, notamment en ce qui concerne les prestations fournies aux assurés.

Il existe une limite légale importante à l'auto-gestion des caisses : elles ont des ressources propres, essentiellement les cotisations versées par employeurs et salariés, et elles doivent équilibrer leurs comptes, ne peuvent s'endetter, mais peuvent présenter des déficits couverts par des ponctions sur les réserves (ainsi en 1992, 1995 et 1996). La contrainte d'équilibre les a conduites à accroître régulièrement leur taux de cotisations. Il ne peut y avoir de « trou » de la sécurité sociale.

Le régime légal compte trois types de caisses : caisses d'entreprises (BKK), caisses locales générales du lieu de résidence (AOK), caisses libres agréées ou caisses de substitution (EKK). Cette distinction traditionnelle a cependant aujourd'hui perdu pour l'essentiel son sens initial.

L'union fédérale des caisses est un organisme de droit public.

### 2.2.2 *La réforme Seehofer et la structuration des caisses*<sup>6</sup>

Un des aspects les plus symboliques des réformes Seehofer de la période 1992-1995 a été l'instauration de la concurrence entre les caisses. L'objectif était de les inciter à faire des efforts de maîtrise des coûts non médicaux et à négocier avec les offreurs de soins.

<sup>5</sup> Cf. bibliographie : Ruprecht

<sup>6</sup> Cf. bibliographie - dossier établi par S. Milano, novembre 2001 – pour une description exhaustive de la réforme Seehofer et de ses résultats.

Alors que l'affiliation (en fonction du lieu de travail) était déterminée par la loi jusqu'à la réforme Seehofer, celle-ci a posé le principe du libre choix par l'assuré pour favoriser la concurrence et réduire les taux de cotisations. Depuis 1998, le libre choix de sa caisse par l'assuré est généralisé.

La fusion des caisses, également prévue par la réforme, répondait au souci de renforcer le poids des caisses face aux unions des médecins. L'évolution du nombre de caisses sur le long terme est spectaculaire : 22.000 à l'origine, à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle, elles étaient 6.000 au début des années 1930, de l'ordre de 2.000 en 1960 et de 1.140 dans les années 1990 à la veille de la réforme. En janvier 2001, elles étaient 564.

Une autre disposition majeure de la nouvelle législation a été d'organiser une compensation entre les caisses ; en effet, leur multiplicité avait conduit à la dispersion des taux de cotisation en raison de l'inégale répartition des risques, selon le lieu de travail, le statut professionnel. La compensation était justifiée par le principe de solidarité qui fonde le système de l'assurance maladie légale.

La compensation – dont le mécanisme est sophistiqué – a permis de réduire très significativement les différences de taux de cotisations entre caisses. Mais elle a aussi généré certains effets pervers de distorsion de concurrence et a conduit la ministre fédérale de la santé, Ulla Schmidt, à proposer, en 2001, une modification de certains mécanismes. A partir de 2002, les assurés doivent notamment rester affiliés à la caisse choisie pendant 18 mois (contre 12 mois précédemment). Les caisses peuvent mettre en œuvre des programmes de gestion de la santé pour certaines maladies chroniques (diabète, tension artérielle, asthme, apoplexie), qui seront désormais prises en charge en partie par la compensation.

Sur un plan théorique, les experts<sup>7</sup> observent que la mise en concurrence peut se faire de manière séparée ou combinée, sur deux fonctions distinctes : la fonction d'assurance (concurrence entre assureurs) et la fonction d'achat de soins (voir notamment la Grande-Bretagne et les Etats-Unis). En Allemagne, il s'agit plutôt d'une concurrence entre assureurs, les caisses n'exerçant pas réellement un pouvoir d'acheteur vis à vis des producteurs de soins, en raison notamment du fort pouvoir professionnel du corps médical.

### ***2.2.3 Le contrôle par les caisses de la médecine libérale conventionnée***

Le contrôle des caisses ne s'exerce, dans le cadre de la médecine de ville, que sur les médecins conventionnés.

---

<sup>7</sup> Cf. bibliographie : CREDES, Mise en concurrence des assurances dans le domaine de la santé.

Les caisses répertorient, pour ce contrôle, trois outils à leur disposition<sup>8</sup> :

- la négociation avec les unions de médecins des enveloppes et des budgets relatifs aux honoraires et aux prescriptions, au niveau fédéral, déclinés ensuite au niveau local ;
- la tarification des actes, au niveau fédéral, en concertation avec les autres intervenants institutionnels ;
- la vérification de la qualité des soins (ou contrôle d'économicité).

Le principal type d'action concernant les médecins auxquelles les caisses participent porte sur ce troisième aspect, dans le cadre de la procédure paritaire sur le contrôle d'économicité (cf. infra la description de la procédure). Néanmoins, pour différentes raisons (notamment personnels permanents et rapporteurs rattachés de fait aux unions de médecins), le rôle des caisses, les payeurs, n'apparaît pas le plus prépondérant.

## 2.3 Les instances professionnelles

### 2.3.1 *Eclairage historique*<sup>9</sup>

Le contexte historique mérite d'être brièvement rappelé, en ce qu'il éclaire le système, et plus précisément le fort pouvoir des instances de représentation professionnelle et les rapports de force.

A l'origine, le médecin allemand était dans une étroite situation de dépendance vis à vis des caisses qui jouaient le rôle d'employeur de fait, contrôlaient l'activité des médecins et leurs prescriptions, rémunéraient au forfait... Dès lors, toute l'action syndicale a tendu vers la défense du revenu des médecins et s'est employée à renverser ce rapport de dépendance, sans remise en cause cependant des principes de l'assurance maladie, acceptés depuis l'origine par le corps médical.

L'aboutissement de ce combat fut, en 1931, la création des unions de médecins. Les contrats avec les caisses étaient désormais collectifs et non plus individuels. L'adhésion aux unions était obligatoire, ce qui facilita le transfert au profit de ces unions de la fonction de surveillance et de contrôle de l'activité des médecins, via le reversement des honoraires. Monopolisation de l'offre, auto-contrôle constituèrent des acquis, qui seront confortés en 1955.

Comme l'indique M. Dohler, il y a trois piliers dans l'organisation des intérêts des médecins en Allemagne : les chambres de médecins (ordres), les associations de médecins de caisse (unions), enfin les diverses associations et syndicats médicaux. Les deux premiers types d'organismes, chambres et unions, exercent des attributions en matière de régulation de la médecine ambulatoire. Une troisième instance, la commission fédérale, qui réunit paritairement les caisses et les unions de médecins, est également dotée de larges pouvoirs réglementaires.

---

<sup>8</sup> Entretiens avec les responsables, au niveau fédéral, des caisses AOK et EKK

<sup>9</sup> Cf. bibliographie : thèse de Patrick Hassenteufel.



Ces trois piliers, clairement différenciés en théorie, forment un réseau complexe de canaux informels de communication, de pouvoir et d'influence. La plupart des responsables exercent des fonctions dans au moins deux de ces organisations. Ce sont principalement les médecins exerçant en cabinet qui occupent des fonctions dans les associations de médecins.

### **2.3.2 Les ordres professionnels**

Les chambres des médecins, organisées au niveau régional, sont des organismes de droit public à adhésion obligatoire. L'ordre des médecins exerce une tutelle générale sur les médecins et non une tutelle individuelle, sauf en cas de plaintes.

Les chambres ont les fonctions traditionnelles des instances de représentation professionnelle, notamment l'administration de l'exercice médical (autorisation d'installation) et la prise en charge du respect de l'éthique médicale (fixation du code de déontologie et surveillance de son respect).

Si le niveau de l'Etat fédéral fixe les conditions d'accès à l'exercice de la médecine, i.e. avant tout le contenu de la formation, en revanche, c'est aux Länder de surveiller l'exercice de la profession et de fixer les devoirs des médecins par l'intermédiaire des chambres, qui relèvent de la législation du Land. Les chambres des Länder fixent au niveau de chaque Land le contenu de la formation complémentaire (après le doctorat) permettant d'obtenir la reconnaissance d'une spécialité.

L'ordre intervient également en matière d'assurance-qualité. L'Etat lui a transféré des compétences dans certains domaines précis : par exemple, transfusion, greffes...

Il existe une Chambre fédérale, de statut de droit privé, formée par l'association des chambres des Länder.

### **2.3.3 Les unions de médecins conventionnés**

Les unions régionales de médecins conventionnés constituent l'une des principales particularités du système de soins allemand. Elles sont 23 sur l'ensemble du territoire.

Ce sont des institutions de droit public avec des missions de service public. Tous les médecins conventionnés sont obligatoirement affiliés à l'union. Contrairement à l'ordre fédéral, mais comme l'union fédérale des caisses, l'union fédérale des médecins conventionnés est un organisme de droit public.

Les principales fonctions des unions de médecins de caisse sont les suivantes :

- Garantir l'accès aux soins ambulatoires (*Sicherstellungsauftrag*) ;
- Négocier au niveau régional avec les caisses maladie les enveloppes de remboursement d'honoraires et de prescriptions ;
- Négocier, au niveau fédéral, avec les caisses maladie des *guidelines* pour les prescriptions et les traitements médicaux ou encore la nomenclature (dans le cadre notamment de la commission fédérale paritaire : cf. infra) ;

- Gérer l'enveloppe globale et le paiement à chaque médecin de ses honoraires en fonction de son activité ; les unions sont responsables de la pertinence et de l'efficacité des services rendus par les médecins.

Ce sont donc les unions qui mènent le contrôle économique sur les médecins, contrôle prévu par le code social, que l'on peut plus précisément traduire par contrôle d'économicité. Ce contrôle ou auto-contrôle date (cf. supra) de la création des unions et du transfert à leur profit de la fonction de surveillance de l'activité des médecins, fonction généralement dévolue au payeur.

Les unions sont financées complètement par les médecins (chaque cabinet verse de l'ordre de 2 à 3% de son chiffre d'affaires). Hassenteufel observe que les ressources de savoir et d'expertise les plus importantes sont détenues par les unions. Ainsi, en 1995, l'union fédérale des médecins employait 180 personnes ; les unions locales sont beaucoup plus étoffées (cf. IV). Les unions sont le principal producteur de statistiques sur la médecine ambulatoire. L'activité de négociation avec les caisses et la présence de représentants des unions dans les commissions chargées de la mise en œuvre des accords s'appuient sur des ressources d'expertise, statistiques et juridiques en particulier, considérables<sup>10</sup>.

Les unions de médecins conventionnées sont considérées par les chercheurs comme des corps intermédiaires cruciaux qui protègent les médecins d'une confrontation directe avec les caisses maladie.

### **2.3.4 Les instances de la cogestion**

#### *2.3.4.1 L'action concertée pour la santé ; la commission fédérale paritaire<sup>11</sup>*

L'« Action concertée pour la santé » est un organe fédéral de régulation, créé en 1977. Associant l'Etat, les Länder, les représentants des caisses, des professions médicales, des hôpitaux, l'industrie pharmaceutique... elle peut être présentée comme la consultation institutionnalisée, permanente, des acteurs. Elle ne prend pas de décision, au sens juridique, mais constitue un lieu de réflexion, de débats sur les enjeux, les pistes de réformes du système de santé, et d'élaboration de recommandations-cadres non contraignantes que les partenaires s'engagent à respecter (exemple : niveau souhaitable des honoraires médicaux).

La commission fédérale paritaire a été créée par une loi de 1955 sur l'autogestion du système ambulatoire. Elle est composée de neuf représentants de l'union fédérale des médecins conventionnés, de neuf représentants des caisses d'assurance maladie, et de trois membres indépendants, choisis d'un commun accord entre les médecins et les caisses.

---

<sup>10</sup> Alors qu'en France, même si des évolutions récentes sont intervenues sur ce point (URML notamment), le pouvoir d'expertise appartient encore pour l'essentiel aux caisses et en particulier à la CNAM qui dispose des principaux moyens d'analyse statistique. Face aux caisses, les syndicats médicaux ne semblent disposer que de faibles ressources.

<sup>11</sup> Cf. bibliographie, rapport MRI-CNAMTS

C'est un organisme indépendant, de droit public, aux compétences définies, assimilé à une administration et sous la tutelle du ministère fédéral de la santé. La commission est une instance de décision, ses décisions ont valeur réglementaire. Elle comprend des commissions de travail et une commission de coordination.

La commission fédérale paritaire évalue de façon permanente les prestations susceptibles d'être prises en charge par l'assurance maladie, en ce qui concerne leur efficacité, leur opportunité, leur qualité et leur efficacité, en les comparant avec les méthodes déjà existantes, avec l'objectif de garantir aux assurés des soins de qualité et aux prestataires le droit d'utiliser les moyens utiles. Dans la pratique, ses trois principaux axes de travail sont

- la nomenclature : réévaluation périodique des actes,
- le médicament : élaboration d'une liste négative des médicaments exclus de la prise en charge, détermination des classes thérapeutiques pour lesquelles un prix forfaitaire est retenu,
- l'assurance qualité : recommandations de bonne pratique professionnelle, définition des critères de qualité pour la prise en charge conventionnelle (qualification nécessaire, appareil à utiliser, contenu obligatoire du compte-rendu), types de médecines reconnues.

#### 2.3.4.2 *Autres instances*

Diverses autres instances, rassemblant les partenaires dans des configurations variées, interviennent également. Ainsi, en matière d'assurance qualité, un groupe de travail au niveau fédéral réunit l'ordre, l'union des caisses, les hôpitaux ; il fait des recommandations. Le comité central médical pour la promotion de l'assurance qualité est pour sa part composé uniquement de médecins (représentants de l'ordre et des médecins de caisse) et conseille l'ordre en matière d'assurance qualité.

La loi de 2000 a créé une nouvelle instance fédérale, la commission de coordination paritaire, qui réunit les caisses, l'union des médecins, l'ordre, la société des hôpitaux. La loi marque une novation : chaque année, pour au moins 10 maladies, la commission doit développer et fixer des critères pour des soins efficaces et nécessaires, sur la base de thérapies ayant fait leurs preuves. La commission doit choisir des maladies pour lesquelles on a constaté une prise en charge déficiente (diabète,...) : elle devra définir des objectifs médicaux (comme par exemple le taux de sucre à atteindre).

#### 2.3.5 *Les syndicats de médecins*

Les médecins allemands disposent d'un réseau important de syndicats, de spécialistes et de généralistes. La mission a rencontré deux syndicats, le NAV et le Hartmannbund, qui lui ont présenté leur plate-forme.

Le NAV (*niedergelassene Ärzte*), union des médecins installés, est basé à Cologne. Il fut créé, après la seconde guerre mondiale, par des médecins du secteur ambulatoire non admis à soigner les assurés auprès des caisses locales, les « non-médecins de caisse ». En 1960, leur principale revendication disparaît avec l'obtention de la garantie du libre accès à la médecine de caisse grâce à un arrêt du Tribunal constitutionnel.

Le NAV est considéré<sup>12</sup> comme progressiste : il prône par exemple l'exercice en groupe, une meilleure coopération avec les autres personnels soignants, les groupes de prise en charge des patients.

Le syndicat déclare compter environ 20.000 membres, médecins libéraux. Sa représentation est variable selon les Länder. En Westphalie, il a 2 membres à l'assemblée générale de l'union des médecins de caisse.

Les points clés de sa plateforme sont :

- Liberté de l'exercice professionnel, i.e. liberté thérapeutique et de prescriptions,
- Liberté au niveau économique,
- Rémunération correspondant au niveau de formation.

Le Hartmannbund a été créé avant la mise en place en 1931 des unions de médecins de caisse : au centre de son identité organisationnelle<sup>13</sup> se trouvent les thèmes de la préservation du caractère « libéral » de l'exercice de la médecine et la lutte contre « la socialisation et la collectivisation », que traduit notamment le refus du tiers payant. Il constituerait un bon ticket d'entrée dans les institutions de droit public, comme les unions de médecins, les ordres professionnels (où les médecins sont bien payés).

Le Hartmannbund déclare également environ 20.000 médecins. Le syndicat estime qu'il doit se montrer flexible et évaluer en permanence l'intérêt des médecins et des assurés. La rémunération des médecins constitue un point majeur de la défense de la profession : les prestations des médecins doivent être rémunérées correctement, pour maintenir une médecine de qualité. Si la rémunération moyenne des médecins allemands peut sembler élevée, le Hartmannbund met en évidence les conditions préalables pour arriver à de tels salaires : études, dépenses pour les investissements, les locaux, les appareils médicaux, la qualification du personnel employé, les assurances, la retraite, les emprunts. Les dépenses du cabinet représentent environ 60% du chiffre d'affaires (sans les impôts et assurances personnelles du médecin). La situation est différente pour les médecins hospitaliers, qui n'ont pas de charges. Enfin, le syndicat estime qu'il faut prendre en compte le coût du risque de la libre entreprise.

Le Hartmannbund demande que davantage d'argent soit consacré au système de santé, notamment en élargissant la base du financement, constituée uniquement des revenus du travail, en diminuant le panier de soins et en responsabilisant l'assuré par le ticket modérateur. Il prône la suppression du tiers-payant pour les honoraires.

Les deux syndicats rencontrés par la mission sont très mobilisés par la défense des intérêts économiques de leurs mandants. La rémunération des médecins est le souci essentiel. Les propositions novatrices ont paru très mesurées, ce qu'explique peut-être le contexte difficile de la maîtrise. Leurs positions sur les outils de régulation sont, le cas échéant, mentionnés à l'occasion de l'examen de ces outils.

Il faut également signaler le rôle de divers autres organismes, tels les sociétés savantes, les instituts de recherche, peu ou prou équivalent à celui de leurs homologues étrangers.

---

<sup>12</sup> Cf. Hassenteufel, précité.

<sup>13</sup> Cf. Hassenteufel

## 2.4 Les prestataires de soins

### 2.4.1 L'offre hospitalière

Deux caractéristiques de l'offre hospitalière sont à mentionner, qui ne sont pas neutres pour la médecine libérale.

L'offre hospitalière est très abondante. Ainsi, une comparaison internationale établie en 1996 par l'OCDE<sup>14</sup> indiquait 9,4 lits pour 1.000 habitants (contre respectivement 8,7 en France, 4,5 au Royaume-Uni et 4,1 aux Etats-Unis) et 14,3 jours de durée moyenne de séjour (contre 11,2 jours, 9,8 et 7,8). Elle s'explique par le mode de financement dual - infrastructures payées par les Länder, dépenses de fonctionnement payées par les caisses - qui s'est révélé inflationniste et a fait progresser très fortement le nombre de lits dans les années 1980. Cette offre importante a constitué une source d'induction de la demande.

Une stricte séparation existe entre médecine hospitalière et ambulatoire. Les médecins libéraux n'ont pratiquement pas accès à la pratique hospitalière. L'hospitalisation passe par la prescription d'un médecin généraliste ou spécialiste, sauf cas d'urgence. Les hôpitaux n'offrent qu'exceptionnellement un service de consultations externes. Ce filtrage de l'offre a eu en fait de nombreuses conséquences défavorables : elle explique l'importance de l'offre de spécialistes en médecine ambulatoire, elle a entraîné la multiplication des doublons entre les deux secteurs, notamment pour l'équipement en matériel lourd.

Un des objectifs des politiques est d'accroître les liens entre les deux secteurs.

### 2.4.2 Les médecins libéraux

Une densité médicale élevée caractérise l'Allemagne<sup>15</sup> ; elle tend cependant à diminuer. Le nombre total de médecins comptabilisés au 31 décembre 2000 par le conseil fédéral de l'ordre est de 369.000, les médecins en activité 295.000. La densité médicale totale est de 354 médecins pour 100.000 habitants. Diverses mesures ont été prises récemment pour influencer sur l'offre : réforme des études médicales visant une réduction de 20% des étudiants en médecine, limitation de l'installation des médecins conventionnés (cf. infra), âge limite d'exercice fixé à 68 ans en médecine ambulatoire... Les projections à long terme font cependant craindre des sous-capacités importantes dans les Länder de l'Est.

Les médecins exerçant dans le secteur ambulatoire représentent 43,6% des médecins en activité. La profession, dans le secteur libéral, se caractérise par la spécialisation, le vieillissement et la féminisation. Plus de 90% des médecins installés en ambulatoire sont conventionnés (médecins de « caisse ») : 112.000 médecins sont conventionnés en libéral, possèdent un cabinet et emploient 8.000 médecins assistants salariés.

<sup>14</sup> Cité par Ruprecht et autres, cf. bibliographie

<sup>15</sup> Source chiffres : rapport MRI-CNAM

La médecine ambulatoire conventionnée est divisée en deux secteurs distincts : la médecine spécialisée (60% des médecins) et la médecine de famille (40% des médecins) : jusqu'en 1992, pouvaient être médecins de famille tous les médecins non spécialisés sous le titre de « médecin praticien », ainsi que certains spécialistes (les omnipraticiens, les internistes et les pédiatres). En pratique, la grande majorité (90%) des médecins de famille étaient des médecins non spécialisés.

S'agissant des grands principes de la profession, la Constitution pose le principe du libre choix. Les autres règles sont la liberté de prescription, le paiement à l'acte, le libre choix du médecin par le patient (avec quelques réserves théoriques). Le principe selon lequel l'accès au spécialiste n'est possible que sur prescription du généraliste n'est pas appliqué. La rémunération à l'acte, codifiée par les nomenclatures, ne donne pas lieu à un paiement par le patient.

Enfin, l'équipement technique et informatique des cabinets médicaux est souvent très important. Les médecins généralistes disposent d'un équipement pour faire des échographies, font des pansements, des injections - il n'y a pas de cabinets infirmiers libéraux -, exécutent des analyses biologiques (cf. infra, visite d'un cabinet libéral). Le médecin libéral peut employer un médecin salarié et du personnel remplissant des fonctions administratives et paramédicales.

## 2.5 Observations sur les acteurs, leurs compétences et leurs missions

### 2.5.1 *Un système généreux, basé sur le principe de solidarité*

Une des caractéristiques importantes du système allemand est qu'il est, globalement, assez généreux avec l'assuré, même si des mesures sont prises pour limiter les prises en charge. Un autre aspect majeur est qu'il est fondé, depuis l'origine, sur le principe de solidarité. Les principes fondateurs de l'assurance-maladie n'ont jamais été remis en cause par le corps médical allemand (cf. supra).

Le rôle joué par l'assurance-maladie légale, le panier de prestations ont laissé peu de place à l'assurance privée (pour les soins de premier niveau).

La régulation du système de soins, dans le rôle confié aux différents acteurs, est particulièrement déroutant pour un observateur français. En effet, trois traits le caractérisent : fédéralisme, co-gestion, auto-administration (d'aucuns disent corporatisme).

### 2.5.2 *Une articulation parfois complexe des compétences et des normes*

Devant la multiplicité des intervenants, il est parfois malaisé de comprendre l'articulation entre leurs compétences respectives et la hiérarchie des normes juridiques applicables. Plusieurs exemples de ces enchevêtrements complexes peuvent être donnés.

Le premier tient au rôle des chambres régionales de médecins, organismes de droit public habilités à fixer des règles, notamment les *Richtlinien*, normes opposables aux médecins, portant par exemple sur certains procédés thérapeutiques. Les chambres

régionales sont « coiffées » par la chambre fédérale des médecins, qui n'est qu'une association volontaire des chambres régionales. La chambre fédérale peut poser des règles mais celles-ci ne sont que des propositions. Dans la pratique néanmoins, après concertation, les chambres régionales reprennent les règles proposées par le niveau fédéral et, globalement, une unité est constatée.

Un autre exemple est fourni par les décisions de la commission paritaire fédérale ; ses décisions font d'office partie de l'accord cadre fédéral et des conventions régionales entre médecins et caisses d'assurance maladie. Au niveau régional, les questions abordées et réglées entre les caisses et les unions de médecins sont également parties (ou avenants) de la convention régionale.

Le domaine de l'assurance-qualité voit pour sa part intervenir les chambres, les unions de médecins, les caisses, la commission fédérale.

De cette complexité, il faut sans doute retenir le principe général de fonctionnement : l'Etat fédéral pose la direction générale du système, les grandes lignes des réformes à engager ; les autres acteurs, dans le cadre de leurs compétences propres et/ou conjointes, ont la responsabilité de définir les modalités pratiques des dispositions législatives.

Lors de son déplacement en Allemagne, la mission a noté que les fonctionnaires rencontrés au ministère de la santé sont d'abord et avant tout des juristes, qui font très souvent référence aux articles du code social. Ils sont, sur le plan de la déclinaison du contenu des normes générales, en retrait du système et ne revendiquent pas un rôle de cadrage plus serré et plus précis, comme en témoignait leur crainte d'une décision attendue de la Cour constitutionnelle (cf. infra).

### ***2.5.3 Les risques de conflits d'intérêt liés aux compétences des différents acteurs***

Le partage des compétences n'est pas sans parfois poser problèmes. Ainsi, une question pendante devant la Cour constitutionnelle a été évoquée à plusieurs reprises lors de la mission. Actuellement, la commission fédérale paritaire détermine les soins qui peuvent être pris en charge (par exemple, introduction de nouvelles méthodes thérapeutiques). La Cour constitutionnelle a été saisie par l'industrie pharmaceutique et doit juger s'il revient à l'Etat ou aux partenaires de fixer des normes précises. Si la Cour décide que ce rôle incombe à l'Etat, les services du ministère estiment que cela constituera une « révolution » et leur posera un gros problème.

En matière de régulation de l'offre de soins, la situation allemande résulte largement d'un conflit d'intérêt entre les Länder d'une part, l'Etat fédéral et l'Ordre des médecins d'autre part. L'Allemagne est l'un des pays qui accueille le plus d'étudiants en médecine. Les Länder sont responsables des facultés de médecine et considèrent le nombre de places offertes dans leurs universités de médecine comme une richesse et un enjeu d'identité régionale ; ils s'appuient sur la Constitution allemande qui garantit la liberté du choix de la profession et n'autorise la restriction de l'accès aux études qu'en cas d'épuisement des possibilités de formation des universités. Pour leur part, le ministère fédéral de la santé et l'Ordre des médecins voit dans cette situation une menace pour l'équilibre des comptes sociaux et la qualité des formations.

Un autre exemple connu concerne l'offre de soins hospitaliers, où la même problématique apparaît ; le financement des infrastructures par les Länder, des dépenses de fonctionnement par les caisses d'assurance-maladie, porte un risque structurel d'inflation.

#### *2.5.4 Les avantages et les limites du fédéralisme et de la co-gestion*

Le partage de pouvoirs que représentent le fédéralisme et la co-gestion comportent des avantages certains : la nécessité de discuter, de s'entendre, la recherche du consensus, permettent – ou au moins ont permis pendant longtemps – d'éviter les conflits et affrontements. En outre, les mécanismes conventionnels sont plus souples que des mesures législatives uniformément applicables ; les marges de manœuvre laissées aux partenaires au niveau local leur permettent d'être plus proches des réalités.

Cependant, le partage des compétences, la cogestion institutionnalisée, la complexité des enjeux et intérêts, contiennent aussi un risque, celui d'un certain décalage entre les principes et dispositions affichés dans la loi, le code social, et l'état d'avancement réel sur le terrain, fixé par convention. Plusieurs dispositions annoncées, contenues dans les lois fédérales, n'ont pu en pratique faire l'objet d'accords ou de consensus entre les acteurs du système de santé, ou ont pu faire l'objet de pressions de la part de certains lobbies.

Ainsi, une des lois Seehofer de 1992-1996 prévoyait l'élaboration d'une liste positive des médicaments. Un Institut avait été créé pour avancer sur cette question. Après diverses vicissitudes, et sous la pression des pharmaciens, la liste positive n'existe toujours pas.

Dans le domaine hospitalier, la tarification à la pathologie, annoncée et prévue depuis plusieurs années, connaît un retard important et sa mise en œuvre est constamment reportée.

En médecine libérale, le principe du passage obligatoire par le médecin de famille est parfois présenté comme une caractéristique du système allemand. Il n'est pas appliqué.

En ce qui concerne les réseaux de soins, les fonctionnaires du ministère fédéral de la santé ont indiqué à la mission, en septembre 2001, que les dispositions prises en 2000 (article 140 de la loi 2000) n'étaient pas encore mises en œuvre, faute d'accord entre les caisses et les unions de médecins. Il en est de même pour d'autres formules visant à améliorer la coordination et l'organisation des soins.

Il faut donc essayer de faire le partage, au cas par cas, sur l'écart possible entre les principes posés par la législation fédérale et l'état d'avancement effectif sur le terrain ; une fois la loi votée, il peut ensuite y avoir absence d'accord au niveau fédéral entre les partenaires chargés de préciser le cadre et dans ce cas la mesure n'est pas appliquée du tout. En cas d'accord au niveau fédéral, la déclinaison au niveau de chaque Land peut s'effectuer à des rythmes et selon des modalités variés.



### *2.5.5 Le dilemme des médecins allemands face à la maîtrise des dépenses*

L'auto-administration des médecins est une caractéristique ancienne et majeure du système de santé allemand. Le rôle important reconnu aux instances professionnelles, dans la définition et la mise en place des règles du jeu, les met, dans le contexte de la maîtrise des dépenses de santé, dans une situation difficile, voire paradoxale. Les unions de médecins contractent avec les caisses, sur les différents domaines de la négociation, au nom de leurs mandants, dans le cadre d'un conventionnement collectif.

Il leur est ainsi demandé de participer à des mesures dont un des objectifs majeurs actuellement est de limiter les dépenses, donc l'évolution des revenus des médecins. La culture du consensus se fragilise depuis que les ressources sont moins abondantes. Les médecins ne sont pas toujours en phase avec les unions. Mais le système semble condamné à fonctionner.

La maîtrise négociée connaît donc des limites, et explique, depuis l'émergence de ces problèmes (dans la décennie 1980), l'intervention parfois « en force » de l'Etat fédéral dans la définition de certains outils et pose des limites à l'« Action concertée » et au consensus.

## Troisième chapitre - la régulation du coût et de la qualité des soins en ambulatoire

### 3.1 Typologie des outils

Le tableau n°4 présente les outils allemands<sup>16</sup>. Les frontières entre outils ne sont pas étanches et les classifications peuvent prêter à discussion, notamment pour la qualité, la coordination et l'organisation des soins. En outre, l'efficacité d'un outil est généralement conditionné par l'existence de mesures dans un autre champ.

**Tableau n°4 : les outils de la régulation**

Outils généraux de la régulation	Moyens de la régulation	Observations / en cours / perspectives
Régulation de la demande	* Tiers-payant généralisé (honoraires, médicaments) * Augmentation continue des franchises et tickets modérateurs (pharmacie)	* Discussions sur le tiers-payant et/ou une meilleure information de l'assuré sur le coût des prestations * Qq actions pour impliquer l'assuré (prévention, formation)
Régulation de l'offre de soins	* Limitation à l'installation des médecins conventionnés * Formation spécialisée du médecin généraliste	* Renforcement de la limitation à l'installation * Projet incertain de gate-keeper
Administration des prix	* Nomenclature * Prix de référence médicament	* Projet de révision * Vieux projet de liste positive
Administration des volumes	* Enveloppe globale honoraires * Enveloppe globale prescriptions	* Abandon des sanctions collectives (non appliquées) * Abandon enveloppe globale des prescriptions ; budget par cabinet
Outils de bonne pratique médicale	* Normes opposables portant surtout sur conditions installation, peu sur pratiques et prescriptions * Formation continue non obligatoire, non contrôlée	* Normes à développer pour 10 maladies par an * 4 disease management program
Organisation du système de santé	* Coordination ville-hôpital * Organisation médecine ambulatoire * Contractualisation caisse-médecin	* Nombreux outils juridiques. * Mais encore peu développés et problématiques.

### 3.2 La régulation de la demande

#### *3.2.1 Tiers-payant pour les honoraires, ticket modérateur en hausse pour les prescriptions, débats sur le tiers-payant.*

En Allemagne, comme en France, un des objectifs de l'assurance-maladie est d'abaisser les barrières financières d'accès aux soins et d'offrir des prestations de qualité indépendantes des ressources des assurés. Un certain nombre de dispositions

<sup>16</sup> Cf. bibliographie : typologie inspirée d'A. Letourmy.

relève, en Allemagne, de cette conception solidaire : exonération de cotisations pour l'accès aux soins des plus démunis, dispense de ticket modérateur pour les prescriptions pharmaceutiques sous certaines conditions de revenu, d'âge ou pour certaines maladies (maladies chroniques).

En médecine ambulatoire conventionnée, une caractéristique importante du système allemand, est le tiers payant généralisé pour les honoraires. Il n'existe aucun lien pécuniaire entre le médecin et l'assuré. Celui-ci ne connaît pas le montant de la consultation et des soins délivrés. Le paiement des honoraires au médecin est effectué par son union de médecins.

Pour les autres prestations (médicaments, lunettes, prothèses...), le patient participe aux frais selon un système de tiers-payant partiel. Il acquitte directement le ticket modérateur. Depuis une vingtaine d'années, le souci de contenir la demande a conduit à une forte croissance de la participation directe des assurés (exclusion du remboursement des médicaments liés à des affections bénignes, telles que rhumes, augmentation régulière du ticket modérateur sur les médicaments et autres prescriptions, prix de référence pour le médicament...).

Le système de tiers-payant généralisé pour les honoraires fait l'objet de débats. Le Hartmannbund déplore que le patient ne connaisse pas le prix des prestations dont il a bénéficié, prône sa suppression, pour contenir la demande et limiter la pression des patients sur le médecin. Le NAV en revanche est opposé à la suppression du tiers-payant, mais constate le souhait de certains médecins d'être payés directement par le patient.

Un autre débat porte, plutôt que la suppression du tiers-payant, sur l'information du patient.

En fin de consultation, faut-il lui faire signer la feuille de soins ? Le contre-argument avancé sur cette proposition est que le patient n'est pas qualifié pour apprécier si le médecin a fait correctement son travail. Ou encore faut-il informer le patient à chaque fin de trimestre de ce qu'il a coûté ? L'ordre des médecins y est opposé car des expériences ont été réalisées et se sont soldées par des réactions consuméristes des assurés. Il semble que, si une décision était prise, l'on s'orienterait plutôt vers une information du patient, soit après la consultation, soit à la fin du trimestre, sur les prestations dont il a bénéficiées ; en cas d'erreur, il préviendrait sa caisse qui saisira l'union des médecins.

### **3.2.2 *Autres actions pour contenir la demande***

Les autres actions sur l'assuré, pour contenir la demande, sont limitées. En principe, l'assuré ne peut changer de médecin au cours d'un trimestre donné. Avant l'introduction de la carte à puce dont tout assuré bénéficie, celui-ci recevait de sa caisse un carnet par trimestre et par type de médecin. Le contrôle était matériellement plus facile qu'avec la carte à puce, qui contient seulement des données à caractère administratif. De même, l'assuré doit en principe être adressé par son médecin à un autre médecin (par exemple, le gynécologue adresse à un ophtalmologue pour un besoin de lunettes).

Le contrôle des assurés sur ces points, contrôle qui revient aux caisses, et qui serait cependant possible, n'est, en réalité, pas exercé par celles-ci car elles craignent de mécontenter leurs assurés et de les perdre. Le nomadisme ou le « zapping » médical qui ont pu être induits par l'introduction de la carte à puce n'a pas été évalué. Sur un plan plus général, le contenu des informations à stocker sur la carte est l'objet de débats classiques, et non encore aboutis, sur les risques encourus, notamment en matière d'atteintes aux libertés.

La convocation d'un assuré par un médecin de contrôle est extrêmement rare (sauf accès à certaines prestations hors champ strict de la couverture maladie) et n'est envisageable que dans des cas d'escroquerie, à l'initiative des caisses. Un des obstacles au contrôle via l'assuré vient de ce que l'information arrive très tardivement aux organismes, compte tenu des procédures trimestrielles de paiement des honoraires aux médecins.

Dans les *management disease programs*, les caisses peuvent intervenir comme conseillers des malades (diabète : où se procurer de l'insuline...) ou encore il peut être prévu des séances de formation pour les assurés volontaires (cf. infra, exemple du diabète), qui relèvent davantage d'une politique de prévention et de qualité que de maîtrise des coûts à court terme.

### 3.3 La régulation de l'offre

#### 3.3.1 *La limitation de l'installation des médecins conventionnés*

Le droit du médecin de caisse repose sur le principe que l'assistance médicale est assurée par les unions de médecins de caisse en tant que corporations de droit public qui, en tant que telles, font à leur tour appel à certains médecins pour fournir ces prestations. De ce fait, tous les médecins autorisés à exercer en Allemagne conformément à la loi ne sont pas automatiquement autorisés à exercer en tant que médecins de caisse. Pour ce faire, il faut une autorisation spéciale : d'abord, être inscrit au registre des médecins, puis remplir les conditions d'admission. Enfin, le médecin conventionné doit respecter certaines obligations (horaires...).

Jusqu'en 1960, l'autorisation d'exercer en tant que médecin de caisse était accordée en fonction d'un rapport, à savoir un seul médecin de caisse pour 500 assurés. La période allant de 1960 à 1993 a été celle de la liberté d'établissement au lieu choisi par le médecin. Les marges de manœuvre sur le nombre d'étudiants en médecins étant limitées de par les répartitions de compétences (cf. supra), c'est par le biais de la médecine ambulatoire conventionnée qu'a été introduite une régulation de l'offre. Depuis 1993, l'orientation et la limitation de l'installation constituent donc les principaux outils de régulation de l'offre médicale. La loi Seehofer a limité le choix territorial du lieu d'installation, en définissant des seuils de « saturation », à partir de la densité médicale observée en 1990, mais en prévoyant des exceptions. Un ratio de médecins par spécialités est fixé par l'union fédérale, puis décliné par les unions régionales. Pour le zonage, le Land est découpé en petites circonscriptions distinguant ville et campagne. Depuis 2000, les admissions à l'installation ne sont possibles qu'en dessous du seuil de saturation. Les critères de fixation des seuils sont affinés progressivement.

### 3.3.2 *Le projet de mise en place du gate-keeper*<sup>17</sup>

Depuis 1993, la loi a rendu obligatoire la formation en médecine omnipraticienne (formation spécialisée de 3 ans) pour tout médecin choisissant le champ d'activité de la médecine de famille conventionnée. Dans la même période, le champ professionnel de la médecine de famille (actes, examens et prescriptions) a été réduit et redéfini dans les contrats passés entre les caisses et l'union fédérale des médecins conventionnés. En 1999, la durée de formation à la médecine omnipraticienne a été portée à 5 ans.

La loi 2000 veut attribuer à ce nouveau médecin omnipraticien une nouvelle fonction et prévoit qu'à partir de 2006 seuls les médecins formés par cette voie pourront prétendre au titre de médecin de famille. Aujourd'hui, les nouveaux médecins omnipraticiens sont formés dans la perspective d'exercer une fonction de *gate-keepers* (certains spécialistes comme la gynécologie restant directement accessibles).

Jusqu'à présent, les patients choisissent librement leur médecin. Le principe instauré en 1989 selon lequel l'accès aux spécialistes n'est possible que sur prescription du médecin de famille n'est pas appliqué. En théorie, les patients ne peuvent cependant pas changer de médecin pendant une durée minimum de trois mois.

La longueur des études pour devenir omnipraticien, les difficultés à trouver des stages formateurs à l'hôpital, la limitation du champ d'activité, la rémunération, inférieure à celle des spécialistes, font peser des incertitudes sur la démographie future des omnipraticiens, et de ce fait, sur le projet de médecin de famille référent. Surtout, il semble que le système de médecin référent soit très mal perçu par la population qui ne voit pas l'intérêt de consulter un médecin de famille dans le seul but d'être réadressée à un autre médecin.

Les interlocuteurs de la mission à l'union des médecins de Rhénanie du Nord se sont montrés sceptiques sur les perspectives d'introduction d'un *gate-keeper*.

## 3.4 **L'administration des prix**

### 3.4.1 *La nomenclature*

Elle est fixée au niveau fédéral (commission paritaire). La tarification des actes médicaux est régie par une échelle des coûts opposables, dite EBM. Elle comporte tous les actes susceptibles d'être pris en compte par l'assurance maladie. A chaque acte est attribué un certain nombre de points. Cette échelle est considérée comme obsolète. Un projet de réforme est en cours avec la mise en place d'une nouvelle nomenclature.

Le coût de la consultation au sens strict est faible. En revanche, les actes techniques effectués par les médecins de ville lors de la consultation sont beaucoup mieux remboursés (actes de biologie...) <sup>18</sup>. D'où la tendance à la multiplication des actes

<sup>17</sup> Cf. bibliographie : La régulation des professions de santé

<sup>18</sup> NB : lié, notamment, à la configuration des cabinets libéraux allemands, beaucoup plus étoffés et équipés que leurs homologues français.

techniques. Quelques exemples d'actes effectués par les médecins contenus dans la nomenclature (EBM) et de leur valeur en points<sup>19</sup> sont donnés ci-dessous :

Bandage : l'acte a différentes valeurs selon la complexité : par exemple, 120 points dans le cas le plus simple (bandage de « confort »), 230 points pour un bandage « normal » ; il peut valoir jusqu'à 1.900 points (bandage avec immobilisation du tronc).

Piqûre : 120 points pour un cas simple.

Echographie : très nombreuses valeurs entre 200 points (peau) à 520 points (abdomen, thorax).

Les exemples ci-dessous, fournis par l'union des médecins de Rhénanie du Nord, donnent une idée du caractère détaillé de l'EBM et du coût des visites :

Pour un contact personnel d'un patient avec un médecin généraliste, celui-ci reçoit, pour un assuré (membre et ayant-droit) 265 points par cas et par trimestre (soit environ 26 marks ou 13 euros) pour la première visite et pour un retraité, 475 points (soit environ 47 DM ou 23 euros). A cette occasion, un code spécifique est introduit sur la feuille de soins ou l'ordinateur, pour permettre la rémunération. En outre, des prestations complémentaires peuvent être facturées par le médecin, sous respect des règles d'exclusion du règlement de tarification, i.e. hormis les prestations décrites en annexe de l'EBM. Ces prestations qui ne peuvent pas être facturées à part sont, par exemple : conseil, y compris par téléphone ; conseil, y compris examen clinique lié aux symptômes ; plan de traitement pour maladie systémique ou chronique d'un des organes ; prescription d'un régime en cas de graves problèmes d'alimentation ou du métabolisme ; établissement d'un certificat d'incapacité de travail, injection sous-cutanée, anesthésie d'un nerf périphérique...

Pour des contacts complémentaires ( autres visites) avec le patient, le tarif n°2 de l'EBM est appliqué, soit 50 points.

### 3.4.2 *Le prix de référence du médicament*<sup>20</sup>

Jusqu'à la fin des années 1980, les moyens mis en œuvre pour endiguer les dépenses de pharmacie sont restés relativement traditionnels : blocage des prix, hausse de la participation de l'assuré, en 1983 établissement d'une liste négative comprenant de nombreux médicaments non remboursables, extension en 1989 aux produits dont l'efficacité est incertaine ou l'utilité contestée, mise en place d'un contrôle des prescriptions par les unions de médecins. Des réformes plus importantes ont été adoptées depuis : mise en place de prix de référence (1989), puis la régulation des volumes de dépenses (cf. infra)

La réforme Blum de 1989 a introduit la notion de prix de référence (*Festbetrag*): ce mécanisme fixe un plafonnement de la prise en charge publique. Les produits similaires sont regroupés en trois classes thérapeutiques selon leur degré de similarité (même composition, composition analogue ou mêmes effets). La loi a posé que le prix à la charge de l'assurance-maladie ne pouvait pas être supérieur au prix le plus élevé du tiers le plus faible d'un groupe de prix lorsqu'on répartit en trois tiers les prix d'un

<sup>19</sup> Pour la valeur monétaire : la valeur du point constatée par l'union des médecins de Rhénanie du Nord, pour le troisième trimestre 2001, était de 10 pfennigs. Mais ceux-ci ne sont payés qu'à hauteur de 92,23% (question d'enveloppe). 100 pfennigs = 1 deutschmark ; 1 euro = 1,995553 deutschmark.

<sup>20</sup> Cf. dossier établi par S.Milano : bibliographie

groupe de médicaments. Le prix des médicaments reste libre et les consommateurs doivent payer la différence entre le prix fixé par l'industriel et le prix de référence. Le dispositif est actuellement remis en cause par les juridictions et fait l'objet de négociations.

Le prix de référence est un moyen puissant à la disposition des caisses pour influencer le prix du médicament. Le marché des médicaments soumis au système du prix de référence représente 65% des prescriptions de médicaments et 47% du chiffre d'affaires du médicament.

## **3.5 La régulation des volumes de dépenses d'honoraires et de prescriptions**

### **3.5.1 L'enveloppe d'honoraires**

#### *3.5.1.1 La fixation de l'enveloppe*

Le système de l'enveloppe pour rémunérer les honoraires n'est pas nouveau en Allemagne<sup>21</sup> ; il date de la constitution des unions en 1931 et a perduré jusqu'au début des années 1960, les caisses passant alors, sous la pression des médecins, à un paiement à l'acte sans ajustement prix-volume. Avec l'instauration de l'Action concertée, en 1977, les unions de médecins et de caisses devaient se mettre d'accord sur la croissance souhaitable des honoraires médicaux, ce qui ne fut pas toujours le cas, le dépassement de l'enveloppe étant constaté plusieurs fois. La réforme Seehofer de 1993 a donc institué une enveloppe fixe, définie par la loi et rendant impossible de « sortir » des actes de l'enveloppe. Ce faisant, cette réforme rompait avec le principe de la gestion concertée.

L'enveloppe des honoraires destinés à la médecine ambulatoire est fixée chaque année au niveau de L'Etat fédéral, plus précisément c'est un taux d'évolution maximum (basé sur l'évolution du salaire de base et de la masse salariale) qui est déterminé. Le code social est le fondement juridique de l'enveloppe d'honoraires (livre 5, article 71). Les caisses apportent leur contribution à l'enveloppe d'honoraires en fonction du nombre de leurs assurés. Les négociations entre les caisses et les unions de médecins se font en deçà du taux maximum fédéral, au niveau de la circonscription des unions de médecins dans le Land (par exemple, 2 circonscriptions en Rhénanie du nord Westphalie et 4 dans le Bade-Wurtemberg) et aboutissent à la signature d'une convention. L'union des médecins doit discuter avec chaque caisse maladie car des rémunérations spécifiques pour les médecins peuvent être prévues dans le cas de contrats spécifiques (par exemple, pour la prise en charge de patients souffrant de certaines pathologies, comme le diabète). Quand les caisses ont versé leur part à l'union de médecins, elles sont déchargées de toute responsabilité et c'est à l'union de reverser les honoraires aux médecins. L'enveloppe médecine ambulatoire ne peut jamais être dépassée.

L'enveloppe d'honoraires est divisée par le nombre total de points (cf. nomenclature) que représentent les actes effectués par les médecins de l'union. Cela

---

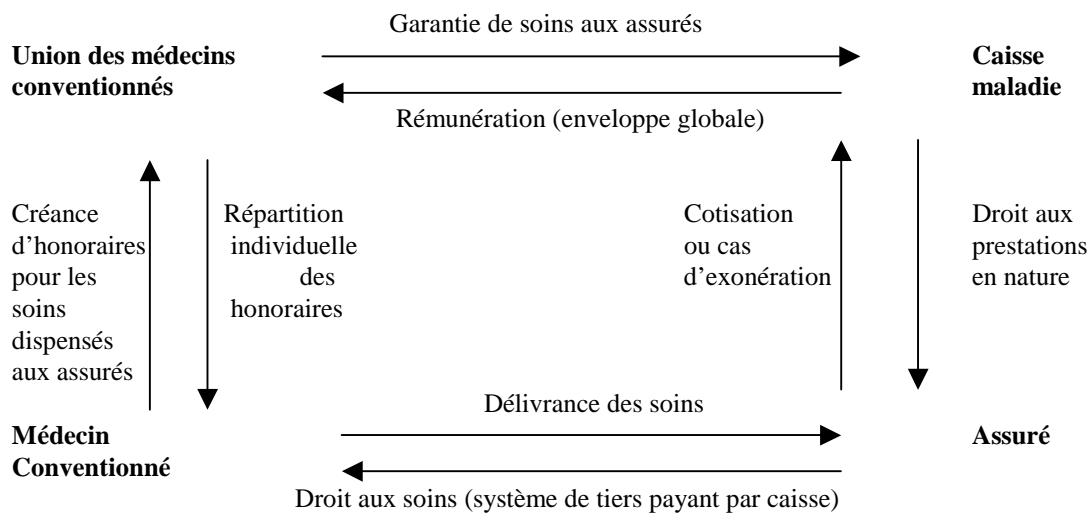
<sup>21</sup> Cf. bibliographie : Pouvourville, Develay, Naditch

permet d'attribuer une valeur monétaire au point. Au final, la valeur monétaire de chaque acte médical dépend du nombre total d'actes effectués par les médecins de l'union. La valeur du point est flottante puisqu'elle peut varier chaque trimestre et chaque année, en fonction à la fois du montant de l'enveloppe globale mais surtout du nombre d'actes et donc de points réalisés par les médecins.

### 3.5.1.2 Le schéma de rémunération des médecins conventionnés

Le schéma n°5 ci-dessous décrit le système général, quadrangulaire et traditionnel, qui régit les relations entre les partenaires.

#### Schéma n° 5 : Relations entre malade - médecin - union des médecins conventionnés - caisse maladie.



Source : d'après La profession médicale en Allemagne, Deutscher Ärzte-Verlag.

Lors de la consultation, l'assuré remet au médecin sa carte d'assuré (carte à puce), sur laquelle sont portées des données d'identité et sa caisse d'appartenance, ce qui permet son identification. Le médecin note les actes effectués. L'assuré n'a rien à payer, en raison du système de tiers payant. Il ne reçoit aucun document de la part du médecin (hors prescriptions). Les différentes étapes de la procédure sont les suivantes :

- A la fin de chaque trimestre, le médecin envoie à l'union des médecins soit une disquette soit un formulaire papier indiquant tous les actes effectués pendant le trimestre, c'est à dire sa « facture ». Il faut noter que le médecin ignore le montant des honoraires à recevoir en raison du système du point flottant. En 1997, les unions ont eu à traiter 448 millions de cas de facturation, soit environ 1,5 par assuré et par trimestre (soit 6 visites chez le médecin par an en moyenne).
- L'union procède à la vérification et aux contrôles de régularité et de plausibilité.



- Le cas échéant, un contrôle d'économicité est lancé.
- Après compilation des point acquis par tous les médecins de l'union, la valeur du point EBM peut être calculé.
- Le montant des honoraires dus à chaque cabinet peut être déterminé, la répartition des honoraires se faisant selon les règles internes de chaque union.
- Un certificat de paiement des honoraires est édité pour le médecin.

Les feuilles de soins (factures) envoyées par le médecin à l'union comportent les indications suivantes, outre l'identification administrative de l'assuré : le diagnostic codé (selon ICD 10, classification internationale), les dates de consultation, les actes pratiqués lors de la consultation.

### 3.5.1.3 *Le contrôle de l'activité médicale : fondement, critères, procédure*

#### - Fondement des contrôles

Dans le système ambulatoire, le système de contrôle pour garantir un traitement efficient par les médecins conventionnés est traditionnel, les unions de caisse ayant la responsabilité de l'accès aux soins. Le contrôle trouve son fondement dans le RVO (*Reichsversicherungsordnung*), règlement impérial relatif à l'assurance : tout assuré a droit à des soins médicaux suffisants et appropriés, qui cependant, ne doivent pas excéder ce qui est nécessaire. Si ces conditions sont remplies, les soins sont efficients.

Avec les problèmes de maîtrise des dépenses, les caisses ont été appelées à participer aux contrôles au côté des unions, dans le cadre d'un système paritaire.

Les Allemands répertorient trois types de contrôle sur les médecins : le contrôle d'économicité, le contrôle de plausibilité, les contrôles par sondages.

Le contrôle d'économicité, qui est le cœur du contrôle sur l'activité des médecins libéraux conventionnés, porte sur le respect de l'obligation légale de ne pratiquer que des actes qui, destinés à soigner des maladies, sont « suffisants, adaptés au but recherché et efficients », et qui ne dépassent pas « la mesure du nécessaire ». Dans cette procédure, organisée par la loi, c'est essentiellement le nombre des actes médicaux pratiqués qui va être vérifié. L'instrument de contrôle essentiel est la comparaison de la facture du médecin avec celle des autres médecins dont les cabinets sont structurés de façon similaire.

Le contrôle de plausibilité est le contrôle de la facture (des honoraires du médecin) qui sert à détecter des erreurs de facturation et des actes non « efficients », et qui parfois peut conduire à la suspicion d'escroquerie. Le contrôle de plausibilité n'est pas, d'un point de vue juridique, une procédure autonome de la vérification des honoraires. Lors du contrôle de plausibilité, il va être notamment contrôlé si les actes facturés ont bien été effectués par le médecin ou son personnel ou si les actes sont en cohérence avec les autres actes facturés. Un critère important de la plausibilité est le temps effectivement nécessaire pour effectuer les actes déclarés.

Il y a enfin l'obligation d'effectuer des contrôles par sondages : la loi fixe à 2%

le pourcentage de médecins devant être contrôlé de façon aléatoire chaque année, dans le cadre du contrôle d'économicité. Dans le cadre du contrôle de plausibilité, également prévu par la loi, les unions de médecins et les caisses ont omis de prendre les règlements nécessaires pour les contrôles par sondages, en raison de l'insuffisance de leurs effectifs de contrôle.

Pour comprendre concrètement la distinction entre contrôle d'économicité et de plausibilité, quelques exemples peuvent être donnés : le contrôle d'économicité permet de mesurer, de façon quantitative, l'activité d'un cabinet, et de la comparer à celles de cabinets similaires. Il peut mettre en évidence des médecins dépassant les moyennes en raison de l'utilisation de techniques innovantes : ce fut le cas pour les premiers gynécologues faisant des échographies vaginales. Il ne permet pas de détecter des actes non faits (escroqueries), ou encore le cas de médecins étant dans la moyenne mais ayant de mauvaises pratiques médicales. Il ne permet pas non plus de détecter d'éventuelles collusions au sein d'une petite spécialité dans une circonscription, conduisant à la multiplication d'un type d'actes, ce qui se produit parfois.

Le contrôle de plausibilité utilise des outils d'analyse plus fins, sans être pour autant un contrôle de la qualité de l'acte : par exemple, au lieu de se borner à constater, pour tel type d'actes, la moyenne et les écarts par rapport à cette moyenne, il va comparer plusieurs trimestres pour comprendre les raisons de l'augmentation d'un type d'actes (innovations dans les techniques, ententes entre médecins pour de nouvelles pratiques...).

Le ministère fédéral a indiqué à la mission que le nombre de fraudes sur les honoraires augmentait : de nombreuses plaintes ont été formulées par les unions mais il y a peu de condamnations. Pour essayer d'endiguer les fraudes, l'union fédérale des médecins vient de proposer aux unions régionales d'augmenter les contrôles de plausibilité ainsi que des outils, comme par exemple l'estimation du temps que doit durer une consultation et de la durée minimum des actes.

#### - Critères de déclenchement du contrôle d'économicité

La fixation par voie contractuelle des règles de procédure a entraîné des différences régionales significatives dans la manière de conduire le contrôle, de même que dans les résultats. Néanmoins, certaines caractéristiques sont communes aux unions de médecins.

A l'exception des contrôles par sondages, le principe général est que les contrôles peuvent être déclenchés quand le montant des honoraires d'un médecin excède le montant moyen des honoraires des médecins de son groupe (spécialité) d'un pourcentage prédéterminé. Ces pourcentages sont fixés dans les accords régionaux entre les caisses et les unions de médecins. Quant aux contrôles ponctuels, par sondages, ils doivent permettre d'avoir une image sur la pratique générale de la profession. En réalité, ils sont peu ou pas réalisés.

- Procédure et étapes du contrôle paritaire

Le contrôle d'économicité s'exerce dans le cadre du comité de surveillance de l'activité médicale, organe paritaire, créé sous la responsabilité commune des caisses légales et des unions de médecins conventionnés du Land.

La procédure de contrôle est organisée en trois étapes, dont les deux premières sont de la responsabilité des unions de médecins conventionnés :

- chaque union doit mettre en place des commissions de contrôle et de réclamations, composées d'un nombre égal de représentants des médecins et des caisses. Chaque commission a un président, dont le vote permet la décision en cas de partage des voix. Chaque année, alternativement, le président vient de l'union des médecins ou des caisses. Les commissions ont le droit de sanctionner un médecin qui n'est pas efficient ;
- un appel est possible et toute la procédure est portée devant une commission des réclamations dont les membres sont différents de ceux de la commission de contrôle ;
- si la décision de cette autorité est également contestée, le troisième niveau est le tribunal social, recours assez rare.

A partir des données adressées par chaque médecin pour le paiement de ses honoraires, des tableaux d'activité statistiques sont dressés, pour l'ensemble des médecins, par spécialité et individuellement. Cette première étape permet le repérage des médecins dont l'activité médicale est indiscutablement au-dessus de la moyenne des médecins du groupe selon les critères fixés par l'accord régional.

Pour enclencher la seconde étape, i.e. le contrôle proprement dit, il faut une demande écrite des caisses ou de l'union de médecins. Le médecin repéré doit être informé immédiatement qu'une procédure d'évaluation de son activité est en cours.

L'instruction du cas est plus ou moins approfondie selon l'ampleur des écarts. Partant d'abord des données statistiques d'activité et de prescriptions, elle peut conduire le médecin rapporteur à examiner un échantillon de feuilles maladie établies par le médecin contrôlé et à donner son avis sur l'opportunité des actes médicaux réalisés.

La procédure est contradictoire, la commission envoyant au médecin son évaluation et pouvant, le cas échéant, l'entendre.

*3.5.1.4 Les sanctions sur les honoraires*

L'enveloppe des honoraires dédiés aux médecins libéraux ne peut être dépassée, grâce au mécanisme du point flottant. Un budget est décliné par cabinet médical, voire au niveau du médecin (Rhénanie du Nord). Le contrôle de l'économicité est donc un outil important de la régulation financière. Il est assorti de sanctions.

- Sanctions individuelles

Le médecin peut assister à la présentation de son cas devant la commission et être assisté par un avocat. La décision finale n'est prise qu'après que tous les participants se soient exprimés. A l'inverse des cas de dépassements indiscutablement au-dessus de la moyenne, où l'analyse s'appuie sur des comparaisons statistiques

grossières, des arguments et éléments détaillés sont nécessaires pour déclarer le médecin inefficace. La tendance générale est de se référer de plus en plus à des « groupes de référence ». C'est une des méthodes autorisées, dans laquelle le médecin est comparé à d'autres praticiens, au moins 8 ou 10, qui non seulement ont la même spécialité mais aussi des particularités de pratique proches. Comme les médecins sanctionnés ont constamment fait appel devant les tribunaux des décisions de la commission, les décisions de justice ont donné des précisions sur les normes de comparaisons statistiques (cf. infra).

Le comité décide du caractère « économique » ou efficace de l'activité en tenant compte de phénomènes de compensation (pathologies particulières, clientèle, milieu rural...).

Plusieurs types de sanctions sont possibles. En cas de manquements répétés et graves, la sanction la plus lourde, l'autorisation d'exercer comme médecin de caisse peut être retirée. Néanmoins, aucune information n'indique que cette sanction ait déjà été utilisée.

Pour les dépassements caractérisés, la sanction est généralement financière et porte sur la rémunération. La non-économique est évaluée par la commission et est calculée proportionnellement aux actes contrôlés ou à l'ensemble des honoraires du médecin : celui-ci va percevoir des honoraires réduits de la non-économique (qui est donc appréciée au cas par cas). Le médecin reçoit une attestation de la commission sur laquelle figure comme résultat du contrôle, par exemple « réduction des actes de 10%, soit 100.000 points ».

Pour les dépassements dans la « zone intermédiaire », la décision consiste en un compte rendu écrit au médecin en guise d'avertissement (avis collégial sur sa manière de pratiquer avec efficacité), ou la convocation devant le comité pour information, conseil, discussion de sa pratique médicale, ou sanction financière.

#### - Normes posées par les tribunaux en matière de sanctions individuelles

Bien que les méthodes statistiques puissent être différentes, des jugements des Cours sociales, fédérale et régionales, ont posé des règles en matière d'économique. D'abord, si le nombre de consultations d'un médecin montre un écart de moins de 20% par rapport à ses collègues, ceci est considéré comme un écart normal et aucun contrôle complémentaire n'est nécessaire. Ensuite, un écart de 20 à 40% est couramment accepté comme une « zone de transition » qui peut conduire à des actions mais rarement à une sanction. Enfin, à partir de 40% une différence est considérée comme « évidente ». Si un médecin excède ce niveau, une pénalité est possible mais non nécessaire. L'efficacité doit être appréciée au regard des particularités de chaque cas individuel. C'est donc la jurisprudence qui a défini la notion d'économique. Enfin, les juridictions ne se prononcent pas sur le fond, mais sur la régularité de la procédure.

#### - Mécanismes correcteurs du point flottant

Le système du point flottant a engendré la multiplication des consultations mais aussi des actes périphériques annexes inutiles (prises de sang...) effectués par les collaborateurs des médecins ou des laboratoires dans lesquels les médecins ont des

participations. Le système incite chaque médecin à multiplier ses actes, comportement individuel qui collectivement est préjudiciable à la profession puisqu'il conduit à une nouvelle baisse du point. Cela a conduit, pour certains actes, à l'instauration de forfait, rendant sans intérêt pour les médecins la multiplication de ces actes. Des négociations sont en cours, au niveau fédéral, pour étendre ce type de dispositif à la radiologie, qui pose en outre un problème de santé publique, les spécialistes estimant que beaucoup trop de radios sont faites. Des réflexions sont également en cours pour que les laboratoires et centres de radiologie ne fassent plus partie des cabinets.

Il a été également indiqué à la mission que l'union fédérale travaillait sur une nouvelle grille tarifaire et nomenclature, dans le cadre d'une réflexion sur un niveau de rémunération plus homogène selon les spécialités. La base du raisonnement est que tout médecin est censé gagner 90.000 euros brut par an (soit 600.000 francs).

Une autre indication d'importance est la mise en place récente, par le niveau fédéral (dans le cadre d'EBM, la nomenclature), d'un nombre maximum de points tarifaires par patient pour le médecin. Ce dispositif a pour objectif de limiter à la baisse la valeur du point.

### **3.5.2 La prescription de médicament**

#### *3.5.2.1 Le budget global médicaments et les sanctions collectives : 1993 à 2001*

La réforme Seehofer (1992-1993) a mis en œuvre un mécanisme de responsabilisation des prescripteurs : une enveloppe globale opposable - répartie ensuite au niveau du Land - fixait pour l'ensemble des médecins un montant de remboursement de produits pharmaceutiques. La négociation avait lieu entre l'union de médecins et les caisses regroupées. Dans la pratique, le calcul des budgets au niveau local s'est éloigné des formules mathématiques prévues par la loi et a fait une part à la capacité de négociation des partenaires, d'où des différences pour les médecins selon leur localisation et la pugnacité de leur union.

En cas de dépassement des enveloppes, les médecins et l'industrie devaient procéder à des reversements. En ce qui concerne les médecins conventionnés, la responsabilité était collective. En cas de dépassement, même les médecins ayant des pratiques de prescriptions « économiques » et ceux qui n'avaient pas prescrit pouvaient être sanctionnés.

La saisie électronique par les caisses des ordonnances honorées par les pharmaciens, permettait la compilation des données, collectives et individuelles (médicament prescrit, prix, assuré en ayant bénéficié), pour le contrôle du budget global et des pratiques individuelles. Les enveloppes ont été dépassées dans de nombreuses régions et les sanctions n'ont pas été appliquées. Néanmoins, la menace demeurait.

Des études sur cette expérience ont montré que le comportement de prescription des médecins pouvait être influencé : globalement, les médecins allemands ont augmenté les prescriptions de génériques et ont diminué celle de médicaments à l'efficacité incertaine.

Une loi entrant en vigueur en 2002 a supprimé le budget global médicaments et les sanctions collectives en cas de dépassement de l'enveloppe. Les interlocuteurs de la mission au ministère fédéral de la santé ont expliqué les raisons de cet abandon des sanctions collectives :

- elles posent des problèmes juridiques et constitutionnels ;
- les médecins y sont fortement opposés ;
- les médecins sont soutenus par les assurés qui craignent le rationnement ;
- enfin, en cas de dépassements de l'enveloppe, les sanctions n'étaient pas appliquées par les caisses, pour des raisons juridiques, et parce qu'il n'y a pas de consensus sur les raisons des dépassements.

En revanche, les représentants fédéraux des caisses rencontrés par la mission auraient souhaité le maintien du dispositif du budget global, qui leur assurait une visibilité plus grande sur l'évolution des dépenses.

### *3.5.2.2 Le nouveau dispositif de contrôle des dépenses de médicaments ; les budgets par cabinet*

C'est au niveau fédéral, entre l'union des médecins et les caisses, qu'est désormais fixé le montant des dépenses pour le médicament, dans le cadre fixé par la loi de décembre 2001. La loi indique les éléments permettant de déterminer le montant des dépenses par circonscription d'union de médecins : les dépenses de l'année précédente et les besoins effectifs de soins. Pour apprécier ceux-ci, divers éléments sont pris en compte, notamment : évolution du nombre des assurés, de leur âge, du prix des médicaments, nouvelles lignes directrices éventuelles de la commission paritaire (sur les médicaments remboursables ou non), économies prévues en 2002 grâce aux diverses mesures. Au final, le taux d'évolution fédéral pour 2002 est de 4,5%.

Plusieurs mesures ont été prises pour contenir les dépenses de médicaments, outre les participations accrues demandées aux officines et à l'industrie pharmaceutique :

- obligation désormais pour les hôpitaux de prescrire au patient sortant la molécule et non plus le nom du médicament : en effet, les hôpitaux donnaient gratuitement aux patients les médicaments offerts par les laboratoires. Il était ensuite très difficile au médecin de ville de changer les médicaments du traitement.
- extension de la possibilité pour le pharmacien de délivrer des génériques. Jusqu'à cette nouvelle mesure, le médecin cochait une croix, dans l'ordonnance, pour indiquer qu'il acceptait la substitution. Désormais, sauf si le médecin l'interdit expressément (ou s'il prescrit lui-même la molécule), le pharmacien est tenu de fournir un des cinq médicaments les moins chers contenant la molécule.

La loi conforte aussi, sur le plan juridique, le droit des unions et des caisses à conseiller les médecins dans leur prescriptions, face aux industries pharmaceutiques (autorisation de comparer des produits). Sont également prévues des campagnes d'information vis à vis des patients et des médecins (dans les cabinets, les publications médicales...).

Le dispositif en vigueur jusqu'à fin 2001 prévoyait déjà des « normes quantitatives de prescriptions », qui permettaient les contrôles sur les pratiques des médecins, en mettant en évidence les écarts par rapport à la moyenne. La suppression du budget officiel et des sanctions collectives conduit désormais à donner une importance accrue à ces normes opposables, qui seront le principal outil de pilotage des dépenses de prescription. La nouveauté est que les enveloppes sont désormais individuelles, par cabinet. Les sanctions sont désormais également uniquement individuelles. Chaque médecin ne sera plus responsable que des prescriptions qu'il a effectuées.

Pour fixer les normes, les unions de médecins et les caisses doivent conclure des conventions d'objectifs. Les contrôles individuels porteront sur le respect des normes quantitatives de référence (règles normatives fixant des valeurs par patient) et les écarts à la moyenne (comparaisons avec les autres médecins des valeurs des prescriptions par patient). En cas de divergences fortes par rapport aux critères fixés dans les conventions, le médecin devra rembourser l'argent aux caisses.

Les normes sont, selon la loi, des valeurs moyennes par groupes de médecins, par spécialité. Ces valeurs sont calculées et établies tous les ans de façon distincte pour les assurés du régime général et les assurés retraités, et établies à partir de divers paramètres fixés par la loi (données du Land, formule mathématique...). Chaque médecin a ainsi à sa disposition, pour chaque assuré du régime général (et ses ayants-droit) ainsi que pour chaque assuré retraité, une somme déterminée par trimestre qu'il peut dépenser en médicaments. Ces sommes sont multipliées par le nombre de cas traités par le cabinet et représentent, au total, le budget individuel du cabinet. Ce budget peut être réparti par le médecin entre chacun des patients. Les dépenses pour un patient qui chaque trimestre se voit prescrire des médicaments d'un montant très élevé peuvent ainsi être contrebalancées par des patients n'ayant pas besoin de médicaments. Les budgets par médecin peuvent être différents selon les Länder. La possibilité de calculer un budget par pathologie est une perspective à long terme.

### *3.5.2.3 Le contrôle individuel des prescriptions et les autres actions pour limiter les prescriptions*

Le nouveau dispositif ne modifiera pas substantiellement la procédure de contrôle des prescriptions. Celle-ci est paritaire et très proche de celle concernant les honoraires.

Le contrôle comporte une première phase, menée par du personnel administratif des caisses, de mesure quantitative : contrôle de l'augmentation, du dépassement des prescriptions. Si le médecin dépasse son budget individuel au-delà d'un niveau spécifié, un contrôle plus approfondi est lancé. Il y a deux seuils : si le dépassement est compris entre 15% et 25% de la moyenne de son groupe de spécialité, la commission peut décider de ne pas prendre de sanctions mais seulement de faire du conseil auprès du médecin ; à partir de 25% de dépassement, l'ensemble des prescriptions est vérifié et une sanction (remboursement) doit être décidée sauf circonstances particulières ou spécificités du cabinet (par exemple, hémophiles, diabétiques dans la clientèle). Les seuils ont été relevés en 2002 ; en 2001, ils étaient plus contraignants, respectivement de 5% et 15%.

Pour ce qui concerne les sanctions, les caisses et les unions doivent négocier avant le 31 mai 2002 les mesures à prendre en cas de dépassement. Les interlocuteurs de la mission ont émis des doutes quant au respect de cette date.

Les mesures d'urgence prises pour 2002 prévoit le renforcement des contrôles d'économicité sur les prescriptions des médecins. Les médecins dont les prescriptions apparaîtront élevées seront fortement incités à assister à des réunions d'information organisées par les médecins et pharmaciens des unions et des caisses. Ces derniers jouent d'ailleurs déjà un rôle de conseil : ils se déplacent ou font venir le médecin ou peuvent animer des cercles de qualité. Pour jouer ce rôle de conseil, ils doivent cependant passer par l'union des médecins.

## 3.6 Outils de bonnes pratiques médicales

### 3.6.1 Définitions : lignes directrices opposables ou non, assurance-qualité

Les outils de bonne pratique sont d'une approche assez complexe en Allemagne, pour des raisons déjà évoquées : abondance des références à la qualité dans les lois et textes de cadrage, compétences partagées entre les partenaires, état d'application inégal, significations parfois différentes de celles usitées en France.

Quelques précisions de vocabulaire sont nécessaires. Les Allemands distinguent les *Richtlinien*, les *Leitlinien* et les *Richtgrößen*.

Les *Richtlinien* - « lignes directrices » - sont des recommandations de bonnes pratiques opposables aux hôpitaux, aux médecins libéraux, édictées au niveau fédéral, qui doivent être reprises par les chambres régionales et mises en application par les unions.

Les *Leitlinien* sont des recommandations de bonnes pratiques non opposables. L'ordre des médecins pourrait intervenir en la matière ; dans la pratique ce sont les sociétés savantes qui édictent des *Leitlinien*. Le médecin peut s'éloigner de ces recommandations s'il estime que la situation du patient le nécessite.

Les *Richtgrößen* ne sont pas des outils de la qualité mais des chiffres, des volumes de dépenses ( par exemple, les budgets individuels de prescriptions). Il s'agit de normes quantitatives de référence.

Il peut y avoir à la fois des *Richtlinien* et des *Leitlinien* sur un même thème, notamment en matière de prévention, de dépistage. Par exemple, une *Richtlinie* encadre le nombre d'échographies ou de mammographies et la commission fédérale prépare une recommandation (*Leitlinie*) en matière de périodicité des mammographies.

Un autre concept très utilisé est celui d'assurance-qualité. Il y est fait de nombreuses références dans le code social (titre V), qui lui donne son fondement légal. Quelques uns des articles du code social sont indiqués ci-dessous, à titre d'exemples, pour comprendre ce que peut recouvrir la notion d'assurance-qualité en Allemagne :



- l'article 70 impose comme clause générale pour la médecine ambulatoire l'efficacité et l'humanité ainsi que l'obligation d'apporter une offre de soins garantie qualitativement.
- l'article 135 porte sur l'assurance qualité de l'offre de soins en médecine et soins dentaires conventionnés et est considéré comme le plus important.
- l'article 136 prévoit le contrôle par les unions de médecins de caisse de la qualité des prestations au cas par cas par des sondages.

Selon le schéma habituel, les modalités d'application sont déclinées ensuite par les différents intervenants compétents.

L'assurance-qualité est présentée selon que les mesures portent sur la structure, les procédures ou/et les résultats (loi de 1998). Une autre distinction est opérée, entre l'assurance qualité interne, où le cabinet médical met en œuvre lui-même les mesures nécessaires (exemples surtout en ce qui concerne les procédés techniques comme le développement des images radio ou en ce qui concerne l'analyse en laboratoire), et l'assurance qualité externe, où un tiers a cette mission de contrôle.

### **3.6.2 Contenu de l'assurance qualité en médecine ambulatoire**

La qualité de la structure est la quintessence des mesures prises en assurance qualité dans le domaine de la médecine conventionnée. Toutes les lignes directrices contiennent des dispositions relatives à la qualité de la structure, par exemple : combien d'années de quelle formation et quelle expérience un médecin doit avoir ; comment il doit utiliser ses appareils ; comment ses collaborateurs doivent être formés ou comment doit être équipé son cabinet pour les opérations ambulatoires.

Avec la qualité des procédures, est posée la question du comment de la prise en charge. Les exemples de qualité des procédures semblent relativement limités sur ce point, notamment en ambulatoire. Quelques exemples sont donnés ci-dessous, qui concernent l'hospitalier et l'ambulatoire :

- les schémas de soins de suite en matière oncologique précisent quelles mesures diagnostiques doivent être mises en œuvre,
- les lignes directrices pour le diabète précisent qu'il est nécessaire de mesurer chaque trimestre certaines valeurs et d'envoyer le patient une fois par an chez l'ophtalmologiste,
- les lignes directrices relatives au dépistage précoce du cancer fixent le contenu de l'examen,
- les lignes directrices fixent les médicaments remboursables, dont l'efficacité n'est pas contestée,
- pour chaque opération en ambulatoire, le médecin doit remplir un formulaire (anesthésie par exemple) ; le médecin reçoit une indemnité pour renseigner ce formulaire en raison du temps nécessaire ; ces formulaires peuvent être contrôlés et évalués en terme de qualité.

Un autre exemple peut être donné, de ce qu'est une *Richtlinie* dans le domaine de l'assurance qualité, portant à la fois sur la structure et les procédures : il s'agit de la ligne directrice, opposable, relative à l'échographie. Les divers points abordés dans le document sont les suivants :

- conditions de qualification pour pratiquer les échographies
- obligation d'avoir une autorisation
- comment obtenir l'autorisation
- modes d'acquisition de la compétence technique :
  - par la formation
  - pendant l'activité
  - par des cours sur les ultra-sons
- qualification des personnels du cabinet
- appareils nécessaires dans le cabinet
- procédures de qualification pour le personnel
- attestations et colloques

De nombreux documents du classeur d'accueil mentionné ci-dessous sont proches de celui sur les échographies.

S'agissant de la qualité des résultats, elle comporte très peu d'exemples. L'évaluation de la qualité se fait, éventuellement, par une approche progressive en utilisant des « résultats intermédiaires », par exemple, en radiologie, en ne contrôlant pas le rapport que rédige le médecin mais la qualité des radios.

L'ensemble des interlocuteurs rencontrés (ordre fédéral, union fédérale des médecins, syndicats) estiment que les lignes directrices en assurance-qualité, au sens de normes de bonnes pratiques et/ou standards aidant le médecin dans son exercice quotidien, sont très limitées, par rapport aux Pays-Bas cités en exemple.

Les normes de qualité régissent pour l'essentiel l'installation des médecins (formation, équipement du cabinet...), parce que la qualité de la structure et des qualifications peut être facilement prouvée et ne nécessite pas de contrôle supplémentaire, sauf à prévoir des procédures de recertification, qui n'existent pas.

Chaque union de médecin dispose d'une cellule assurance-qualité qui contrôle le respect des règles légales et conventionnelles (essentiellement d'installation). Il y a peu de contrôle des procédures sauf en radiologie, en cytologie (par sondages) ou en matière de dépistage (exemple : prise en charge d'un enfant à 4 ans : description de ce que le médecin doit faire ; il doit envoyer le compte-rendu avec la facture). Par ailleurs, les unions de médecins sont tenues de vérifier la qualité des prestations au cas par cas par les contrôles par sondages, dont on a signalé qu'ils étaient très rares, voire inexistantes.

Il faut cependant mentionner certaines initiatives récentes, dont l'objectif est l'amélioration de la qualité des soins au cours de l'exercice professionnel : la loi Santé 2000 a créé une nouvelle commission de coordination au niveau fédéral. Elle a pour mission d'élaborer des critères pour 10 maladies au moins par an, celles qui sont insuffisamment ou mal soignées, en vue d'un diagnostic ou d'une thérapie adaptés et économiques, qui seront obligatoires pour les prestataires de soins.

Une loi votée fin 2001 porte sur la péréquation des risques et le « disease management program » ; elle lève certains obstacles financiers à une prise en charge de qualité. Pour 4 maladies - diabète, maladies coronariennes, cancer du sein, asthme – les dépenses par patient excédant 20.000 euros ne seront plus à la seule charge de sa caisse

mais seront péréquées à hauteur de 60%. Les patients devraient être motivés pour s'inscrire dans ces programmes par la perspective d'une meilleure prise en charge.

D'autres dispositions récentes peuvent être le levier d'une amélioration de la qualité des soins, par le biais de dispositifs portant sur la coordination et l'organisation des soins (cf. infra).

En annexe 3, est joint le sommaire détaillé de deux gros classeurs, qui constituent le dossier d'accueil des nouveaux médecins conventionnés : il permet d'apprécier en partie la nature des obligations s'imposant aux praticiens.

### **3.6.3 La formation continue**

La formation continue est une exigence éthique, pour laquelle le code de déontologie fixe un certain nombre de repères : le médecin est tenu de renouveler son savoir médical, les méthodes appropriées sont la participation à des programmes spécifiques (congrès, séminaires, colloques...). Néanmoins, le suivi et le respect des règles posées n'est pas contrôlé.

Le NAV a indiqué à la mission que la formation continue n'était pas obligatoire, qu'elle était souvent organisée par l'industrie pharmaceutique et que les médecins étaient opposés à toute obligation en la matière.

Un rapport récent prône la formation continue obligatoire, assortie d'une recertification régulière.

Les lignes directrices posées par l'union fédérale des médecins prévoient les cercles de qualité et posent des règles en la matière : le volontariat constitue un élément fondamental, le travail effectué dans les cercles de qualité relève de la seule responsabilité des participants. La création et l'aide aux cercles de qualité de médecins relèvent des missions des unions locales, qui précisent le cadre organisationnel, les obligations formelles mais pas le contenu.

Pour que le travail au sein des cercles soit en lien avec les expériences professionnelles et les objectifs, un modérateur formé, possédant des connaissances en matière d'assurance qualité, de travail de groupe et de cercles de qualité, est supposé être nommé. Le cercle de qualité représente donc une assemblée volontaire de médecins qui examine de façon critique leurs propres pratiques dans une discussion d'égal à égal avec l'aide d'un modérateur. Les médecins discutent de propositions d'amélioration et tentent de modifier leur comportement en conséquence.

Le site Internet de l'union fédérale présente quelques exemples. Ainsi, l'union locale de Westphalie-Lippe soutient la création de cercles de qualité en formant et en indemnisant les modérateurs et en gérant l'organisation. L'union formule certaines exigences :

- La méthodologie doit respecter les lignes directrices de l'union fédérale
- Le cercle se fixe le choix de ses thèmes
- Le nombre de séances, avec un modérateur, est fixé à 6 par an
- Le modérateur rédige le compte rendu (nombre de participants, thèmes).
- Le cercle relève de la commission assurance qualité quant à son contenu.

A côté des cercles de qualité généraux, existent aussi des cercles thématiques qui travaillent avec de la documentation structurée et ne traitent que d'un seul thème. Par exemple, le programme « diabète » de l'institut central pour l'offre de soins en matière médicale. Ce programme comporte tant des éléments de formation continue que de travaux sous forme de cercles de qualité.

Dans les dernières années, le nombre de cercles de qualité sur le territoire fédéral a augmenté régulièrement. L'Ecole supérieure de médecine de Hanovre évaluait que, en 1996, il existait 1.633 cercles, 19.116 participants sur 112.158 médecins soit 17%, avec de fortes différences selon les zones géographiques (1% à Berlin et 52% à Trêves).

La procédure des « entretiens scientifiques » est seulement évoquée pour mémoire, car largement liée à la procédure d'autorisation d'exercer (capacité professionnelle, acquise définitivement) certaines activités (secteur du laboratoire).

### **3.7 Coordination et organisation du système de soins**

De nombreuses formules sont prévues dans les lois pour améliorer la coordination des soins ou proposer de nouveaux modèles d'organisation. Malgré quelques exemples, dans ce secteur peut être perçu un certain décalage entre les possibilités offertes par la loi et les réalisations de terrain.

#### **3.7.1 La coordination des soins**

Une des réformes Seehofer avait prévu une meilleure coordination des soins stationnaires et ambulatoires, notamment en facilitant le passage des patients d'un secteur à l'autre. Ainsi, les traitements post-opératoires peuvent être réalisés par un médecin hospitalier en milieu ambulatoire, mais pour une durée limitée afin de ne pas léser les intérêts des médecins de ville.

La loi 2000 a prévu les contrats de soins intégrés, qui devraient permettre une meilleure collaboration entre l'hôpital et la médecine de ville. L'union de Rhénanie indique que le dispositif prévu par la loi est tellement compliqué qu'il n'a pu être mis en œuvre. Ce système consiste notamment à soustraire du budget global des unions les dépenses relatives aux contrats intégrés (ce qui diminue notamment l'enveloppe des honoraires).

Les interlocuteurs de l'union de Rhénanie du Nord indiquent que, de façon générale, la coopération entre les secteurs ambulatoire et hospitalier demeure un gros problème et repose essentiellement sur une base volontaire. La raison réside, selon eux, dans l'existence de budgets séparés pour chacun des secteurs.

Le renforcement du rôle du médecin de famille, qui a régulièrement décliné, est une autre piste évoquée pour éviter examens et soins superflus.

Quant aux cabinets en réseau, ils ont pour objectif de réduire les coûts d'hospitalisation et de prescription en contrepartie d'une très grande qualité de soins et de la mise en place d'un très bon service d'urgence. Environ 30 à 40 contrats ont été

signés en Allemagne, mais ils ont tous périclité. La principale raison avancée par l'union de Rhénanie est que les réseaux ne parvenaient pas à se rémunérer plus fortement en diminuant les coûts des médicaments et des hospitalisations. Ce qui prouverait, pour l'union, que les médecins n'envoient pas les malades de façon injustifiée à l'hôpital, prescrivent correctement et qu'il n'y a donc pas de marges de manœuvre.

### **3.7.2 Les formes spécifiques de contrats**

De nouveaux modèles d'organisation sont proposés aux médecins libéraux. Même si les formes juridiques diffèrent, les différents types de contrats ont tous pour objectif l'amélioration de la qualité des soins, et peuvent prévoir de nouveaux modes de rémunération pour les médecins. Ils prévoient aussi un suivi et une évaluation scientifiques.

Les contrats de structures sont conclus entre les caisses et les unions de médecins. Ils peuvent porter sur des projets de longue durée. Des formes nouvelles de rémunération peuvent être décidées. Ils reposent sur le principe du volontariat. Les exemples recueillis portent sur le diabète et la médecine environnementale (cf. infra, dans la mise en œuvre des outils en Rhénanie du Nord). Dans d'autres Länder, des contrats de structure portent sur la prise en charge du Sida, les thérapies anti-douleur, la cataracte, l'oncologie, les opérations en ambulatoire...

Les projets expérimentaux permettent aux caisses de contracter avec des prestataires de soins, médecins conventionnés particuliers ou groupe de médecins conventionnés, sans obligation de conclure avec l'union de médecins. L'autre principale différence avec les contrats de structures est la durée, limitée à 8 ans.

Les budgets combinés (loi 2000) sont un des éléments des contrats intégrés. Ils ont pour objectif de responsabiliser les médecins de ville sur leurs honoraires et leurs prescriptions d'hospitalisation. Ces médecins disposent d'un budget. Leur intérêt financier est de prescrire le moins possible. Le système est inspiré d'expériences faites aux Etats-Unis, qui, selon les Allemands, auraient fait faillite. Les unions de médecins y sont très opposées, car elles estiment que le médecin n'agit plus qu'en fonction de considérations économiques. Il ne semble pas y avoir d'exemple de mise en œuvre pratique.

Le NAV a signalé quelques expériences novatrices en cours : des tentatives de regroupement, comme à Nuremberg le début de constitution d'un réseau de 130 médecins ; des expériences sur le diabète ou pour éviter l'accès direct à l'hôpital et l'hospitalisation : les médecins ont l'obligation de participer à un cabinet d'urgence (garde) ; à Munich, il y a installation de cabinets d'urgence au sein de l'hôpital.

Sur un plan général, le NAV estime que si quelques unions de médecins avaient des idées novatrices, elles étaient cependant dans l'ensemble plutôt sclérosées, et il lui paraît difficile de réformer le système actuel.

## Quatrième chapitre - La mise en œuvre des outils de régulation en Rhénanie du Nord

### 4.1 La Rhénanie du Nord et l'Union de médecins de caisse

#### 4.1.1 La circonscription de Rhénanie du Nord

La Rhénanie du Nord est une des deux circonscriptions du Land de Rhénanie-Westphalie, pour ce qui concerne la médecine ambulatoire. Il y a donc deux unions de médecins conventionnés dans le Land, chacune ayant sa propre circonscription. L'union de Rhénanie du Nord recouvre les régions administratives de Cologne et de Düsseldorf.

En 2001, la Rhénanie du Nord comptait plus de 16.800 médecins conventionnés et psychothérapeutes (non médecins, mais relevant des unions) habilités à effectuer des soins ambulatoires auprès des 9,5 millions de personnes de la circonscription.

Plus précisément, au 30 septembre 2001, sur les 15.052 médecins conventionnés (et 1.854 psychothérapeutes), 3.943 étaient généralistes, soit un taux de 26%, 2.615 internistes (17,3%), 739 pédiatres (4,9%), 1.364 gynécologues (9%).

#### 4.1.2 L'union des médecins conventionnés de Rhénanie du Nord

##### 4.1.2.1 Organisation générale de l'union

Les décisions de l'union sont prises par l'assemblée générale des médecins (*Vertreterversammlung*), qui compte 151 délégués, dont 56 médecins de famille, 56 spécialistes, 9 psychothérapeutes et 30 membres divers. Le bureau élu (*Vorstand*) de 19 médecins assure la gestion.

La direction administrative (*Hauptstelle*) de l'union compte au niveau du siège, à Düsseldorf, 175 personnes et, dans ses services déconcentrés, plus de 800 personnes. Les services déconcentrés sont les 7 *Bezirkstelle* et les 27 *Kreis*. Au total, l'union compte donc un millier de salariés. Cela représente environ 1 salarié pour 16 professionnels libéraux conventionnés (médecins et psychothérapeutes), ce qui peut donner une idée de l'importance de la structure.

C'est au niveau du *Bezirkstelle* que siègent les commissions de contrôle, composées de 4 représentants des médecins et des caisses, qui vérifient l'« économicité » de l'activité des médecins sous deux formes : contrôle des actes et des prescriptions. Au niveau local du *Kreis*, l'union a un correspondant médecin, en exercice dans son cabinet. La tutelle de l'union est exercée par le ministère de la santé du Land, qui trouve l'organisation actuelle trop lourde : l'assemblée des délégués va réduire le nombre de *Bezirkstelle* de 7 à 2 en 2004, les effectifs devraient être réduits. Cela va modifier la problématique de la fonction coordination du contrôle. Les correspondants locaux (*Kreis*) seront cependant maintenus.

Les fonctions respectives du siège de l'union régionale et des *Bezirkstelle* sont les suivantes:

- le siège négocie avec les caisses les enveloppes au niveau du Land, sur les marges de manœuvre restantes après fixation des normes fédérales (+ 1,6% en 2001 pour les honoraires). Une des raisons pour lesquelles le gouvernement fédéral s'est investi dans le sujet était la disparité entre les Länder. Avant la fixation des normes fédérales, tout se négociait au niveau du Land. Malgré l'existence, dorénavant, de normes fédérales, l'union estime qu'il est cependant encore cohérent de discuter au niveau du Land. Le siège de l'union régionale s'occupe donc de ces négociations d'enveloppes avec les caisses, de la négociation des divers types de contrats pouvant donner lieu à la mise en place de crédits spécifiques (cf. l'exemple du diabète infra), des modalités du contrôle, de la planification de l'installation des médecins conventionnés, du calcul de la valeur du point.

- La mise en œuvre des décisions arrêtées est faite dans les *Bezirkstelle*.

L'instance dirigeante du *Bezirk* est le bureau des médecins élus (*Verwaltungsrat*). Ce sont des médecins en exercice, la majorité travaillant en ambulatoire. Il y a un collège de membres ordinaires - des médecins libéraux installés élus par leurs pairs - et des membres extraordinaires - médecins salariés en hôpital, ex-médecins installés. Le *Bezirk* est dirigé par un directeur administratif. C'est au niveau de l'administration interne de chaque *Bezirk* qu'est notamment effectué le calcul des honoraires des médecins.

Les médecins du bureau du *Bezirkstelle* ne sont pas forcément ceux qui forment le bureau du siège de l'union régionale. Le système d'élections est assez compliqué : deux élections ont lieu en même temps, l'une au niveau du *Kreis* (pour les bureaux des *Bezirk*), l'autre au niveau du Land (pour le bureau de l'union régionale). Les dernières élections datent de novembre 2000, les prochaines auront lieu en novembre 2004.

#### 4.1.2.2 Les personnels chargés du contrôle d'"économicité"

Le département contrôle est indépendant de l'union ; c'est une instance paritaire, à laquelle participent les caisses, mais sa direction fait partie de l'union des médecins.

Au niveau du siège, il n'est pas effectué de contrôle direct sur les médecins. Le service contrôle du siège compte 5 personnes (1 médecin, 1 pharmacien, les secrétaires) : ce service a un rôle de proposition à la direction et au bureau en matière de contrôle, et en matière d'assurance qualité du contrôle, notamment en vérifiant que les différentes commissions des *Bezirkstelle* travaillent de la même façon.

C'est au niveau du *Bezirkstelle* que s'effectue le contrôle, à partir des documents permettant le paiement des honoraires. A Cologne, dont dépendent 5.000 médecins libéraux, 23 administratifs préparent le travail de la commission de contrôle. A Düsseldorf, l'équipe comprend 13 personnes ; à Wuppertal, *Bezirk* le plus petit qui couvre 900 médecins, 2 personnes préparent les éléments pour le contrôle.

En 1986, l'union régionale des médecins de Rhénanie du Nord avait environ 15 médecins conseils salariés. A la fin de l'année 2001, il n'y avait plus que 5 médecins conseils salariés, sous contrat à durée indéterminée, le recrutement de deux nouveaux

médecins étant cependant prévus en 2002. En outre, trois anciens médecins conventionnés travaillent sur une base horaire pour l'union. Les commissions de contrôle peuvent, en outre, charger des médecins conventionnés en exercice de fonctions de contrôle ou de conseil : cette activité est facturée 75 DM /heure (37 euros). Enfin, d'anciens médecins installés peuvent également travailler de façon bénévole pour l'union.

A l'époque où l'interlocuteur de la mission, médecin conseil de l'union, chef du service contrôle a été engagé, en 1986, le niveau de rémunération était attractif à l'union. Sa rémunération actuelle est équivalente à celle d'un médecin de ville généraliste. Il estime qu'il n'y a pas de problème, pour les médecins conseils salariés, sur le plan de la rémunération.

Son cursus est assez représentatif de celui des médecins conseils en exercice : il avait alors 39 ans et avait un cabinet de généraliste, donc une expérience professionnelle. Il estime que cette expérience constitue un atout, tant pour l'exercice du contrôle que du point de vue de l'image vis à vis de ses confrères en exercice libéral.

L'union régionale veut aujourd'hui embaucher de nouveaux médecins conseils, qui vont être payés comme des agents publics, soit environ 80 à 100.000 DM par an<sup>22</sup> ; ce niveau est estimé peu attractif par le médecin chef du service contrôle, par rapport aux rémunérations des médecins hospitaliers et de la fonction publique.

Sur un plan plus général, les informations recueillies auprès des médecins conseils salariés de l'union de Rhénanie sur les pratiques de cette union sont corroborées par les remarques des syndicats rencontrés : les médecins exerçant le contrôle en Allemagne ne sont pas la plupart du temps des salariés des unions mais des médecins en exercice libéral qui participent au contrôle de façon bénévole. Ils sont indemnisés pour ce travail.

Ils émanent du corps médical, ils sont considérés comme faisant le maximum pour contrôler de façon objective. La motivation des médecins libéraux participant au contrôle est généralement la suivante : ce sont souvent des médecins assez engagés qui souhaitent que les médecins soient jugés de façon correcte. Un autre motif moins avouable est cependant signalé : participer à la punition des confrères qui abusent.

L'exercice de fonctions de contrôle et de conseil ne pose pas de problèmes de principe aux médecins conseils de l'union. Ils estiment que le fondement de ces activités est identique : la compétence médicale, administrative et humaine, gage d'acceptabilité par les praticiens. Les médecins conseils de l'union sont soumis à l'obligation déontologique de formation continue, applicable à toute la profession. Elle est peu mise en pratique.

---

<sup>22</sup> Soit environ 42.000 à 53.400 euros par an (soit 275.000 à 350.000 francs par an).

A titre de comparaison, cas du médecin orthopédiste ci-dessous : pour le trimestre examiné, il a 2.569.308 points d'actes. La valeur du point était, fin 2001, pour l'union, de 9,2 pfennigs. Dans l'hypothèse d'une valeur du point identique sur l'année, cela donne un CA annuel de l'ordre de 485.000 euros. Après déduction des charges du cabinet (de l'ordre de 60% du CA), le revenu du médecin orthopédiste serait de l'ordre de 194.000 euros (1.272.000 F). Le même calcul pour son groupe de référence donne un revenu moyen annuel de 84.000 euros (1.020.000 F).



Enfin, l'union possède une cellule assurance-qualité (cf. supra), qui vérifie le respect des règles légales et conventionnelles, notamment lors de l'installation.

Les frais de fonctionnement de l'union de Rhénanie du Nord sont couverts par les cotisations des médecins. Celles-ci s'élèvent à 2,8% pour les facturations conventionnelles et 2,3% pour les facturations sous forme de disquettes.

#### **4.1.3 *Autres intervenants en matière de contrôle***

Au niveau fédéral des caisses d'assurance-maladie légale, il n'existe pas de service de contrôle, celui-ci étant au niveau des caisses dans les Länder.

##### *4.1.3.1 Le « service médical » des caisses, pour mémoire*

Au niveau de chaque Land, les caisses d'assurance maladie disposent d'un service médical commun à l'ensemble des caisses. Ce service est administré par un conseil d'administration composé des représentants des caisses.

Les principales caractéristiques de ce service sont mentionnées pour mémoire car ses attributions, si elles portent sur des dossiers transmis par les médecins conventionnés, n'ont pas directement pour objet les honoraires et les prescriptions, retenus dans le champ de la mission. Elles correspondent, pour partie, à celles des services médicaux des régimes français (avis individuel sur prestations, expertise en santé publique), dont les attributions sont globalement plus larges et recouvrent celles attribuées à plusieurs services en Allemagne.

Le service médical vérifie les demandes d'incapacités de travail, de prestation autonomie, de remboursement de prestations non incluses dans le panier de soins. Il a un rôle de conseil aux caisses sur ces points et participe à ce titre aux discussions de la commission fédérale. Néanmoins, il n'effectue pas de contrôle direct ; il n'intervient qu'à la demande des caisses, il ne formule que des avis, la caisse ayant le pouvoir de décision. Il s'agit d'un contrôle indirect. Le service est en fait davantage tourné vers les assurés que vers les médecins.

Les médecins du service médical sont salariés ; ils sont recrutés parmi les médecins installés ou hospitaliers. En raison des quotas à l'installation, ce sont souvent aussi maintenant des médecins qui n'ont pu s'installer. Aucune exigence particulière n'est formulée en matière de qualification. Le niveau fédéral des caisses AOK et AEK se déclare globalement plutôt satisfait de ce service médical.

##### *4.1.3.2 Le service des caisses chargé du contrôle des prescriptions*

Le contrôle des prescriptions est effectué d'abord par du personnel administratif (cf. première phase, administrative, sur les aspects quantitatifs) puis par les pharmaciens de la caisse. Ce contrôle peut déboucher sur la saisine de la commission paritaire dans le cadre du contrôle d'économicité.

Les services dédiés au contrôle dans les caisses sont, de l'avis même des responsables rencontrés au niveau fédéral, très « sous-développés » : ils estiment les effectifs à environ 60 à 70 personnes pour toute l'Allemagne.

Des débats sont en cours sur le coût de gestion des caisses, qui est actuellement de l'ordre de 5%. Les caisses ne veulent pas augmenter leurs frais de gestion. Les services de contrôle ne vont vraisemblablement donc pas être renforcés.

#### **4.1.4 La transmission de l'information**

Le circuit de transmission des informations entre les partenaires (cf. schéma n°5) est ancien et bien rôdé, puisque sa fonction est d'abord la rémunération des médecins. Il est largement informatisé au niveau des professionnels de santé. Ainsi, à l'union de Rhénanie du Nord, 70 à 80% des supports (feuilles de soins) adressés par les médecins sont des disquettes. Un médecin non informatisé est considéré par l'union comme « vivant dangereusement ». Il n'a aucune visibilité sur ce qu'il fait. Or le principe d'économicité repose sur le principe qu'est économique ce que fait la moyenne.

A la fin de chaque trimestre, le médecin de caisse envoie à son union de médecins toutes ses feuilles de soins. Le service comptable de l'union saisit certaines des informations à caractère administratif et médical i.e. le code des actes médicaux : elles permettent, outre le paiement au médecin des honoraires du trimestre, l'établissement de 4 tableaux trimestriels d'analyse statistique envoyés aux divers partenaires : l'association régionale des caisses légales, le médecin, le comité de surveillance de l'activité médicale.

Les tableaux statistiques permettent d'établir des moyennes des honoraires demandés par acte médical (pour chaque type d'acte et pour l'ensemble des actes) et de déceler les écarts entre chaque médecin et l'ensemble des médecins.

Il en est de même pour les feuilles d'ordonnance (médicaments, kiné, arrêts de travail, prescriptions d'hospitalisation), transmises aux caisses maladie. Elles permettent l'établissement, dans un délai de 4 mois de tableaux statistiques donnant, pour chaque médecin, des moyennes (coût moyen des prescriptions de médicaments et des prestations de kiné, mise en évidence des écarts par rapport à la moyenne des médecins).

Les données sur les arrêts de travail et l'hospitalisation ne sont pas contrôlées.

Certains auteurs signalent l'existence de logiciels, proposés par le marché aux médecins, permettant de maximiser les consultations, au regard des normes à ne pas dépasser.

#### **4.1.5 La visite d'un cabinet libéral**

##### *4.1.5.1 Le cabinet, les personnels*

La mission a eu l'occasion de visiter un cabinet libéral à Düsseldorf, l'un des médecins propriétaire étant membre du bureau de l'union des médecins.

Il s'agit d'un cabinet de médecine générale, « moyen », considéré comme vétuste par le médecin-conseil de l'union pour ses installations et équipements médicaux. Le cabinet est situé au 1<sup>er</sup> étage, sans ascenseur, d'un petit immeuble, proche du centre de Düsseldorf. Au rez-de-chaussée de l'immeuble est installée une pharmacie. Le médecin-conseil de l'union n'exclut pas des liens privilégiés entre la pharmacie et le cabinet, ce qui est assez courant. Il en va de même avec un laboratoire d'analyses médicales situé ailleurs en ville, auquel participent 300 médecins et dont le « patron » du cabinet médical visité est le chef.

Le cabinet appartient à deux médecins, le « patron », installé depuis 30 ans et sa collègue, environ 10 ans d'exercice. Le cabinet emploie en tout 3 personnes salariées, la médecin assistante et 2 secrétaires.

Les secrétaires, assistantes médicales, assument à la fois les fonctions d'accueil, secrétariat, et les prises de sang.

##### *4.1.5.2 Les équipements médicaux*

La surface du cabinet est de 250 m<sup>2</sup>. Outre le bureau d'accueil des secrétaires et la salle d'attente, un panneau dans l'entrée permet de s'orienter et indique les diverses pièces et leur destination :

- physiothérapie et ultra-violet
- poumons
- électrocardiogramme d'effort
- troubles de la circulation sanguine
- doppler
- échographie
- injections
- prises de sang, bandages

Dans chaque pièce, se trouvent les équipements médicaux nécessaires à la réalisation des actes correspondants (appareil radio pour les poumons, échographe, électrocardiographe...).

##### *4.1.5.3 Les équipements bureautiques et informatiques*

Le patient présente sa carte d'assuré social à la secrétaire. La carte est lue par une machine dédiée, dont les cabinets sont obligatoirement équipés, reliée à l'ordinateur. Les cabinets ont bénéficié d'un financement de 100 euros (655 francs) pour l'achat de cette machine obligatoire. Les autres équipements informatiques des cabinets ne bénéficient pas d'aides.

La lecture de la carte permet d'accéder au dossier informatisé du patient qui contient des informations administratives et médicales (visites antérieures, diagnostics, pathologies, prescriptions faites par les médecins du cabinet), utilisées en interne par le cabinet.

Certaines des informations sont destinées à l'union des médecins pour le paiement des honoraires. En outre, le dossier informatisé du patient et les logiciels vont permettre au cabinet des utilisations à caractère bureautique et médical.

Les utilisations bureautiques sont par exemple l'édition automatisée d'un bordereau papier pour le spécialiste auquel le patient est adressé, avec indications de la pathologie codée et des médicaments prescrits par le généraliste, document qui se substitue donc à la traditionnelle lettre du généraliste. La secrétaire peut également préparer le renouvellement d'une ordonnance, qu'elle présente à la signature du médecin. L'outil permet, dans des conditions très cadrées, la transmission de données au laboratoire d'analyses auxquels les patients sont adressés et avec lequel le cabinet est en réseau (pour cette transmission, pas de données médicales, anonymat et affectation d'un numéro au patient).

Les données médicales sont uniquement celles connues du cabinet, ne contiennent que ce qui y a été réalisé ou ce qu'a indiqué le patient. Elles sont d'un usage exclusivement interne au cabinet et ne sont transmises à aucun autre médecin ou structure (sauf le laboratoire dans les conditions indiquées).

Le cabinet s'est doté d'un logiciel informatique, privé, agréé, acheté dans une foire internationale : c'est une sorte de dictionnaire Vidal informatisé. Il contient des informations à caractère médical : liste des médicaments, composition, molécule, indication, pathologie... Il contient également des informations sur les prix : le médecin, compte tenu de la molécule qu'il souhaite donner, peut comparer les prix et conditionnements des différents médicaments existants, repérer l'existence de génériques... Ainsi, le médecin souhaite donner un médicament anti-ulcéreux dont le coût est 74 DM (Antra). Le logiciel permet de repérer le générique, Omeprazol, à 46 DM, soit 40% moins cher, qu'il va donc finalement choisir. Le médecin indique que l'enveloppe de médicaments par cabinet sera une forte incitation à la prescription de génériques.

#### *4.1.5.4 Observations des médecins*

Le patron du cabinet estime que le système du point flottant est une catastrophe, et est inacceptable : aucune autre profession n'accepterait ce type de dispositif, avec lequel on ne sait pas combien on va gagner, qui n'apporte donc aucune sécurité.

Il ne peut encore se prononcer sur la récente réforme en matière de médicament (budget par cabinet). La suppression des sanctions collectives est estimée positive : elles étaient injustes puisque même les médecins qui ne prescrivaient jamais (les médecins légistes constituent l'exemple préféré des médecins libéraux) étaient redevables ; il estime qu'en cas de recours devant la cour de justice européenne, les médecins auraient gagné.

Pour contenir les dépenses de santé, il prône la suppression du tiers payant pour la consultation. Il estime que le niveau de soins est élevé et ne voit pas très bien ce qui peut être amélioré sur le plan de la qualité. En matière d'organisation du système de soins, tout ce qui peut être fait de façon ambulatoire l'est déjà, l'hôpital coûtant plus cher.

Le chiffre d'affaires du cabinet est de l'ordre de 300.000 euros par an, avec tous les clients. La part des clients de l'assurance légale est d'environ 85%. Le médecin conseil de l'union estime qu'il a au moins 50% de charges fixes et évalue à environ 150.000 euros le revenu pour les deux médecins, avant impôt personnel, assurances médicale, civile, vieillesse...

## 4.2 Les outils

Certains outils de régulation ne nécessitent pas de déclinaison spécifique au niveau des Länder, et sont applicables immédiatement, comme la valeur du ticket modérateur sur les médicaments, le prix de référence du médicament, la nomenclature... D'autres outils ne font pas l'objet de déclinaisons très spécifiques ou innovantes, comme les actions en direction des assurés.

Cette partie a principalement pour objet de présenter, pour les outils renvoyant aux partenaires locaux les modalités pratiques de mise en œuvre, quelques exemples concrets relevés en Rhénanie du Nord.

### 4.2.1 *La limitation à l'installation des médecins*

L'une des missions essentielles de l'union régionale des médecins conventionnés est de gérer l'installation des médecins, en évitant le sur et le sous-peuplement, par discipline et par secteur géographique. Les règles générales sont fixées par la commission fédérale des médecins et des caisses, qui édicte des lignes directrices opposables (notamment ratio nombre de médecins par spécialité/population selon la densité démographique des régions, par exemple un urologue pour 26.641 habitants pour une ville comme Cologne).

Quand le ratio prévu est dépassé de 10% dans un secteur donné pour une spécialité donnée, l'autorisation d'installation de nouveaux médecins n'est plus accordée ; les vérifications par secteur et par spécialité sont effectuées quatre fois par an par l'union de Rhénanie du Nord.

Début 2002, les spécialités qui font l'objet d'une limitation à l'installation en Rhénanie du Nord sont les suivantes : anesthésie, ophtalmologie, chirurgie, médecine interne, gynécologie, ORL, dermatologie, pédiatrie, neurologie, orthopédie, psychothérapie médicale, radiologie, urologie et médecine de famille. Celles qui ne sont pas du tout limitées sont notamment la neurochirurgie, la psychologie.

La spécialité qui connaît la limitation d'installation la moins importante est celle des médecins de famille (3.926 médecins généralistes en Rhénanie du Nord) : sur 27 secteurs, 7 sont fermés à l'installation, 20 sont ouverts dont 7 pour lesquels il n'existe aucune limitation, les 13 autres secteurs ouverts étant limités en nombre d'installation.

Par exemple, la ville de Düsseldorf est un secteur ouvert, mais à 9 installations seulement ; aucune limite n'est fixée dans le secteur de Wuppertal ; quant au secteur d'Essen, il est fermé.

Début 2002, un seul nouveau pédiatre (pour 744 pédiatres en Rhénanie du Nord) peut s'installer dans toute la circonscription de Rhénanie du Nord, dans le secteur de Remscheid, les 26 autres secteurs étant fermés.

Trois spécialités connaissent une surpopulation telle dans tous les secteurs de Rhénanie du Nord qu'aucune installation n'est possible début 2002. Il s'agit de la chirurgie (684 praticiens en Rhénanie du Nord), de la dermatologie (420) et de l'urologie (365).

#### **4.2.2 Les honoraires**

##### *4.2.2.1 Effets de l'enveloppe et du point flottant et mécanismes correcteurs*

L'union des médecins de Rhénanie du Nord avait, en 2001, une enveloppe de 5 milliards de DM pour les honoraires, ce qui représente en moyenne 167.770 euros par médecin (soit 1.100.000 F).

La valeur du point est fixée à la fin de chaque trimestre, puisqu'elle varie selon l'activité de l'ensemble de la profession. Le point flottant semble avoir beaucoup oscillé, passant de 10 pfennigs à l'origine à 5 pfennigs à certaines périodes, puis se rapprochant de 10. L'union estime cependant que globalement le revenu des médecins n'a pas sensiblement baissé, les médecins ayant multiplié les consultations et surtout les actes annexes pour maintenir leur niveau de vie.

Néanmoins, pour éviter la chute libre du point et améliorer le règlement des problèmes de répartition de l'enveloppe, l'union régionale a mis en place en 1999 un dispositif fixant un nombre de points maximum autorisé par cabinet (quota). Si un cabinet dépasse ce niveau d'activité, ses points ne lui sont pas payés. Ce dispositif permet de garantir un revenu aux médecins. Comme les médecins s'organisent entre eux pour se répartir l'argent, chaque médecin a intérêt à ce que ses confrères jouent le jeu. Cela est une explication au fait que le contrôle est un besoin ressenti par les médecins.

Un effet du dispositif d'enveloppe a été la fermeture des cabinets quand ils ont atteint leur plafond, à peu près tous en même temps. Une coordination s'est donc avérée nécessaire, ce d'autant qu'une des missions premières des unions, fixée par la loi, est de garantir l'accès aux soins et qu'elles peuvent être poursuivies pour manquement à cette obligation. C'est d'ailleurs un des prétextes utilisés par les caisses pour vouloir contracter directement avec les médecins. A la suite de plaintes de patients, au ministère ou dans la presse, l'union a donc décidé de réagir et a assigné au *Kreistelle* le rôle de coordonner les médecins pour assurer l'accès aux soins : les médecins doivent s'organiser entre eux, informer le *Kreis* de leurs dates de congés. C'est au niveau de chaque *Kreis* d'apprécier les critères d'accessibilité aux soins ; en tout état de cause, tout assuré doit pouvoir avoir accès immédiatement à un médecin.

#### 4.2.2.2 *Les statistiques d'activité, supports du déclenchement du contrôle : exemple*

Le contrôle économique de l'union a d'abord pour objectif de vérifier que la facturation est exacte. La première étape du contrôle sur les documents adressés par le médecin (*Handlungs ausweis* : justificatif des actes) est un contrôle matériel, qui porte sur la réalité des actes : contrôle des erreurs éventuelles, vérification matérielle des factures. Quand les corrections ont été faites, l'union édite le compte-rendu d'activité ou calcul des honoraires (*Abrechnung*). Le contrôle d'économicité et le contrôle de plausibilité interviennent alors.

Autrefois, les statistiques d'activité étaient faites au niveau de chaque *Bezirk*. Maintenant, la base géographique de chaque groupe est toute la circonscription de Rhénanie du Nord.

Les documents sur l'activité des médecins qu'édite et utilise l'union régionale, pour régler les honoraires puis lancer les contrôles, sont normalisés au niveau de sa circonscription. La lecture en est complexe, en raison des codages internes à l'union.

L'examen, avec l'aide de l'union, d'un document (*Frequenztabelle Vergleichsgruppe*) concernant l'activité d'un médecin orthopédiste donné, contient les informations suivantes :

- indication du quota des points alloués au médecin (nouvelle rubrique, suite à la décision de fixer un plafond par cabinet) ;
- indication du sous-groupe auquel appartient le médecin, en fonction des actes qu'il est habilité à faire et des équipements dont il dispose ;
- indicateurs relatifs à l'activité générale du médecin :
  - codes des actes effectués (exemple : 214, attelle ; 301, ponction) : chaque acte effectué est décrit et le nombre des points imputables à chaque acte est indiqué.
  - décomposition des visites selon : curatif, dépistage, femmes enceintes, enfants. Dans l'exemple, le médecin orthopédiste a vu dans le trimestre 785 patients et 1 enfant.
  - nombre de patients selon leur catégorie (retraités...)
  - nombre de visites en dehors de la première visite, pendant le trimestre (la première visite fait l'objet d'une tarification spéciale).
  - total des visites dans le trimestre. Pour l'orthopédiste : 743 premières visites et 2.499 autres visites.
  - nombre d'assurés venus pour autre chose qu'une consultation (pas d'actes effectués) : 52
- indicateurs relatifs aux actes effectués :
  - % de cet acte fait par patient
  - moyenne du groupe à laquelle on compare l'activité du praticien
  - écart à la moyenne. Dans le cas de l'orthopédiste : 307,46%. Il a donc posé 4 fois plus d'attelles que ses confrères et va devoir se justifier.

Dans un autre document, *Gesamtübersicht vor Prüfung*, il est constaté que ce médecin orthopédiste a 2.569.308 points au total et une moyenne de 3.439 points par patient. Les médecins de son groupe ont, en moyenne, vu davantage de patients (1.305), avec une moyenne individuelle de points inférieure par patient (1.561 points). Le

médecin orthopédiste a donc été très productif, de son point de vue, puisqu'il a vu peu de patients et a facturé beaucoup. Il a un écart de 1.878 points avec la moyenne de son groupe, soit 120%.

Un contrôle effectif sur le médecin ne sera lancé que si une demande est formulée en ce sens.

#### 4.2.2.3 Suites du contrôle

Au niveau des *Bezirkstelle* de Rhénanie du Nord, 2-3 personnes (administratifs des unions et des caisses, conjointement) procèdent à un premier tri - manuel - des feuilles d'activité issues de l'informatique indiquant des dépassements, puis sortent les dossiers pour la hiérarchie. Il est alors décidé, par accord entre l'union et la caisse, quels médecins feront l'objet d'un contrôle. Un formulaire, pour lancer le contrôle, est transmis à la commission paritaire.

Les écarts à la moyenne susceptibles d'entraîner le déclenchement du contrôle sont fixés au niveau local, par convention entre caisses et unions de médecins. En Rhénanie du Nord, les écarts retenus sont les suivants (non cumulatifs, i.e. le dépassement d'un seul des seuils peut déclencher le contrôle) :

- sur la totalité des honoraires : + 30%
- par type d'actes : + 50%
- par acte individuel : + 100%

Environ 9% à 10% des médecins de la circonscription sont contrôlés par an. En revanche les contrôles aléatoires, par sondage, ne sont pas effectués, les effectifs étant insuffisants. Dans la pratique, il est, pour le moment, impossible de contrôler tous ceux qui dépassent les pourcentages déclencheurs du contrôle en Rhénanie du Nord en raison des effectifs et de la pression au niveau des délais.

Le médecin doit en effet recevoir rapidement des indications sur ce qu'il va gagner et savoir s'il fait l'objet d'un contrôle. Il est informé de ce qu'il doit gagner entre le 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> mois du trimestre suivant le trimestre à payer ; en attendant la clôture de son dossier, il doit recevoir des acomptes. La régularisation de ce qui lui est dû doit intervenir à la fin du trimestre suivant le trimestre à payer.

Compte tenu de l'impossibilité de contrôler tous les dépassements d'honoraires, le médecin conseil indique que les contrôleurs administratifs font souvent intervenir leur subjectivité et se focalisent sur des médecins déjà connus.

Le tableau ci-dessous rend compte de l'activité de contrôle de l'union de Rhénanie du Nord en 2001.



**Tableau n°6 : statistiques annuelles de la commission des plaintes**

<b>Commission des plaintes : statistiques annuelles 2001</b>	<b>Nombre</b>	<b>%</b>
Cabinets conventionnés	14 568	100%
Procédures ouvertes au 01-01-2001 (stock début d'année)	1 308	8,98%
Procédures ouvertes en 2001	1 328	9,12%
Procédures terminées en 2001 :	1 114	7,65%
- décisions (% : par rapport aux procédures terminées)	615	55,21%
- comparaisons (id)	166	14,90%
- autres correspondances (id)	233	20,92%
Procédures ouvertes au 31-12-2001 (stock fin d'année)	1 522	10,45%
Saisines des tribunaux :	59	0,40%
- plaintes des médecins	54	
- plaintes des caisses	5	
- plaintes de l'union des médecins	-	
Résultats des saisines :	59	
- annulation de la décision par la commission des plaintes	3	
- plainte non fondée	23	
- plainte retirée par le plaignant	10	
- plainte traitée par le tribunal	21	
- report	2	

#### **4.2.3 Les prescriptions**

Le budget 2002 de la Rhénanie du Nord pour les prescriptions est de 2,22 milliards d'euros. Rapporté au nombre de médecins de la circonscription, la moyenne des budgets individuels par cabinet est de l'ordre de 150.000 euros (près de 1 MF).

L'union et les caisses ont réussi, non sans difficultés, à mettre en place les normes quantitatives de médicaments. L'union a aussi démarré plusieurs projets avec les caisses qui assureront un conseil individuel auprès de chaque médecin qui dépense beaucoup en prescriptions.

#### **4.2.4 Coordination et organisation des soins ; l'exemple du contrat diabète**

La Rhénanie du Nord indique avoir été la première union à signer une convention-cadre sur le diabète avec les caisses.

Peuvent être parties au contrat diabète les médecins de famille et des spécialistes. Environ 1.400 médecins de famille et 100 spécialistes en Rhénanie du Nord participent à ce contrat de structure (soit environ 10% des médecins libéraux de la circonscription).

Le contrat fixe les obligations réciproques des partenaires :

- Le médecin de famille doit avoir reçu une formation adéquate pour souscrire au contrat. Une obligation de formation s'impose au médecin de famille (1 fois par an) et au spécialiste (2 fois par an). Cette obligation doit être mise en œuvre par la participation obligatoire et commune à des cercles de qualité organisés par les sociétés savantes.
- La signature du contrat avec un médecin est soumise à l'avis d'une commission consultative, composée de 2 médecins généralistes et de 2 médecins spécialistes.

- L'union prend la décision. En cas de non respect par le médecin de ses obligations, la commission peut proposer de retirer l'agrément pour le contrat diabète.
- Des normes quantitatives d'activité s'imposent au spécialiste : il doit prendre en charge au moins 200 diabétiques et au plus 500, par trimestre, dont au moins 50 insulino-dépendants.
  - Des normes qualitatives opposables sont également fixées, relatives au contenu de l'activité médicale à l'égard des patients : le contrat détaille l'examen de base et l'examen spécifique conduits par le médecin de famille, les règles d'envoi à l'ophtalmologiste, les prescriptions régulières de certains examens... ; le médecin de famille ne peut prendre en charge que les diabètes de type II. Dans les cas prévus par le contrat (complications...), il doit renvoyer le patient sur un spécialiste ;
  - Le médecin doit dispenser une formation à ses patients. Le programme comporte 4 unités d'enseignement par patient. La formation peut être dispensée à plusieurs patients en même temps (de 1 à 4).
  - Chaque patient a un carnet de santé qui doit être renseigné tous les trimestres par les médecins (généraliste et spécialiste). Après saisie informatique par le cabinet des données, à caractère administratif et médical, celles-ci doivent être transmises à une société privée à laquelle a été déléguée l'exploitation statistique. Le questionnaire comporte 19 pages. Les médecins ne perçoivent les rémunérations prévues que s'ils ont rempli leurs obligations de saisie d'information.
  - En contrepartie de ces obligations, les caisses ont débloquent des crédits complémentaires permettant des rémunérations spécifiques ; au total, 18 cas tarifaires ont été relevés dans le contrat, par exemple :
    - La formation des patients est rémunérée 50 DM par patient (25 euros, 165 francs). Une rémunération est prévue pour le matériel pédagogique (12,10 DM, 6 euros).
    - Le médecin de famille doit procéder à un examen de base annuel du patient (25 DM, 12,5 euros, 82,2 francs) et un examen trimestriel spécifique (50DM, 25 euros, 164,4 francs). Il reçoit aussi un forfait pour chaque transmission d'un patient à un spécialiste (4 DM) (dans le cadre des normes de bonnes pratiques posées par le contrat).
    - Au niveau du spécialiste, la découverte d'un diabète est rémunérée 800 DM (401 euros, 2.630 francs), la modification substantielle du traitement de la prise en charge d'un patient déjà connu et âgé 1.100 DM (551 euros, 3.617 francs).

Pour les contrats portant sur la médecine environnementale, le médecin doit justifier d'une formation spécifique de 40 heures. L'objectif est de détecter les éventuelles causes environnementales à un problème de santé (allergie...). Le médecin peut faire des prélèvements spécifiques, demander à un expert de se rendre dans l'habitation du patient...La prestation de base est rémunérée 200 DM (100 euros, 657 francs). Elle recouvre, de façon non exhaustive : l'information du patient, le renseignement d'un questionnaire, l'examen clinique du patient... Le déplacement sur le lieu incriminé est rémunéré 200 DM (100 euros, 658 francs) : appréciation des conditions climatiques (température, humidité...), prise de photos, formulaire à remplir...

L'union des médecins de Rhénanie du Nord est très opposée aux dispositifs qui permettent aux caisses de contracter directement avec les médecins. Elle estime que les caisses vont choisir les risques, faire jouer la concurrence entre médecins, et, par la diversité des contrats, perdre toute vision d'ensemble de la prise en charge des populations. Une façon de contenir les coûts est de diviser les médecins. Le risque de signature de contrats individuels est perçu comme important par l'union, les médecins étant mécontents de l'augmentation limitée du budget des honoraires, et pouvant ne pas apprécier le rôle de supervision et de contrôle de l'union en cette période difficile. Il n'y a cependant pas de projets expérimentaux en Rhénanie du Nord dont soit absente l'union des médecins, mais il y en a dans d'autres Länder.

Les résultats des expériences de réseaux de soins menées par l'union sont très mitigés. La seule tentative menée s'appuyant sur les dispositions des procédures prévues par le code social concernait un réseau dont l'objectif était d'économiser sur les prescriptions et les transferts à l'hôpital, en favorisant la coordination entre médecins libéraux et hospitaliers, un service de garde performant, des recommandations pour une prise en charge médicamenteuse rationnelle... (objectif d'économies : 5 millions de DM par an). Le réseau n'a pas pu réaliser cet objectif et la caisse AOK n'a pas souhaité prolonger le contrat.

Les expériences existantes de réseaux - une vingtaine - se font hors du cadre prévu par le code (sans les caisses), et se transforment en associations (exemples : réseau de qualité en matière oncologique à Bonn, réseau pour la médecine environnementale à Wuppertal, 2 réseaux de psychothérapie...). Ces réseaux comptent de 20 à 230 membres. Certains s'ouvrent à des médecins hospitaliers et à des pharmaciens, voire aux patients. Le contenu des activités est variable et varié : création de structures communes d'achats, mise en commun de moyens humains et matériels, création de cercles de qualité, dossier de suivi du patient, organisation d'un service des urgences....

Enfin, l'union a plusieurs projets à l'étude :

- facturation électronique, lettre médicale électronique, recommandations médicales entre médecins, transfert à l'hôpital, dossier du patient, ordonnance électronique. A terme, elle se propose de mettre en place un réseau électronique pour faciliter les contacts entre tous les médecins de l'union, mais doit d'abord résoudre les problèmes déontologiques posés (confidentialité, liberté individuelle...).

Françoise BAS-THERON

**ANNEXES**

<b>Liste des annexes</b>
--------------------------

- Annexe 1      Institutions et personnes rencontrées
- Annexe 2      Bibliographie
- Annexe 3      « Bible » de l'Union régionale des médecins conventionnés de Rhénanie  
du Nord

**Annexe 1**  
**Institutions et personnes rencontrées**

**Ministère fédéral de la santé, Bonn**

Mme Behnsen, chef de bureau

Mme Heller

**Caisses AOK et EKK, niveau fédéral, Bonn**

Dr Manfred Partsch, AOK (40% de la population allemande), responsable de la médecine ambulatoire

Norbert Fischer, caisse de substitution AEK (25% de la population allemande) ; responsable du champ médecine ambulatoire

**Chambre fédérale des médecins – Union fédérale des médecins, Cologne**

M. Schirmer, avocat de la chambre fédérale des médecins et de l'union fédérale des médecins

Mme Vonhoff-Winter

**NAV, Syndicat des médecins installés, Cologne**

Mme Leutloff-Simons

**Hartmannbund, Bonn**

M. Schlauss, directeur-adjoint

Mme Bosch, secrétaire générale

**Union régionale des médecins conventionnés de Rhénanie du Nord, Düsseldorf**

M. Brautmeier, directeur de l'union

Mme Brakmann, pharmacienne conseil de l'union régionale, responsable du secteur médicaments et des soins (paramédical)

M. le docteur Eggen, médecin conseil chef de l'union régionale, chargé du contrôle

Madame Hermanns, administrative, chargée de l'assurance qualité du contrôle (contrôle du contrôle)

**Cabinet de médecine libérale, Düsseldorf**

**Annexe 2**  
**Bibliographie**



**Sur l'Allemagne:**

- CREDES : Comparaison internationale des processus d'évaluation des comportements individuels de prescriptions des médecins et utilisation dans les relations avec les professionnels. Rapport d'étape, décembre 2001. Valérie Paris, Dominique Polton, Catherine Sermet
- Serge Milano, conseiller pour les affaires sociales, ambassade de France en Allemagne : dossier « Aspects de l'assurance maladie », novembre 2001 (questionnaire de la direction de la sécurité sociale).
- Notes et actualités sociales, 2000-2001, Serge Milano.
- « Rapport sur le panier de biens et de services dans les pays de l'Union Européenne et aux Etats-Unis », Mission Recherche Internationale (MRI), CNAMTS, février 2001.
- DREES : Etudes et résultats n°120, juin 2001, La régulation démographique de la profession médicale en Allemagne, en Belgique, aux Etats-Unis, au Québec et au Royaume-Uni ;
- DREES : Etudes et résultats n°47, janvier 2000, La consommation de médicaments dans les principaux pays industrialisés ;
- DRESS : Etudes et résultats n°19, juin 1999, La protection santé des personnes à bas revenus dans les pays européens.
- Documents des sites Internet : Ministère fédéral du travail et des affaires sociales, Ministère fédéral de la santé, Union fédérale des médecins de caisse, Union des médecins de Rhénanie du Nord ; 2001.
- « Outre-Rhin, une réforme de santé en cache toujours une autre », Liaisons sociales/magazine, avril 2000, Sabine Syfuss-Arnaud.
- « La régulation des professions de santé. Etudes monographiques : l'Allemagne, le Royaume-Uni, le Québec, la Belgique, les Etats-Unis ». Yann Bourgueil, Ulrike Dürr, Gérard de Pouvourville, Sophie Rocamora-Houzard. Groupe Image-ENSP. Avril 2000. Rapport final, Convention SESI-ENSP 98/17.
- « Les systèmes de santé : analyse et évaluation, comparée dans les grands pays industriels », Denis-Clair Lambert, 2000
- « Système de santé allemand », ENA, promotion Nelson Mandela, 2000
- « Mise en concurrence des assurances dans le domaine de la santé, Théorie et bilan des expériences étrangères », CREDES, 1998

- « Le système de santé allemand », Economie et statistique n°318, 1998-8, Frédéric Ruprecht, Bruno Tissot, Frédéric Chatel
- « Le contrôle des dépenses en médicament en Allemagne, en France et au Royaume-Uni », Economie et statistiques n°312-313, 1998-2/3, Thérèse Lecomte et Valérie Paris.
- « Information médicale et régulation de la médecine libérale : une approche comparative ». Gérard de Pourville, Aude Develay, Michel Naditch : Groupe IMAGE-ENSP. Rapport final, janvier 1997, convention MIRE-ENSP n°15/49.
- « Les médecins face à l'Etat, Une comparaison européenne », Patrick Hassenteufel, thèse, 1997
- « Les politiques de régulation de l'assurance maladie en France et en Allemagne », Marian Döhler, enseignant chercheur à l'Université de Postdam, Patrick Hassenteufel, maître de conférences à l'Université de Picardie, in Revue française d'administration publique n°76, octobre – décembre 1995, p.549-560.
- « La maîtrise des dépenses de santé du secteur ambulatoire en Europe », mémoire CNESS, 1995
- « Les politiques de santé en France et en Allemagne », Espace social européen, dossier spécial n°4, septembre 1994, sous la direction de Bruno Jobert et de Monika Steffen
- « Controlling the doctor in Germany : on the institutional consolidation of professional power », Marian Döhler, University of Konstanz ; Congrès de sciences politiques, Göteborg, 1986.
- La profession médicale en Allemagne, Deutscher Ärzte-Verlag

**Général et France :** (hors textes législatifs, réglementaires et dossiers du ministère et des organismes d'assurance maladie)

- Colloque à l'Assemblée nationale, le 10 octobre 2001, organisé et présenté par Claude Evin sur : « Besoins médicaux et procès thérapeutiques : comment concilier attentes des patients et réalités économiques ? ».
- Bilan de la mission de concertation pour la rénovation des soins de ville, juillet 2001
- Rapport ANAES, janvier 2000 : « Efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations médicales », Service des recommandations et références professionnelles. Dr Pierre Durieux et Dr Philippe Ravaud.
- Rapports de la Cour des Comptes sur la sécurité sociale

- « Les formes économiques de la régulation des dépenses de santé en France : le gaspillage négocié » : Article d'Alain Letourmy, dans « Comparer les systèmes de protection sociale en Europe. Rencontres d'Oxford. Volume 1 », pages 323-360.
- Rapport IGAS n°2000073, Mai 2000 « Bilan et perspectives des unions régionales des médecins exerçant à titre libéral » (rapport de synthèse).
- Mémoire CNESS : « Les URCAM sont-elles adaptées à leur mission ? ».
- Mémoire CNESS : « Coordination des actions de gestion du risque entre les niveaux national, régional et local et autres régimes depuis la création des URCAM »
- Mémoire CNESS : « Le médecin référent »
- Richard Grol, JAMA (Journal de l'American Medical Association) : « Improving the quality of medical care »
- Rapport IGAS n°1999 0015, août 1999 : « Audit de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé ».

**Annexe 3**  
**« Bible » de l'Union régionale des médecins conventionnés de  
Rhénanie du Nord**

Sommaires des classeurs remis par l'union professionnelle des médecins de Rhénanie du Nord. Ces classeurs sont remis, lors de leur installation, aux médecins libéraux conventionnés.

### - Présentation générale des classeurs :

Le contrôle d'économicité dans le système de soins conventionnés

Extrait du code social : livre 5, assurance maladie légale :

- article 12 : obligation d'économicité
- article 70 : qualité, humanité, economicité
- article 72 : Garantir l'existence du système de soins conventionnés
- article 84 : le budget médicaments et produits de soins, valeurs de référence (Richtgrößen)
- article 106 : contrôle de l'économicité dans le système conventionné

La convention de contrôle pour la Rhénanie du Nord

Vue d'ensemble de l'activité d'un médecin avant la procédure de contrôle

Tableau de fréquence (fiche d'activité individuelle)

Tableau de fréquence du groupe de comparaisons

Bilan trimestriel individuel : prescriptions pharmaceutiques par rapport aux montants prévus par les lignes directrices

Convention concernant la prescription médicale du besoin en visites médicales

Convention de plausibilité pour la Rhénanie du Nord

Critères de répartition des honoraires de l'union des médecins de caisse de Rhénanie du Nord

### Tome 1 : LOIS, REGLEMENTS, CONVENTIONS :

1. Sommaire-Glossaire
2. LOIS ; Code social, livre 5 (extraits). Décret du 1<sup>er</sup> janvier 1994, modifié le 16 juin 1998, relatif aux médecins de caisse : planification des médecins ...
3. Réglementations diverses :
  - Réglementation du métier
  - Lignes directrices (*Richtlinien*) sur les échanges informatisés d'information
  - Règlement disciplinaire
  - Règlement intérieur de la présidence de l'union des médecins
  - Règlement intérieur de l'union
  - Critères de répartition des honoraires
  - Lignes directrices pour les laboratoires
  - Règlement pour les services de garde
  - Règlement des mesures sociales en faveur des médecins et de leur famille
  - Organisation des circonscriptions administratives de l'union
  - Lignes directrices en radiologie
  - Lignes directrices sur l'action sociale en faveur des médecins
  - Réglementation de l'union fédérale des médecins de caisse (KBV)
  - Réglementation de l'union de Rhénanie de Nord
  - Lignes directrices sur les échographies (ultra-sons)
  - Règlement sur les élections à l'union de Rhénanie du Nord
  - Règlement sur la formation continue

#### 4. Les caisses primaires et les caisses de substitution

- Accord sur la prise en charge ambulatoire des malades chroniques (4.11.12)
- Les opérations ambulatoires à l'hôpital et en ville : Convention entre les caisses, la société allemande des hôpitaux, l'union fédérale des médecins de caisse, pour la prise en charge harmonisée des opérations ambulatoires et l'anesthésie en médecine de ville et à l'hôpital et pour favoriser la coordination (entrée en vigueur au 1er avril 1993) (4.18). Accord complémentaire relatif aux mesures d'assurance-qualité (4.18.1)
- Lignes directrices pour les médecins salariés d'autres médecins (4.22)
- Accord relatif à l'utilisation d'ordonnances permettant un remboursement automatisé (4.07)
- Lignes directrices de la commission fédérale des médecins et des caisses sur la planification des besoins et les critères permettant de constater les excédents et les déficits en prise en charge médicale conventionnée (4.21)
- Accord relatif aux principes d'élaboration de contrats entre les hôpitaux et les médecins de ville autorisés à traiter des patients à l'hôpital (*Belegarzt*)(4.35)
- Convention cadre fédérale relative aux médecins entre l'union fédérale des médecins de caisse et les caisses fédérales (4/01)
- Convention relative aux traitements et échanges informatisés, à la protection des données et au respect du droit des patients (4.24)
- Accord sur le diabète (4.11.8) (contenu : préambule, généralités, qualification pour la mise en œuvre des formations, cahier des charges des programmes de formation, le remboursement, le matériel pour les patients, le comité de suivi de l'accord)
- Convention tripartite - société des hôpitaux de Rhénanie-Westphalie, 2 unions de médecins de caisse de Rhénanie-Westphalie, caisses - sur la prise en charge d'urgence ambulatoire à l'hôpital (4.33). (contenu : les unions de médecins sont tenues d'assurer un service d'urgence suffisant dans le cadre de la prise en charge médicale conventionnée. Les hôpitaux agréés sont tenus et sont autorisés à prendre en charge les urgences ambulatoires à l'hôpital. Circuit des factures et remboursements).
- Convention tripartite relative à la prise en charge à l'hôpital (4.31) (contenu : mise en œuvre d'une prise en charge limitée dans le temps avant et après la prise en charge stationnaire ; 1<sup>er</sup> janvier 1994).
- Convention tripartite sur l'information réciproque et les dossiers de patients (4.29)
- Convention-cadre fédérale entre l'union fédérale des médecins de caisse, l'union des caisses de salariés et l'union des caisses de substitution (4.11)
- Accord complémentaire relatif à la réforme du critère de valorisation unitaire du point (4.11.13). (contenu : objectif de mise en œuvre des obligations de l'article 87, paragraphe 2A et 2B, du code social, livre 5 ; amélioration de la valorisation des actes - nomenclature)
- Convention fédérale relative à la médecine de famille (4.25)
- Accord relatif aux vaccins (4.06)
- Accord relatif à la vaccination (4.11.10) (annexe 10 de la convention-cadre fédérale sur les médecins)

- Contenu des conventions globales signées entre l'union des médecins de Rhénanie du Nord et les caisses (4.03) : convention générale et annexes régissant la prise en charge médicale conventionnée, la participation à la médecine conventionnée, les actes non remboursés, la prise en charge des visites médicales (ouverture pendant 5 jours par semaine des cabinets ; heures d'ouverture à fixer en fonction des spécificités locales) ; visites à domicile (si possible, le jour de la demande par le patient ; en cas d'urgence, la visite est à effectuer sur le champ), les arrêts de travail ...
- Accord sur l'élaboration et la mise en œuvre sur l'ensemble du territoire de la carte d'assuré social (4.23) : indications portées sur la carte, durée de validité, utilisation de la carte ...
- Accord sur les mesures particulières à prendre pour améliorer la prise en charge des cancers (4.11.7)(contenu : objectifs et principes généraux ; le médecin responsable ; le diagnostic et la prise en charge thérapeutique ne peuvent être conduits par n'importe quel médecin conventionné : le médecin doit piloter la prise en charge globale conformément à un plan thérapeutique unique et coordonner les médecins conventionnés auxquels il a été fait appel).
- Accord sur les procédures de surveillance et de contrôle de l'économicité de la médecine conventionnée et sur la procédure devant les commissions de contrôle et de plainte (4.19)
- Accord sur la psychothérapie, annexe 1 à l'accord-cadre fédéral BMV-A (4.01.1)
- Accord sur la psychothérapie, annexe 1 à la convention de Rhénanie du Nord (4.11.1)
- Accord fédéral relatif à la constatation d'une pathologie lourde (4.27)
- Accord relatif à la psychiatrie sociale (4.11.11), annexe à l'accord de Rhénanie du Nord
- Accord sur les produits utilisés (pansements, insuline...) par le médecin lors des consultations (4.05)
- Explications sur les formulaires (4.17)
- Accord sur les formulaires (4.15)
- Information sur la prise en charge conventionnée des assurés sociaux de pays étrangers en séjour en Allemagne, dans le cadre d'accords bilatéraux (4.09)

## **Tome 2 : LIGNES DIRECTRICES ET CONDITIONS DE QUALIFICATION/ORGANISMES PAYEURS**

### 5. Lignes directrices (*Richtlinien*) et conditions de qualification

- Lignes directrices de la commission fédérale relatives à l'appréciation de l'incapacité de travail et aux mesures de réinsertion professionnelle progressive (5.01)
- Conditions de qualification pour la réalisation et le remboursement d'actes en matière d'arthroscopie (5.02)
- Lignes directrices de la commission fédérale relatives à la prescription de médicaments en médecine conventionnée (5.03)
- Conditions de qualification pour la réalisation et le remboursement d'actes d'épuration du sang (dialyse...) (5.04)
- Lignes directrices de la commission fédérale relatives au planning familial et à l'interruption volontaire de grossesse (5.04.1)

- Lignes directrices de la commission fédérale relatives aux examens de santé pour la diagnostic précoce des maladies (5.05)
- Lignes directrices de la commission fédérale relatives aux examens de santé des jeunes (après 10 ans) (5.07)
- Lignes directrices de la commission fédérale relatives à la prescription de remèdes (*Heilmittel*) (inhalations, massages, bains médicaux de boue, d'algues, électrothérapie...) et d'appareillages (*Hilfsmittel* : cannes, prothèses auditives, collants de contention...)(5.09)
- Accord relatif aux conditions de qualification pour la réalisation d'examens médicaux destinés au contrôle des stimulateurs cardiaques (5.11)
- Accord relatif aux conditions de qualification pour la réalisation d'examens sur la moelle épinière (*Kernspintomographie*)(5.13)
- Lignes directrices de la commission fédérale relatives au diagnostic précoce des maladies infantiles (enfants avant 7 ans)(5.15)
- Lignes directrices de la commission fédérale sur la prescription de soins à l'hôpital (5.17) (contenu : exemples de cas non pris en charge financièrement par les caisses car l'hospitalisation n'est pas justifiée par des raisons médicales : chirurgie esthétique... )
- Lignes directrices de la commission fédérale relatives à la prescription de transports ambulanciers (5.19)
- Lignes directrices de la commission fédérale relatives au diagnostic précoce de cancers (5.21)
- Lignes directrices de la commission fédérale relatives aux mesures médicales destinées à la procréation médicalement assistée (5.23)
- Lignes directrices de l'union fédérale des médecins de caisse relatives à la réalisation d'examens de laboratoires en médecine conventionnée (5.25)
- Accord relatif aux conditions de qualification pour la réalisation d'examens électrocardiographiques de long terme (5.27)
- Lignes directrices de la commission fédérale relatives à la surveillance médicale des femmes enceintes et venant d'accoucher (5.29)
- Lignes directrices de la commission fédérale relatives à l'introduction de nouvelles méthodes d'examens et de prise en charge médicale (5.31) (programmes méthadone, thérapies par le sommeil...)
- Lignes directrices de la commission fédérale relatives à l'introduction de nouvelles méthodes d'examens et de prise en charge médicale et au contrôle des actes médicaux y afférents (5.32)(contenu : critères permettant de déterminer qu'il s'agit d'une nouvelle méthode, pilotage par un groupe de travail fédéral de la commission fédérale paritaire, vérification par la commission fédérale)
- Lignes directrices de la commission fédérale relatives à la réalisation d'actes de psychothérapie en médecine conventionnée (5.33)
- Lignes directrices de la commission fédérale relatives aux critères permettant d'apprécier la qualité du diagnostic radiologique (5.35)
- Lignes directrices de l'union fédérale des médecins de caisse concernant les procédures d'assurance-qualité (5.36)
- Lignes directrices de la commission fédérale relatives aux autres aides : les mesures médicales en matière de planning familial, de stérilisation et d'interruption volontaire de grossesse (5.37)
- Conditions de qualification relatives à la réalisation d'examens dans le domaine de la radiologie, de la médecine nucléaire, de la radiothérapie (5.39)



- Conditions de qualification relatives à la réalisation d'examens d'échographies (*ultraschall*)(5.41)
- Accord relatif aux conditions de qualification pour la réalisation d'examens pour le diagnostic du cancer de l'utérus (5.43)

NB : Les différents accords relatifs aux conditions de qualification sont des annexes aux deux conventions cadres fédérales (BMV : entre l'union fédérale des médecins et les principales fédérations des caisses de base ; EKV : entre l'union fédérale des médecins de caisses, la fédération des caisses de substitution et la fédération des caisses de salariés).

#### 6. Organismes payeurs spécifiques

- Convention entre l'union fédérale des médecins de caisse et la caisse des cheminots relative à la prise en charge médicale des cheminots (6.01)
- Convention entre la direction des chemins de fer allemands et l'union fédérale des médecins de caisse relative à la prise en charge des cheminots en cas d'accidents du travail (6.03)
- Divers accords et conventions relatives à la prise en charge des ressortissants de « régimes spéciaux » : postiers, mineurs, militaires, police aux frontières, services civils, policiers.