TRISAN

CENTRE DE COMPÉTENCES TRINATIONAL
pour vos projets de santé

SANTÉ SANS FRONTIÈRE
GESUNDHEIT OHNE GRENZEN

LA MÉDECINE AMBULATOIRE EN FRANCE, EN ALLEMAGNE ET EN SUISSE

Fonds européen de développement régional (FEDER)
Europäischer Fonds für regionale Entwicklung (EFRE)

Dépasser les frontières : projet après projet
Der Oberrhein wächst zusammen, mit jedem Projekt

La médecine ambulatoire en France, en Allemagne et en Suisse

Juin 2019

Cette publication fait partie d'une série de cahiers thématiques élaborés par le centre de compétences TRISAN et visant à apporter des éclairages sur l'organisation des systèmes de santé français, allemand et suisse. Les publications de TRISAN sont disponibles en version française et allemande sur le site internet de TRISAN (www.trisan.org > Documentation).

Diese Publikation ist Teil einer Publikationsreihe, die vom trinationalen Kompetenzzentrum TRISAN erarbeitet wird und zum Ziel hat, verschiedene Aspekte der Gesundheitssysteme in Deutschland, Frankreich und der Schweiz abzubilden. Die Publikationen von TRISAN sind online in deutscher und französischer Sprache unter www.trisan.org / Publikationen verfügbar.

La médecine ambulatoire en France 7

1. La médecine de ville 11

1.1 Conditions d'installation 11

1.2 Le rôle clé du médecin généraliste 13

1.3 Les modes d'exercice 13

1.4 Tarification des consultations, modalités de facturation et modalités de prise en charge du patient 15

1.5 Evolutions socio-démographiques 16

2. Les soins ambulatoires à l'hôpital 18

2.1 La chirurgie ambulatoire 18

2.2 L'hôpital de jour 18

3. Références bibliographiques 19

La médecine ambulatoire en Allemagne 21

1. La médecine de ville conventionnée 25

1.1 Cadre organisationnel 25

1.2 Rémunération des médecins 29

2. La médecine de ville du secteur privé 31

2.1 Conditions d'installation 31

2.2 Rémunération des médecins 31

3. Modalités d'exercice de la profession 31

3.1 Les modes d'exercices 31

3.2 Evolutions socio-démographiques 33

3.3 Délégation de tâches 34

4. Les soins ambulatoires dans le secteur hospitalier 35

5. Références bibliographiques 37

La médecine ambulatoire en Suisse **39**

1. La prise en charge ambulatoire dans les cabinets médicaux 43

1.1 Cadre organisationel 43

1.2 L'exercice de la profession médicale 47

2. Les soins ambulatoires à l'hôpital 52

2.1 Définition des soins ambulatoires à l'hôpital 52

2.2 La facturation des soins ambulatoires à l'hôpital 52

3. Coûts et financement de la prise en charge ambulatoire 53

4. Références bibliographiques 55

SOMMAIRE

© Andrei_R – Shutterstock.com

La médecine ambulatoire en France

Conception et développement :

- Anne Dussap (TRISAN),
- Lydia Kassa (TRISAN),
- Eddie Pradier (TRISAN).

Rédaction :

- Lydia Kassa (TRISAN),
- Eddie Pradier (TRISAN).

Relectures d'experts :

- Hugo Faure-Geors (ARS Grand-Est),
- Jean-Marie Letzelter (Président du conseil de l'ordre des médecins du Bas-Rhin),
- Katia Moos (ARS Grand-Est),
- Valérie Pichault-Klein (ARS Grand-Est),
- Claire Tricot (ARS Grand-Est).

Mise en page :

- Print Europe – Delphine Boch.

TRISAN est le centre de compétences trinational pour favoriser la coopération transfrontalière dans le champ de la santé dans le Rhin supérieur. Le centre de compétences a été créé dans le cadre d'un projet initié par la Conférence franco-germano-suisse du Rhin supérieur et cofinancé par le programme INTERREG V Rhin supérieur. Il est porté par l'Euro-Institut, institut spécialisé dans la formation, l'accompagnement de projet et le conseil sur les questions transfrontalières.
Sont également partenaires du projet : l'ARS Grand Est, le Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, le Regierungspräsidium de Karlsruhe, le Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz, le département de santé Bâle-Ville, les cantons de Bâle-Ville, Bâle-Campagne et Argovie ainsi que la confédération helvétique.

TRISAN / Rehfusplatz 11, D – 77 694 Kehl / trisan@trisan.org / +49 (0) 7851 7407 38

La médecine ambulatoire en France 7

1. La médecine de ville 11

1.1 Conditions d'installation 11

1.2 Le rôle clé du médecin généraliste 13

1.3 Les modes d'exercice 13

1.4 Tarification des consultations, modalités de facturation et modalités de prise en charge du patient 15

1.5 Evolutions socio-démographiques 16

2. Les soins ambulatoires à l'hôpital 18

2.1 La chirurgie ambulatoire 18

2.2 L'hôpital de jour 18

3. Références bibliographiques 19

SOMMAIRE

Eléments introductifs

Le terme de « médecine ambulatoire » renvoie à deux notions bien distinctes : d'une part la médecine de ville et d'autre part les soins ambulatoires prodigués à l'hôpital.

• La médecine de ville (partie 1) renvoie aux soins effectués en cabinet ou structures assimilées (maison de santé, pôles de santé, centre de santé, etc.). Le secteur de la médecine de ville repose à la fois sur des professions médicales (médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens et sages-femmes) et des professions paramédicales (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues etc.), lesquelles interviennent très majoritairement à titre libéral. Le cahier thématique se concentrera sur la profession des médecins.

• Les soins ambulatoires à l'hôpital (partie 2) renvoient à une prise en charge à l'hôpital ne donnant pas lieu à une hospitalisation (c'est-à-dire sans nuitée).

1. LA MÉDECINE DE VILLE

1.1 Conditions d'installation

L'exercice de la médecine libérale en France est en grande partie régulé par une convention pluriannuelle négociée entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins. Cette convention, connue sous le nom de « convention médicale », a notamment pour objet de définir les tarifs qui serviront de base pour le remboursement des consultations par l'assurance maladie. La convention en vigueur actuellement porte sur la période 2016-2020. Au moment de son installation, le médecin doit choisir un secteur d'activité (secteur 1, 2 ou 3), ce qui va déterminer les tarifs qu'il pourra ensuite appliquer. Les secteurs 1 et 2 sont prévus dans la convention médicale (on parle de « secteurs conventionnés »). Le choix du secteur 3 signifie que le médecin n'adhère pas à la convention.

- **Secteur 1 :** Le médecin qui s'installe en secteur 1 s'engage à appliquer les tarifs fixés dans la convention médicale. L'immense majorité des médecins libéraux relève du secteur 1.
- **Secteur 2** (appelé également « secteur conventionné à honoraires libres ») : Les tarifs pratiqués sont fixés librement par le médecin. Toutefois, le médecin reste conventionné et les dépassements doivent rester modérés. Le secteur 2 a été mis en place dans les années 1980. Depuis 1990, les médecins ayant choisi le secteur 1 au moment de leur installation n'ont plus la possibilité de passer en secteur 2 par la suite. Seuls 1000 médecins par an sont autorisés à exercer en secteur 2[1]. Les médecins de secteur 2 ont la possibilité de signe un contrat avec l'assurance maladie – appelé « contrat OPTAM » (option pratique tarifaire maitrisée) – par lequel ils s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires, en contrepartie d'une prime d'activité. Un contrat spécifique a été mis en place pour les spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique, appelé « contrat OPTAM-CO ». L'assurance maladie prend en charge les frais du patient dans la limite de ce qu'elle aurait pris en charge dans le cadre du secteur 1.
- **Secteur 3** (appelé également « secteur non conventionné ») : Les médecins qui s'installent en secteur 3 peuvent fixer librement leurs tarifs. L'Assurance maladie ne rembourse les frais qu'à hauteur de 0,61 € pour les consultations de médecine générale et de 1,22 € pour les consultations chez un médecin spécialiste.

Les médecins libéraux bénéficient de la liberté d'installation, et ce quel que soit leur secteur de conventionnement. Ils peuvent donc s'installer là où ils le souhaitent sur le territoire national (hors cas spécifiques). C'est l'une des grandes différences avec l'Allemagne, où les médecins qui souhaitent exercer dans le secteur conventionné *(vertragsärztliche Versorgung)* doivent obtenir une autorisation d'installation *(Zulassung)* et se verront refuser la délivrance de l'autorisation si la zone dans laquelle ils souhaitent s'installer est déjà suffisamment pourvue (voir la partie de ce cahier thématique consacrée à l'Allemagne).

1 Armbruster, Susanne : *Versorgungsnetzwerke im französischen und deutschen Gesundheitswesen. Eine vergleichende Studie unter Berücksichtigung rechts- und gesundheitswissenschaftlicher Aspekte*, 2004.

Un médecin qui souhaite s'installer a simplement l'obligation de s'inscrire au tableau de l'Ordre des médecins (voir encadré ci-dessous). Il doit par ailleurs s'inscrire auprès de l'assurance maladie s'il souhaite s'installer en secteur 1 ou secteur 2.

L'inscription au tableau de l'Ordre des médecins

En France, l'Ordre des médecins est structuré au niveau national, régional, et départemental.

Tous les médecins qui souhaitent exercer en France ont l'obligation d'adhérer et de cotiser à l'Ordre des médecins du département dans lequel ils exercent. Le Conseil départemental de l'Ordre vérifie les qualifications et inscrit les médecins au tableau. Après l'inscription au tableau, le médecin se voit délivrer une attestation d'inscription puis une carte de professionnel.

Il existe divers dispositifs d'aide à l'installation. Chaque agence régionale de santé (ARS) met à disposition un référent installation, qui traite les demandes d'information concernant la formation, l'installation et l'exercice professionnel. Par ailleurs, le portail d'accompagnement aux professionnels de santé (PAPS) informe sur les aides ou services proposés par les partenaires de l'ARS, comme l'Assurance maladie, les ordres professionnels départementaux, les unions régionales des professionnels ou encore la Région et le Département.

La liberté d'installation qui prévaut en France peut entraîner des inégalités de répartition des médecins sur le territoire. S'il n'existe pas d'outils contraignants de régulation de l'offre, les agences régionales de santé et l'assurance maladie ont toutefois à leur disposition divers outils visant à encourager par des aides financières l'installation de médecins dans les zones fragilisées (cf. encadré ci-contre). Les incitations financières ne sont qu'un instrument parmi d'autres pour lutter contre les déserts médicaux. Les stratégies existantes s'appuient également sur d'autres approches telles que le développement de la télémédecine, de l'exercice de groupe, ou encore des communautés professionnelles de territoire.

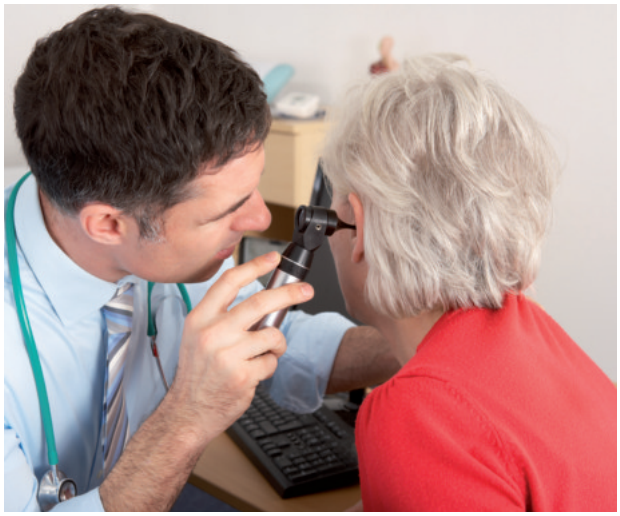
Exemples de dispositifs d'incitation financière destinés à favoriser l'installation de jeunes médecins en zone fragilisée

» **Dispositifs financés par les ARS**

- **Contrat d'engagement de service public (CESP) :** Allocation accordée aux étudiants (1200 €/mois) qui s'engagent à exercer ensuite dans une zone fragilisée pour une certaine durée.
- **Contrat de praticien territorial médical de remplacement (PTMR) :** Complément de rémunération (5000 €/an) et avantages en terme de protection sociale[2] pour les médecins exerçant comme médecins remplaçants en zone fragilisée.
- **Contrat de praticien territorial en médecine générale (PTMG) :** Garantie de rémunération mensuelle (6900 € brut mensuel) et avantages en termes de protection sociale pour les médecins généralistes en cours d'installation ou récemment installés dans une zone fragilisée.

» **Dispositifs financés par l'assurance maladie**

- **Contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM) :** Aide au financement des investissements dans le cadre d'une installation en zone fragilisée (par ex. 50 000 € si le médecin exerce au moins quatre jours par semaine en libéral). Ce contrat est assorti à plusieurs conditions, dont le fait d'exercer en groupe et de participer à la médecine de garde.
- **Contrat de transition (COTRAM) :** Valorisation de 10 % des honoraires conventionnés (plafonnée à 20 000 €/an) pour les médecins de plus de 60 ans qui s'engagent à accompagner un confrère de moins de 50 ans dans la reprise du cabinet.



©Monkey Business Images – Shutterstock.com

2 Par exemple : garantie de versement d'un forfait en cas de congé maternité/paternité/maladie.

1.2 Le rôle clé du médecin généraliste

L'organisation de la médecine de ville en France est caractérisée par la place centrale occupée par le médecin généraliste dans l'accès aux soins. En 2004 a en effet été mis en place le parcours de soins coordonnés qui impose à chaque assuré social de plus de 16 ans de désigner un médecin traitant à sa caisse d'assurance maladie. Le médecin traitant intervient en tant que « *Gatekeeper* ». Il est le premier interlocuteur du patient et, le cas échéant, oriente ce dernier vers d'autres professionnels de santé (médecin spécialiste, médecin hospitalier, etc.). Il coordonne l'ensemble des soins et centralise toutes les informations sur les soins prodigués au patient et son état de santé (gestion du dossier médical).

Le choix du médecin traitant est libre. Il s'agira le plus souvent d'un médecin généraliste. Il peut s'agir d'un médecin spécialiste, mais cela est plus rare. Il n'y a pas de restriction géographique quant au choix du médecin traitant et il peut en être changé à tout moment.

Si le patient ne respecte pas le parcours des soins coordonnés (par exemple s'il consulte un médecin spécialiste sans consultation préalable de son médecin traitant), il sera moins bien remboursé par l'Assurance maladie : le montant de ses remboursements sera amputé de 40 %. Les patients sont donc très fortement incités à rester dans le cadre du parcours de soins coordonnés.

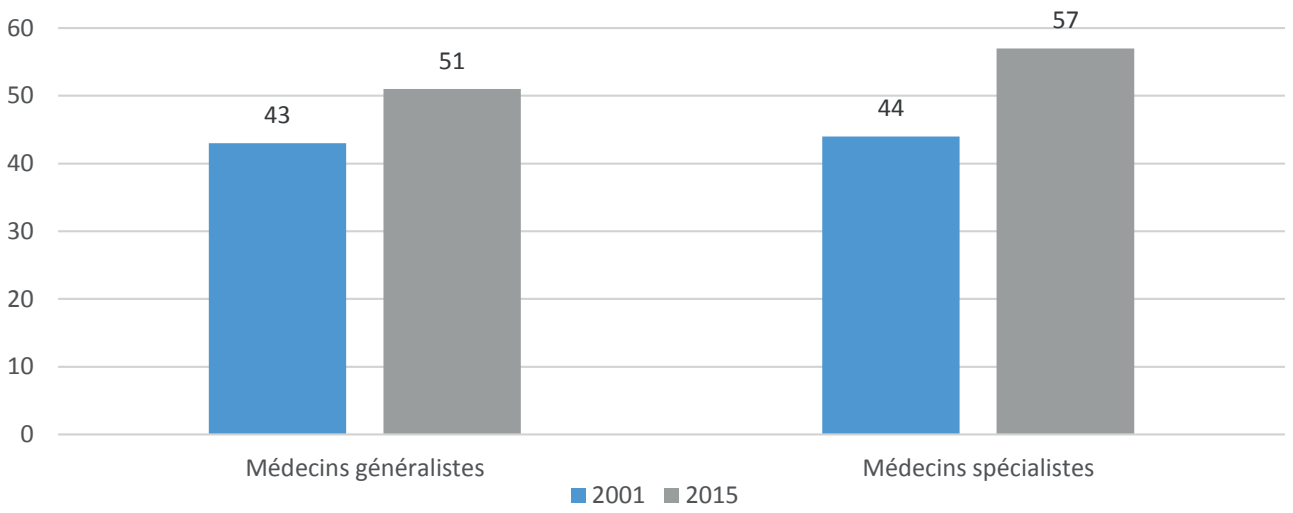
Certains médecins spécialistes ne sont pas concernés par le parcours des soins coordonnés : ils peuvent être consultés directement, sans pénalités au niveau du remboursement). Il s'agit des ophtalmologues, des gynécologues, des pédiatres et des psychiatres.

Pour souligner le rôle clé joué par les médecins généralistes dans le système français, on notera également que la médecine de garde (permanence des soins en médecine ambulatoire – PDSA) repose entièrement sur eux, sur la base du volontariat. Contrairement à ce que l'on peut observer en Allemagne, les médecins spécialistes ne sont pas impliqués dans le système de médecine de garde. Pour des informations plus précises sur l'organisation de la médecine de garde en France, nous invitons le lecteur à consulter le cahier thématique TRISAN intitulé « Les soins médicaux urgents en France, en Allemagne et en Suisse ».

1.3 Les modes d'exercice

En 2018, la France comptait 36 500 cabinets médicaux[3]. Les médecins libéraux peuvent soit s'installer en cabinet individuel, soit opter pour l'exercice en groupe. Alors que l'exercice individuel reste majoritaire, l'exercice en groupe se développe de plus en plus (cf. graphique 1). L'exercice en groupe permet de mettre en commun les moyens et de mieux rentabiliser les équipements coûteux. Il permet également d'assouplir les conditions de travail et de mieux concilier vie professionnelle et vie privée, en lien notamment avec la féminisation croissante de la profession[4]. L'exercice de groupe est privilégié aujourd'hui par les jeunes médecins. Deux tiers des médecins de moins de 45 ans en activité exercent en groupe (Graphique 1).

Graphique 1 : Part des médecins libéraux exerçant en groupe dans le secteur des soins de ville en 2001 et en 2015



Graphique selon les chiffres de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques : Portrait des professionnels de santé, L'exercice ambulatoire des professionnels de santé, édition 2016.

3 Direction générale de l´offre de soins : Les chiffres clés de l'offre de soins, éditions 2018.

4 DREES : Portrait des professionnels de santé, L'exercice ambulatoire des professionnels de santé, édition 2016.

Il existe diverses formes d'exercice de groupe. Nous présenterons ici les formes les plus courants.

» Les cabinets de groupes mono-disciplinaires

Un cabinet de groupe mono-disciplinaire regroupe des médecins de la même spécialité qui exercent en commun leur activité. Leur taille reste modeste : la majorité de ce type de cabinet réunit seulement deux médecins.

L'exercice de groupe doit être formalisé par un contrat dans lequel sont définis la mise en commun ou non de la patientèle et des honoraires ainsi que l'organisation du travail en commun pour l'utilisation des locaux, les horaires de consultation, les remplacements ou encore la répartition des dépenses.

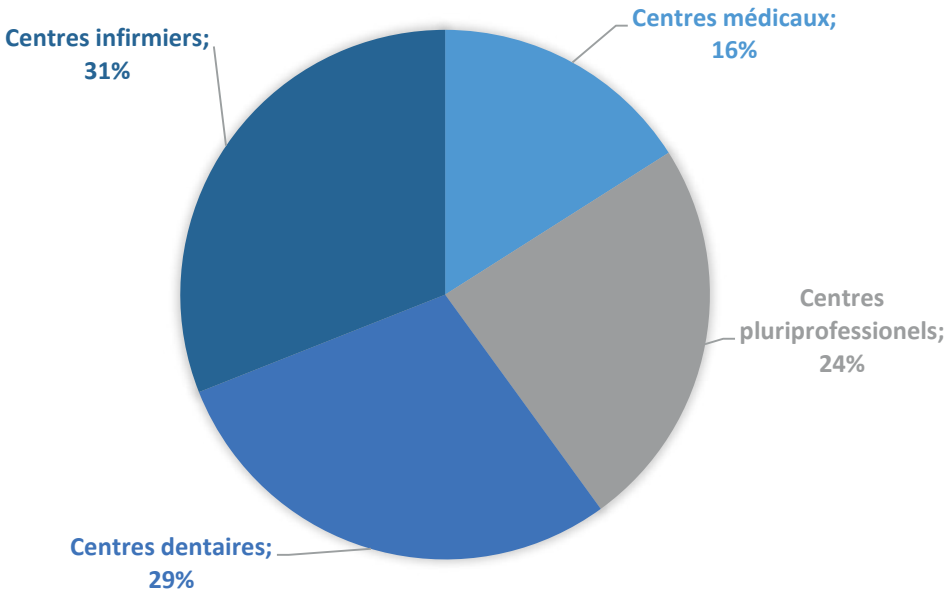
» Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)

Les MSP sont de structures disposant de la personnalité morale et regroupant plusieurs professionnels de santé dans des locaux communs. Si des fonds publics sont sollicités, les MSP doivent être constituées d'au moins deux médecins généralistes et d'au moins un professionnel paramédical (infirmier, kinésithérapeute diététicien, etc.). La loi les définit comme des «lieux de regroupement des professionnels de santé assurant des activités de soins sans hébergement et participant à des actions de prévention et d'éducation pour la santé ainsi qu'à des actions sociales». Les MSP interviennent dans le champ des soins de premier recours. Pour la création d'une MSP, il est possible, à certaines conditions, de bénéficier de subventions de l'ARS ou du Conseil régional pour les dépenses d'investissement. En moyenne, les MSP réunissent cinq médecins et une dizaine d'autres professionnels de santé. Cette forme s'est rapidement étendue : En 2016, on comptait 800 MSP en France (et 400 en cours de mise en place), contre seulement 174 en 2012. La majorité d'entre elles sont implantées dans des zones fragiles.

» Les centres de santé

Les centres de santé peuvent être soit mono-professionnels (centres médicaux, centres infirmiers, centres dentaires), soit pluri-professionnels. Il s'agit de structures composées majoritairement de personnels salariés[5]. C'est la grande différence avec les maisons et les pôles de santé. La majorité des centres de santé sont implantés en milieu urbain (Graphique 2).

Graphique 2 : Répartition des centres selon leur activité, 2014



Graphique d'après les chiffres de la Direction générale de l´offre des soins, Les chiffres clés de l'offre de soins, édition 2015.

5 DREES : Portrait des professionnels de santé, L'exercice ambulatoire des professionnels de santé, édition 2016.

Au-delà de l'exercice de groupe proprement dit, divers outils ont été mis en place ces dernières années pour favoriser la coordination des professionnels de santé, la continuité des soins ainsi que la bonne prise en compte des besoins spécifiques de la patientèle d'un territoire. On citera notamment :

- Les équipes de soins primaires (ESP), qui regroupent des professionnels de santé de premier recours, dont au moins un médecin généraliste.
- Les Pôles de santé et les Communautés professionnelles de territoire (CPTS), qui permettent le regroupement de professionnels et/ou structures de santé de différents niveaux (professionnels de santé, maisons de santé, établissement de santé, centres de santé, services médico-sociaux, etc.).

1.4 Tarification des consultations, modalités de facturation et modalités de prise en charge du patient

Tarification des consultations

Comme cela a été évoqué plus haut, la tarification des consultations en médecine de ville dépend du secteur de conventionnement du médecin (secteur 1, 2 ou 3).

- Tarification dans le cadre du secteur 1

Pour les médecins conventionnés du secteur 1, les tarifs des consultations sont fixés par l'Assurance maladie en concertation avec les représentants des professionnels de santé, dans le cadre de la convention médicale pluriannuelle.

La convention médicale regroupe les consultations en quatre catégories en fonction de la situation clinique et du niveau de complexité de prise en charge (consultations de référence, consultations coordonnées, consultations complexes et consultations très complexes). A chacune de ces catégories est associé un tarif. A titre d'exemple, les consultations de référence sont tarifées à 23 €. On notera que contrairement à ce que l'on observe en Allemagne, la rémunération de la consultation se fait au global, et ne donne pas lieu à une facturation détaillée de chacun des actes effectués par le médecin au cours de la consultation. La convention médicale prévoit également des modes de rémunération plus spécifiques et/ou complémentaires pour certaines activités, telles que le suivi des pathologies chroniques ou encore les activités de prévention.

Les médecins conventionnés du secteur 1 ont l'obligation d'appliquer les tarifs fixés dans la convention médicale. Ils sont néanmoins autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires dans certains cas particuliers, par exemple pour une visite à domicile en dehors des heures habituelles de consultation.

- Tarification dans le cadre du secteur 2

Contrairement aux médecins du secteur 1, les médecins du secteur 2 peuvent appliquer des tarifs qui dépassent ceux fixés dans la convention. Ils déterminent librement les honoraires, sur la base de quatre critères[6] :

- Les capacités financières du patient ;
- Le temps passé et la complexité de l'acte ;
- La notoriété ;
- Les exigences éventuelles du patient.

Pour rappel, les médecins de secteur 2 ont la possibilité de signer un contrat avec l'Assurance maladie – appelé « contrat OPTAM » – par lequel ils s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires. Un contrat spécifique a été mis en place pour les spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique, appelé « contrat OPTAM-CO ».

- Tarification dans le cadre du secteur 3

Les médecins du secteur 3 ne sont pas liés par la convention médicale. Ils peuvent fixer leurs honoraires librement.

On notera que les médecins qui pratiquent des dépassements d'honoraires (secteurs 2 et 3) sont dans l'obligation d'informer les patients. Ils doivent afficher dans leurs salles d'attente les tarifs ou fourchettes des honoraires pratiqués et les tarifs de remboursement par l'Assurance maladie. Ils ne peuvent pas refuser de donner des explications sur les honoraires pratiqués.

Mode de rémunération des médecins

La règle qui prévaut est l'avance des frais par le patient : le patient paie la consultation, puis se fait rembourser par l'Assurance maladie et, le cas échéant, par sa complémentaire santé. En règle générale, le patient n'a pas de démarche à effectuer pour obtenir les remboursements : grâce à la carte vitale, les données sont transmises automatiquement à l'Assurance maladie et à la complémentaire santé, qui procèdent alors au remboursement. Le délai de remboursement est de quelques jours seulement.

Certaines catégories de patients (par ex. les personnes démunies, les victimes d'un accident du travail ou encore les personnes atteintes d'une maladie professionnelle) ont droit au tiers payant, c'est-à-dire qu'elles sont dispensées de l'avance des frais. Par ailleurs, il peut

6 Conseil national de l´Ordre des médecins : Honoraires, in : https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-53-tact-et-mesure-277.

arriver qu'un médecin propose le tiers payant à ses patients. Dans le cas du tiers payant, le médecin est payé par l'Assurance maladie.

Modalités de prise en charge du patient

La prise en charge des frais de consultation payés par le patient va dépendre de plusieurs facteurs, et en particulier du secteur de conventionnement du médecin.

» Consultation d'un médecin de secteur 1

Dans le cadre du secteur 1, le taux de remboursement appliqué par l'Assurance maladie pour une consultation chez le médecin (généraliste ou spécialiste) s'élève en règle générale à 70 % du tarif fixé dans la convention médicale. Il existe cependant des exceptions qui concernent notamment l'Alsace-Moselle (voir encadré).

Exceptions au taux de remboursement de 70 %

- Pour les personnes relevant du régime local Alsace-Moselle, le taux de remboursement s'élèvera à 90 %.
- Le taux de remboursement est plus élevé pour certaines catégories de patients, tels que les personnes souffrant d'une affection de longue durée, les titulaires d'une pension invalidité, les femmes enceintes, les victimes d'un accident du travail, etc.
- Le taux de remboursement sera moins élevé si le patient ne respecte pas le parcours de soins coordonnés (cf. point 1.2), par exemple s'il consulte directement un médecin spécialiste, sans avoir au préalable consulté son médecin traitant.

La plupart des assurés français disposent d'une complémentaire santé, laquelle remboursera la part non prise en charge par l'Assurance maladie (appelée « ticket modérateur »). Toutefois, une participation forfaitaire de 1 euro par consultation (dans la limite de 50 € par an) restera à la charge du patient. Les frais supplémentaires liés au non-respect du parcours de soins ne sont pas pris en charge par les complémentaires.

» Consultation d'un médecin de secteur 2

Dans le cadre du secteur 2, les mêmes règles s'appliquent que dans le secteur 1. Toutefois, étant donné que le taux remboursement de l'assurance maladie est calculé sur la base du tarif conventionnel et que le médecin applique un tarif plus élevé, le ticket modérateur (reste à charge après remboursement de l'Assurance maladie) sera plus important. Les dépassements d'honoraires pourront éventuellement être pris en charge par la complémentaire (en totalité ou en partie), en fonction du contrat choisi par l'assuré auprès de sa complémentaire.

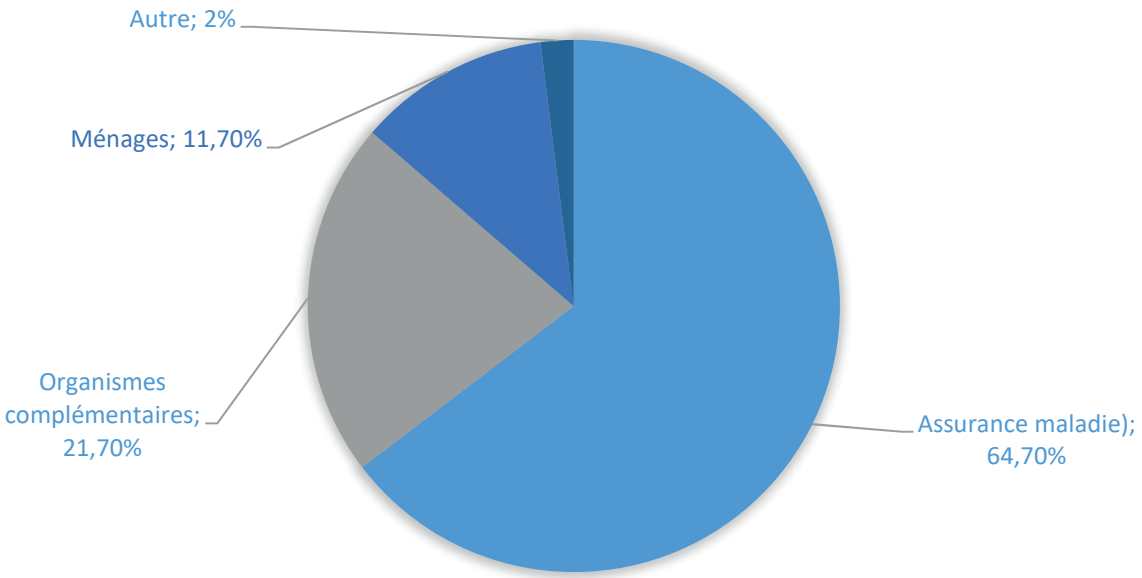
» Consultation d'un médecin en secteur 3

Pour les médecins de secteur 3 (médecins non conventionnés), l'Assurance maladie ne rembourse qu'à hauteur de 0,61 euros pour une consultation de médecine générale et de 1,22 € pour une consultation chez un spécialiste. La complémentaire pourra éventuellement rembourser le reste à charge, en fonction du contrat (Graphique 3).

1.5 Evolutions socio-démographiques

Sur le plan socio-démographique, les projections réalisées par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) font apparaître trois

Graphique 3 : Prise en charge des dépenses de soins dans le secteur de la médecine de ville, 2015



Graphique d´après les chiffres du Portail de Statistiques, 2017.

©Minerva Studio – Shutterstock.com

grandes tendances à l'horizon 2040 : la féminisation de la profession, le rajeunissement de la profession et la part croissante de praticiens ayant obtenu leur diplôme à l'étranger. Il est précisé que les chiffres ci-dessous se rapportent à la population globale de médecins tous secteurs confondus, et non exclusivement au secteur de la médecine de ville.

- Féminisation de la profession : La profession s'est fortement féminisée sur les dix dernières années. Selon les chiffres de l'ordre national des médecins, la part des femmes parmi l'ensemble des médecins en activité était ainsi de 47 % en 2017 contre 38 % en 2007. Cette évolution devrait se poursuivre à l'avenir : Selon les projections de la Drees (scénario central), la part des femmes devrait ainsi dépasser 60 % en 2034[7]. La féminisation explique en partie le fort développement de l'exercice de groupe, qui permet de mieux concilier vie professionnelle et vie privée.
- Rajeunissement de la profession : La dernière décennie a été marquée par le vieillissement de la population médicale. L'âge moyen des médecins en France était de 51, 2 ans en 2017. La part des médecins âgés de moins de 40 ans est actuellement de seulement 20 %, tandis que celle des médecins de plus de 60 ans s'élève à 28 %[8]. La tendance devrait s'inverser à l'avenir, notamment en raison du départ en retraite de la génération des babyboomers. La proportion des médecins de 55 ans ou plus devrait ainsi passer de 45 % en 2015 à 22 % en 2035. D'ici à 2035, l'âge moyen des médecins devrait passer à 45 ans[9].
- Part croissante de praticiens ayant obtenu leur diplôme à l'étranger : Depuis 2007, selon les chiffres de la Drees, les effectifs de médecins ayant obtenu leur diplôme à l'étranger augmentent en moyenne de 1500 par an[10]. Toujours selon la Drees, la proportion de médecins ayant obtenu leur diplôme à l'étranger parmi les nouveaux actifs est ainsi passée de 6 % en 2007 à 10 % en 2015. Depuis 2007, 80 % des nouveaux médecins diplômés à l'étranger sont des médecins spécialistes (hors médecine générale). L'arrivée de médecins diplômés à l'étranger permet d'atténuer la baisse des effectifs de médecins.

7 Direction de la recherche, des études, de l´évaluation et des statistiques : Les médecins d´ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée.

8 Ordre national des médecins, Conseil national de l´Ordre : Atlas démographique médicale en France, 2017.

9 Direction de la recherche, des études, de l´évaluation et des statistiques : Les médecins d´ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée.

10 Direction de la recherche, des études, de l´évaluation et des statistiques : Les médecins d´ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée.

2. LES SOINS AMBULATOIRES À L'HÔPITAL

Les soins prodigués à l'hôpital peuvent être classés en trois grandes catégories :

- l'hospitalisation complète, qui suppose une ou plusieurs nuitées ;
- l'hospitalisation partielle, c'est-à-dire des passages à l'hôpital ne nécessitant pas de nuitée, on parle aussi de soins ambulatoires à l'hôpital ;
- les consultations externes, qui correspondent à de simples consultations de médecine de ville réalisées dans les murs de l'hôpital.

Les soins ambulatoires à l'hôpital se développent fortement actuellement, en lien avec les progrès de la médecine et en raison des économies réalisées par rapport à une hospitalisation complète. Les stratégies définies au niveau national et déclinées au niveau régional par les ARS font du développement de la prise en charge ambulatoire une priorité. Cette dynamique est connue sous le nom de « virage ambulatoire ».

Les soins ambulatoires à l'hôpital peuvent être classés en deux catégories : la chirurgie ambulatoire et l'hôpital de jour.

2.1 La chirurgie ambulatoire

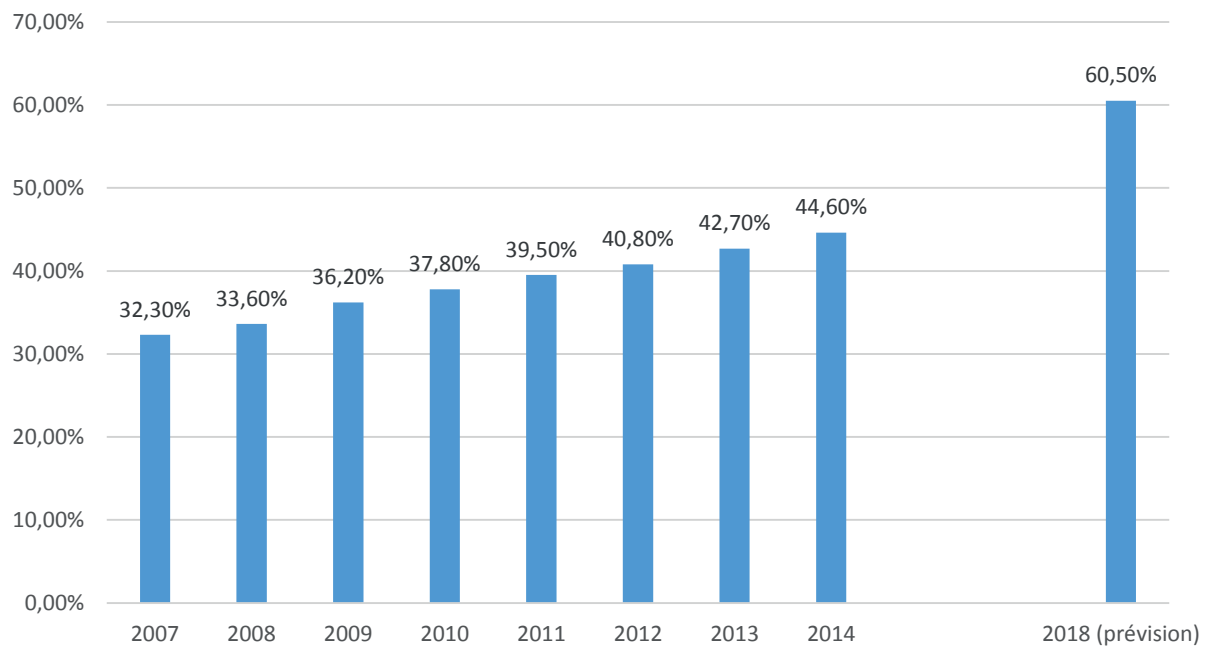
La chirurgie ambulatoire est définie comme un traitement de chirurgie permettant la sortie du patient le jour même de son admission dans l'établissement de soin. L'hospitalisation dure moins de 12 heures, sans hébergement de nuit. Comme le montre le graphique 4, La part des séjours en chirurgie ambulatoire sur l'ensemble des activités de chirurgie a fortement augmenté depuis une dizaine d'année. Elle est passée de 32,3 % en 2007 à 44,6 % en 2014. L'objectif fixé par le ministère de la santé est d'atteindre un taux de 70 % à l'horizon 2022 (Graphique 4).

2.2 L'hôpital de jour

L'hôpital de jour vise à fournir une prise en charge médicale multidisciplinaire concentrée sur une journée ou demi-journée, ne nécessitant pas une hospitalisation complète mais ne pouvant pas être effectuée en consultation externe.

La plupart des hôpitaux de jours sont spécialisés dans une ou plusieurs spécialités, comme la psychiatrie ou la gériatrie. Il existe également des hôpitaux de jour d'évaluation, qui se concentrent sur le diagnostic.

Graphique 4 : Taux global de la chirurgie ambulatoire



Graphique d´après les chiffres de l´INSEE et la DGOS.

3. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

TEXTES DE LOI

- Code de la santé publique, 1953, version consolidée 2019.
- Code de la déontologie médicale, édiction avril 2017.

DOSSIERS ET ÉTUDES

- Actualités et dossier en santé publique : Les médecins aujourd'hui en France, dossier n. 32, publié en 2000.
- Armbruster, Susanne : Versorgungsnetzwerke im französischen und deutschen Gesundheitswesen. Eine vergleichende Studie unter Berücksichtigung rechts- und gesundheitswissenschaftlicher Aspekte, 2004.
- Collectif Interassociatif Sur la Santé : L'exercice libéral de la médecine à l'hôpital. Fiche thématique, 2015.
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques : Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée.
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques : Portrait des professionnels de santé, L'exercice ambulatoire des professionnels de santé, édition 2016
- Direction générale de l'offre des soins : Les chiffres clés de l'offre des soins, 2015.
- Direction générale de l'offre des soins : Recueil des fiches pratiques sur l'efficience hospitalière.
- Fédération hospitalière de France : Le point sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, 2017.
- Inspection générale des affaires sociales, inspection générale des finances : Développement des prises en charge hospitalières ambulatoire de médecine, 2016.
- Ordre national des médecins : Améliorer l'offre de soins : Initiatives réussis dans les territoires, 2016.
- Ordre national des médecins, Conseil national de l'Ordre : Atlas démographique médicale en France, 2017.

SITES INTERNET

- Site officiel de l'Assurance maladie : https://www.ameli.fr/bas-rhin
- Site officiel de l'Administration française : https://www.service-public.fr/
- Site officielle de la Mutuelle générale : https://www.lamutuellegenerale.fr/
- Site officielle des médecins généralistes France : https://www.mgfrance.org/
- Site officiel de l'Institut national de la statistique et des études économiques : https://www.insee.fr/fr/accueil
- Site officiel du Conseil national de l'Ordre des médecins : https://www.conseil-national.medecin.fr/
- Site officiel du Ministère des Solidarités et de la Santé : https://solidarites-sante.gouv.fr/
- Site officiel du Portail de Statistiques : https://fr.statista.com/

©novak.elcic – Shutterstock.com

La médecine ambulatoire en Allemagne

Conception et développement :

- Anne Dussap (TRISAN),
- Lydia Kassa (TRISAN),
- Eddie Pradier (TRISAN),
- Astrid Dacquin (TRISAN).

Rédaction :

- Lydia Kassa (TRISAN),
- Eddie Pradier (TRISAN).

Relectures d'experts :

- Thomas Christ *(Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz)*,
- Dr. Peter Hinz *(Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg)*,
- Markus Steinmetz *(Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz)*.

Traduction :

- Flore Scetbon.

Mise en page :

- Print Europe – Delphine Boch.

TRISAN est le centre de compétences trinational pour favoriser la coopération transfrontalière dans le champ de la santé dans le Rhin supérieur. Le centre de compétences a été créé dans le cadre d'un projet initié par la Conférence franco-germano-suisse du Rhin supérieur et cofinancé par le programme INTERREG V Rhin supérieur. Il est porté par l'Euro-Institut, institut spécialisé dans la formation, l'accompagnement de projet et le conseil sur les questions transfrontalières.
Sont également partenaires du projet : l'ARS Grand Est, le Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, le Regierungspräsidium de Karlsruhe, le Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz, le département de santé Bâle-Ville, les cantons de Bâle-Ville, Bâle-Campagne et Argovie ainsi que la confédération helvétique.

TRISAN / Rehfusplatz 11, D – 77 694 Kehl / trisan@trisan.org / +49 (0) 7851 7407 38

La médecine ambulatoire en Allemagne **21**

1. La médecine de ville conventionnée 25

1.1 Cadre organisationnel 25

1.2 Rémunération des médecins 29

2. La médecine de ville du secteur privé 31

2.1 Conditions d'installation 31

2.2 Rémunération des médecins 31

3. Modalités d'exercice de la profession 31

3.1 Les modes d'exercices 31

3.2 Evolutions socio-démographiques 33

3.3 Délégation de tâches 34

4. Les soins ambulatoires dans le secteur hospitalier 35

5. Références bibliographiques 37

SOMMAIRE

Remarques liminaires

Pour bien comprendre l'organisation de la médecine de ville en Allemagne, il semble tout d'abord indispensable de rappeler que l'Allemagne dispose d'un système d'assurance maladie dual faisant coexister deux régimes bien distincts :

- L'assurance maladie légale *(gesetzliche Krankenversicherung – GKV)*, dont relève environ 90 % de la population ;
- L'assurance maladie privée *(private Krankenversicherung – PKV)*, dont relève environ 10 % de la population.

La présente brochure sera structurée en quatre parties :

Dans une première partie, nous nous intéresserons à la médecine de ville du secteur conventionné *(Vertragsärztliche Versorgung)*. Comme nous le verrons, ce secteur est régulé en autogestion au niveau de chaque Land dans le cadre de négociations entre l'Union des médecins de ville conventionnée *(Kassenärztliche Vereinigung)* et les représentants des caisses de l'assurance maladie légale *(Gesetzliche Krankenversicherung)*. Il est essentiel de bien comprendre que seuls les médecins conventionnés sont habilités à prendre en charge les patients relevant de l'assurance maladie légale. Etant donné que ces derniers représentent environ 90 % de la population, le secteur conventionné est de loin le secteur le plus important de la médecine de ville.

Dans une seconde partie, nous nous pencherons plus rapidement sur la médecine de ville privée. Cette dernière s'adresse principalement aux patients relevant de l'assurance maladie privée *(Private Krankenversicherung)*, soit 10 % de la population. Les patients relevant de l'assurance maladie légale pourront dans l'absolu consulter un médecin privé, mais ils n'auront pas droit à une prise en charge (hors exceptions liées en particulier à l'urgence).

Une troisième partie portera sur les modalités d'exercices ainsi que sur les évolutions socio-démographiques dans le secteur de la médecine de ville.

Traditionnellement, les soins ambulatoires ont été la chasse gardée de la médecine de ville, la *Kassenärztliche Vereinigung* veillant à ce que les hôpitaux n'empiètent pas sur le champ des soins ambulatoires. Cependant, la séparation entre les deux secteurs s'est progressivement assouplie, surtout sur les 20 dernières années. D'une part, les hôpitaux peuvent – sous certaines conditions – développer une activité ambulatoire. D'autre part, les médecins hospitaliers peuvent – sous certaines conditions – être habilités à assurer des consultations externes, et donc intervenir dans le cadre de la médecine de ville du secteur conventionné. C'est ce que nous verrons en quatrième partie.

1. LA MÉDECINE DE VILLE CONVENTIONNÉE

1.1 Cadre organisationnel

1.1.1 Délimitations du secteur conventionné

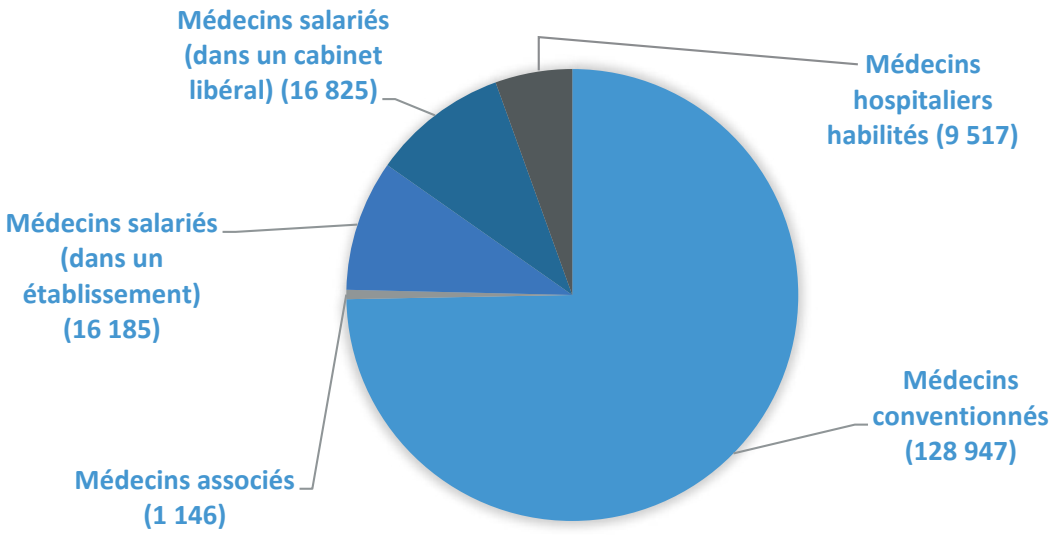
Comme précisé en introduction, l'organisation de la médecine de ville conventionnée *(Vertragsärztliche Versorgung)* relève au niveau de chaque Land de la *Kassenärztliche Vereinigung*, qui agit dans le cadre de négociations et accords avec les caisses.

Le secteur conventionné s'appuie sur l'ensemble des médecins qui relèvent de la *Kassenärztliche Vereinigung* et sont dès lors habilités à prendre en charge les patients de l'assurance maladie légale. Les médecins de ville conventionnés ont l'obligation d'adhérer à la *Kassenärztliche Vereinigung*. Ils peuvent avoir différents types de statut :

- Médecin conventionné *(Vertragsarzt)* ;
- Médecin associé (*Partnerarzt* ; médecin conventionné indépendant qui est associé dans un cabinet de groupe ;
- Médecin salarié *(Angestellter Arzt)* ;
- Médecin hospitalier habilité à intervenir sur le champ de la médecine de ville conventionnée *(Ermächtigter Arzt)*.

On notera que les psychothérapeutes font également partie de la *Kassenärztliche Vereinigung*.

Graphique 1 : Nombre de praticiens du secteur conventionné en fonction du statut, 2017



Graphique d'après les données de l'Union fédérale des médecins de ville conventionnés, 2017.

Les médecins conventionnés *(Vertragsärzte)*

Fondamentalement, les médecins disposent de la liberté d'installation. Néanmoins, pour pouvoir exercer en tant que médecin conventionné, les médecins souhaitant s'installer doivent obtenir une autorisation, la *Zulassung*. Seule cette *Zulassung* leur permettra de prendre en charge des patients de l'assurance maladie légale.

L'obtention de cette autorisation n'est pas juste une simple formalité. En effet, la délivrance des autorisations est à comprendre comme un instrument de régulation de l'offre (cf. partie 1.1.2). Ainsi, les territoires des Länder sont divisés en zones de planification, et l'autorisation ne sera délivrée que pour une zone bien précise. Si cette zone présente une densité médicale suffisante, l'autorisation ne sera pas délivrée. Le médecin devra alors s'inscrire sur une liste d'attente gérée par la *Kassenärztliche Vereinigung*.

Les autorisations sont délivrées par des commissions paritaires composées de représentants des médecins conventionnés *(Kassenärztliche Vereinigung)* et des représentants des caisses. Ces commissions paritaires interviennent non pas au niveau du Land, mais à un niveau infra *(Zulassungsbezirke)*. A titre d'exemple, le Land de

Rhénanie-Palatinat est divisé en 4 *Zulassungsbezirke* et compte donc quatre commissions paritaires. L'autorisation est délivrée soit pour un exercice à temps plein, soit pour un exercice à 50 % *(Teilzulassung)*.

Pour une demande d'autorisation, le médecin doit être inscrit au registre des médecins *(Arztregister)* tenu par la *Kassenärztliche Vereinigung*. Pour ce faire, il doit à la fois :

- disposer de l'autorisation d'exercer (Approbation), laquelle est obtenue au terme des 6 premières années des études de médecine ;
- et avoir achevé la formation de spécialité, en médecine générale ou en médecine de spécialité.

Médecins salariés *(Angestellte Ärzte)*

Les médecins n'ayant pas demandé ou obtenu d'autorisation d'installation ont la possibilité d'exercer dans le secteur conventionné en tant que médecins salariés :

- soit auprès d'un médecin conventionné ;
- soit dans un centre de soins médicaux *(Medizinische Versorgungszentrum - MVZ)* disposant de l'autorisation. Les MVZ feront l'objet de développement plus détaillés au point 3.1.

Les médecins salariés n'ont pas le statut de médecins conventionnés *(Vertragsarzt)* – ce statut est réservé aux médecins disposant de l'autorisation – mais ils sont inscrits au registre des médecins de la *Kassenärztliche Vereinigung* et participent pleinement à la médecine de ville conventionnée.

Médecins hospitaliers habilités *(Ermächtigte Ärzte)*

Un médecin hospitalier peut – sous certaines conditions – être habilité à assurer des consultations externes au bénéfice de patients relevant de l'assurance maladie légale. Il sera alors lui-aussi partie prenante de la médecine de ville conventionnée *(Vertragsärztliche Versorgung)*. Les médecins hospitaliers ayant reçu l'habilitation sont dénommés *Ermächtigte Ärzte*. Nous y reviendrons au point 4.

Psychothérapeutes

Avec la loi sur les métiers de psychothérapie *(Psychotherapeutengesetz)* de 1999, le champ de la médecine de ville conventionnée *(Vertragsärztliche Versorgung)* s'est élargi aux soins de psychothérapie[1]. En conséquence, les psychothérapeutes – ainsi que les psychothérapeutes spécialisés dans l'enfance *(Kinder und Jugendpsychotherapeuten)* - peuvent participer à la médecine de ville conventionnée dès lors qu'ils obtiennent l'autorisation, ou en tant que salarié d'un Centre de soins médicaux *(Medizinisches Versorgungszentrum)* ou d'un psychothérapeute conventionné. Les psychothérapeutes ne seront pas abordés plus en détail dans le cadre de ce cahier thématique.

1.1.2 Régulation de l'offre

Comme nous l'avons déjà mentionné, l'acteur central pour l'organisation de la médecine de ville conventionnée sont les 17 *Kassenärztliche Vereinigungen* implantées dans chacun des Länder, étant noté que le Land de Rhénanie-du-Nord-Westphalie, Land le plus peuplé d'Allemagne, compte deux *Kassenärztliche Vereinigungen*[2].

Les *Kassenärztliche Vereinigungen* sont des établissements publics soumis au contrôle de l'Etat[3]. Leur existence ainsi que leurs missions sont inscrites dans la loi. Les *Kassenärztliche Vereinigungen* assument en particulier les missions suivantes :

- Elles sont responsables de la rémunération des médecins, en répartissant entre les médecins les budgets globaux qu'elles négocient avec les caisses. Nous y reviendrons au point 1.2 ;
- Elles représentent les intérêts de leurs membres, notamment auprès des financeurs (les caisses de l'assurance maladie légale) ;
- Elles ont pour mission de garantir la couverture de soins pour les patients qui relèvent de l'assurance maladie légale. Cette mission, qui leur est confiée par la loi (article 72, du Livre V du Code de la Sécurité sociale allemande – *Sozialgesetzbuch V*), est connue sous le nom de *Sicherstellungsauftrag*[4].

On notera que ce *Sicherstellungsauftrag* englobe aussi la permanence des soins en dehors des heures d'ouverture des cabinets. Ce sont ainsi les *Kassenärztliche Vereinigungen* qui sont chargées d'organiser la permanence des soins ambulatoire (appelée, selon les *Länder, Bereitschaftsdienst* ou *Notfalldienst*). Nous en dirons quelques mots dans l'encadré ci-dessous. Pour plus de détail, le lecteur pourra se reporter au cahier thématique TRISAN intitulé « Les soins médicaux urgents en France, en Allemagne et en Suisse ».

1 Kassenärztliche Bundesvereinigung: *Die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, 2014.*

2 Bundeszentrale für politische Bildung, dans: *http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72594/strukturen-und-versorgungsformen*

3 Simon, Michael, *Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise, 2013.*

4 Livre V du Code de la Sécurité sociale, *§ 72: Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung.*

La permanence des soins ambulatoire en Allemagne

La permanence des soins ambulatoire (PDSA) assure la prise en charge médicale de problèmes de santé urgents mais ne présentant pas de risque vital en dehors des heures normales d'ouverture des cabinets. Tous les médecins partie prenante à la médecine de ville conventionnée sont tenus d'y participer. Cette obligation vaut tant pour les médecins conventionnés que pour les médecins salariés. A l'inverse, les médecins privés ainsi que les médecins hospitaliers (y compris ceux habilités à exercer dans le champ de la médecine de ville conventionnée) ne sont pas tenus d'y participer, mais peuvent le faire volontairement. L'organisation de la PDSA est définie par la *Kassenärztliche Vereinigung* compétente territorialement dans le cadre de schémas d'organisation de la PDSA *(Bereitschaftsdienstordnungen)*. La PDSA repose le plus souvent sur des plateformes de garde centralisées *(Bereitschaftspraxen* en Rhénanie-Palatinat, Notfallpraxen en Bade-Wurtemberg), qui sont généralement implantées dans un hôpital ou à proximité. Au-delà de la PDSA de médecine générale, il existe également des systèmes de service de garde de médecine spécialisée.

C'est pour satisfaire à leur mission de garantir la couverture de soins *(Sicherstellungsauftrag)* que les *Kassenärztliche Vereinigungen* procèdent à une régulation de l'offre de soins. Pour ce faire, elles élaborent des schémas de planification *(Bedarfspläne)*[5]. Ces schémas sont élaborés selon des règles fixées à l'échelle fédérale dans une directive *(Bedarfplanungsrichtlinie)* du *Gemeinsamer Bundesauschuss* (la plus haute instance de codécision composée paritairement de représentants des caisses et de représentants des médecins conventionnés au niveau fédéral). On notera que les règles fixées dans la directive ont beaucoup évolué ces dernières années afin de mieux faire face aux problèmes croissants de pénurie de médecins dans les zones rurales.

Aux fins de la planification, les territoires des Länder sont découpés en zones de planification *(Planungsbereiche)*, avec des découpages plus ou moins fins en fonction du degré de spécialisation des soins : plus l'offre est spécialisée, plus les zones de planification sont grandes. La directive précitée définit ainsi quatre types de découpage correspondant à quatre niveaux de soins :

- Médecine générale *(hausärztliche Versorgung)* ;
- Médecine de spécialité de premier recours *(allgemeine fachärztliche Versorgung)*, qui englobe les médecins de spécialité suivants : ophtalmologues, chirurgiens, gynécologues, dermatologues, médecins ORL, neurologues, médecins orthopédistes, psychothérapeutes, urologues et pédiatres ;
- Médecine spécialisée (*spezialisierte fachärztliche Versorgung)*, qui englobe les médecins de spécialité suivants : anesthésistes, les médecins de médecine interne (notamment les cardiologues et les pneumologues) et les radiologues, psychiatres pour enfants et adolescents ;
- Médecine hautement spécialisée *(gesonderte fachärztliche Versorgung)* : Généticiens, biologistes neurochirurgiens, pathologistes, médecins physiques et de réadaptation, radiothérapeutes, médecine transfusionelle).

Les cartes 1 à 4 permettent d'illustrer les différents types de découpage, à l'exemple du *Land* de Bade-Wurtemberg.

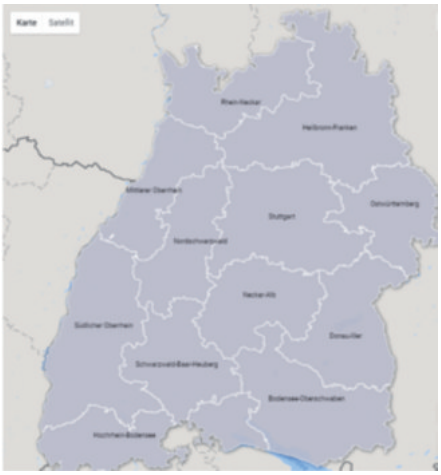
Cartes 1 à 4 : Zones de planification dans le Land de Bade-Wurtemberg, 2017

Carte 1 : Médecins généralistes

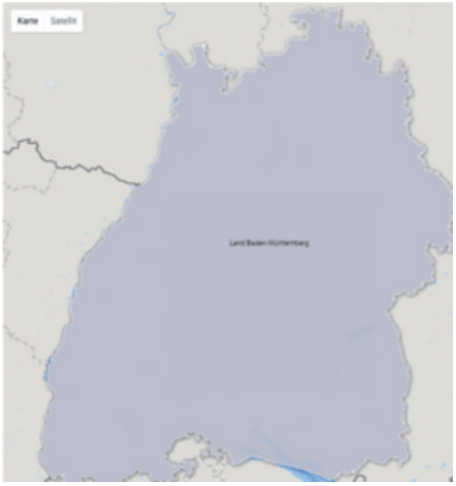
Carte 2 : Médecine de spécialité de premier recours

5 Livre V du Code de la Sécurité sociale, § 99: *Bedarfsplan*

Carte 3 : Médecine spécialisée



Carte 4 : Médecine hautement spécialisée



Site internet de la *Kassenärztliche Vereinigung* du Land de Bade-Wurtemberg

Pour chacun des quatre niveaux de soins, la directive précitée détermine la densité de médecins à atteindre pour couvrir le besoin de manière satisfaisante. A titre d'exemple, il sera considéré que le besoin en soins de médecine générale sera couvert avec une densité de 1 médecin pour 1 671 habitants. Plus les soins sont spécialisés, plus le ratio sera élevé. Par exemple, le ratio pour les médecins anesthésistes est de 1 pour 46 917 habitants. Les règles de calcul des ratios prennent en compte divers facteurs tels que la structure par âge de la population, le taux de morbidité ou encore la mobilité des patients entre les zones de planification[6].

Sur la base de ces ratios, les *Kassenärztliche Vereinigungen* évaluent l'offre de soins à intervalles réguliers pour identifier les zones qui souffrent d'un manque de médecins ou, au contraire, présentent une offre excédentaire[7], et prennent les mesures correctrices qui s'imposent.

En cas d'offre excédentaire, les mesures correctrices seront par exemple :

- La suspension de la délivrance de nouvelles autorisations : Il ne sera alors plus possible de s'installer comme médecin conventionné sur la zone de planification concernée. La seule possibilité de s'installer sera alors la reprise d'un cabinet.
- Des incitations financières aux médecins conventionnés pour qu'ils renoncent à leur autorisation.

En cas d'offre déficitaire (pénurie de médecin), les mesures suivantes qui pourront être prises sont notamment les suivantes :

- Suspension de délivrance de nouvelles autorisations dans les zones de planification bien dotées, afin d'orienter l'installation des médecins sur les zones fragiles[8].
- Aides financières à l'installation dans des zones fragiles. Les zones pour lesquelles il est possible de bénéficier d'une aide à l'installation sont définies chaque année. On pourra noter que les *Kassenärztliche Vereinigungen* ne sont pas les seules à accorder des aides à l'installation. Les Länder ont également mis en place des programmes d'aides pour encourager à l'installation en zone déficitaire.

1.1.3 Conseils de l'ordre des médecins

Il existe en Allemagne 16 Conseils de l'Ordre des médecins *(Ärztekammer)*, un par Land. Tous les médecins en exercice ont l'obligation de s'inscrire à l'ordre des médecins du Land dans lequel ils exercent. Ainsi, les Conseils de l'Ordre ne sont pas compétents uniquement pour le secteur conventionné mais également pour la médecine de ville du secteur privé, que nous traiterons en partie 2.

Les Conseils de l'Ordre ont trois missions principales :

- Ils représentent les intérêts professionnels des médecins ;
- Ils définissent les conditions d'exercice de la médecine dans le cadre d'un code de déontologie *(Berufsordnung)*, et sont chargés de veiller au respect de ce dernier ;
- Ils fixent l'ensemble des règles relatives à la formation de spécialité des médecins. Ils sont ainsi chargés d'élaborer un règlement de formation de spécialité *(Weiterbildungsordnung)* qui détermine notamment la durée de formation, le référentiel de compétences, le contenu des formations, les modalités d'examen, etc.

6 Directive de planification du *Gemeinsamer Bundesausschuss*

7 L'offre sera considérée comme excédentaire dès lors que la densité médicale est supérieure de 10% au ratio défini pour une zone de planification donnée.

8 Simon, Michael, *Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise, 2013.*

©tommaso79 – Shutterstock.com

Sur ces deux derniers points, bien que les compétences réglementaires ne soient donc pas exercées à un niveau fédéral mais au niveau des Conseils de lOrdre des différents *Länder*, on observe relativement peu de différences d'un *Land* à l'autre. Ceci s'explique par le fait que les Conseils de l'Ordre se coordonnent entre eux au niveau fédéral dans le cadre du Conseil fédéral de l'ordre des médecins.

On notera également que la formation initiale des médecins (c'est-à-dire les 6 premières années des études de médecine, avant la spécialisation) ainsi que les conditions d'obtention de l'autorisation d'exercice (*Approbation,* qui est obtenue au terme de la formation initiale) ne relèvent pas de la compétence des Conseils de l'Ordre, mais du ministère fédéral de la santé *(Approbationsordnung).*

Les Conseils de l'Ordre des médecins sont des structures de droit public. Ils sont financés par les cotisations des membres. Les 16 Conseils de l'Ordre des Länder sont représentés au Conseil fédéral de l'Ordre des médecins *(Bundesärztekammer)*, lequel a notamment pour mission d'assurer la coordination entre les Conseils de l'Ordre des Länder et de représenter les intérêts de ses membres auprès des instances fédérales.

1.1.4 Accès aux soins

Dans le cadre de la médecine de ville, les assurés disposent de la liberté de choix du médecin. Ils n'ont pas l'obligation de choisir un médecin traitant, et peuvent se rendre directement chez un médecin spécialiste, sans pénalités en termes de prise en charge. Cependant, dans un objectif de maîtrise des dépenses et afin de réduire des délais d'attente pour l'obtention d'un rendez-vous chez un médecin spécialiste, les caisses ont l'obligation de proposer à leurs assurés l'adhésion à un parcours de soins coordonné[9] : Les patients choisissent un médecin traitant et s'engagent volontairement à consulter d'abord ce dernier, en contrepartie d'avantages financiers tels que des cotisations moins élevées[10].

Pour les personnes relevant de l'assurance maladie légale, le libre choix du médecin se rapporte uniquement aux médecins conventionnés. Le patient ne peut recourir à un médecin privé qu'en cas d'urgence. A défaut, la caisse d'assurance maladie ne prend pas en charge les frais. La liberté de choix du médecin ne s'applique pas non plus dans le cas d'une hospitalisation : Le patient sera pris en charge par le médecin de service. On notera aussi qu'une hospitalisation doit être prescrite préalablement par un médecin ville (sauf en cas d'urgence).

1.2 Rémunération des médecins

Pour les patients relevant de l'assurance maladie légale, les médecins conventionnés ne facturent pas au patient : Ils sont rémunérés par les caisses d'assurance maladie par le biais des *Kassenärztliche Vereinigungen*, selon un système assez complexe.

Chaque année, les caisses d'assurance maladie accordent à la *Kassenärztliche Vereinigung* de chaque Land un budget global destiné à rémunérer les médecins. Le montant de ce budget global fait l'objet de conventions collectives entre les caisses et les *Kassenärztliche Vereinigungen.* Il est déterminé en fonction de différents critères tels que le nombre d'assurés légaux dans le Land en question, ainsi que la morbidité[11]. En 2017, ce budget global s'élèvait à environ 1,3 milliards d'euros par an dans le Land de Rhénanie-Palartinat, et à environ 3,3 milliards d'euros dans le Land de Bade-Wurtemberg. On notera qu'il existe également des budgets globaux spécifiques, par exemple pour les actions de dépistage.

9 Livre V du Code de la Sécurité sociale, § 73b: *Hausarztzentrierte Versorgung.*

10 Finkenstädt, Verena : *Die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz, 2015.* Document non traduit en français.

11 Livre V du Code de la Sécurité sociale, § 87a: *Regionale Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten.*

Chaque trimestre, les cabinets communiquent à la *Kassenärztliche Vereinigung* dont ils relèvent la liste des prestations qu'ils ont réalisées *(Abrechnung)*. Les prestations médicales donnant lieu à prise en charge sont listées dans une grille *(Einheitliche Bewertungsmaßstab)* élaborée au niveau fédéral dans le cadre de négociations entre les représentants des médecins conventionnés et les représentants des caisses[12]. Cette grille attribue à chaque prestation un certain nombre de points. Le tarif de chaque prestation en euros est ensuite obtenu en multipliant le nombre de points par la valeur du point, qui est défini annuellement au niveau de chaque Land.

Après avoir contrôlé les données transmises par les cabinets, la *Kassenärztliche Vereinigung* procède à la répartition du budget global perçu par les caisses. Pour ce faire, elle calcule tout d'abord les honoraires correspondant aux actes de biologie médicale et aux prestations relevant de la permanence des soins[13]. Le reste du budget global est ensuite réparti en deux budgets distincts, l'un dédié à la rémunération des médecins généralistes, l'autre dédié à la rémunération des médecins spécialistes. La clé de répartition est fixée au niveau fédéral. Les budgets sont ensuite répartis sur les différentes spécialités, puis sont, in fine, répartis entre les différents cabinets.

Le système de rémunération est assorti de mécanismes complexes de plafonnement des honoraires. Jusqu'à un certain volume d'actes, les prestations sont rémunérées au tarif plein tel qu'il découle du *Einheitlichen Bewertungsmaßstab*. Au-delà, des tarifs dégressifs sont appliqués. Les modalités concrètes de plafonnement des honoraires peuvent varier d'un Land à l'autre.

Vient s'ajouter la rémunération des prestations aux assurés privés, qui sont facturées directement au patient (cf. point 2).

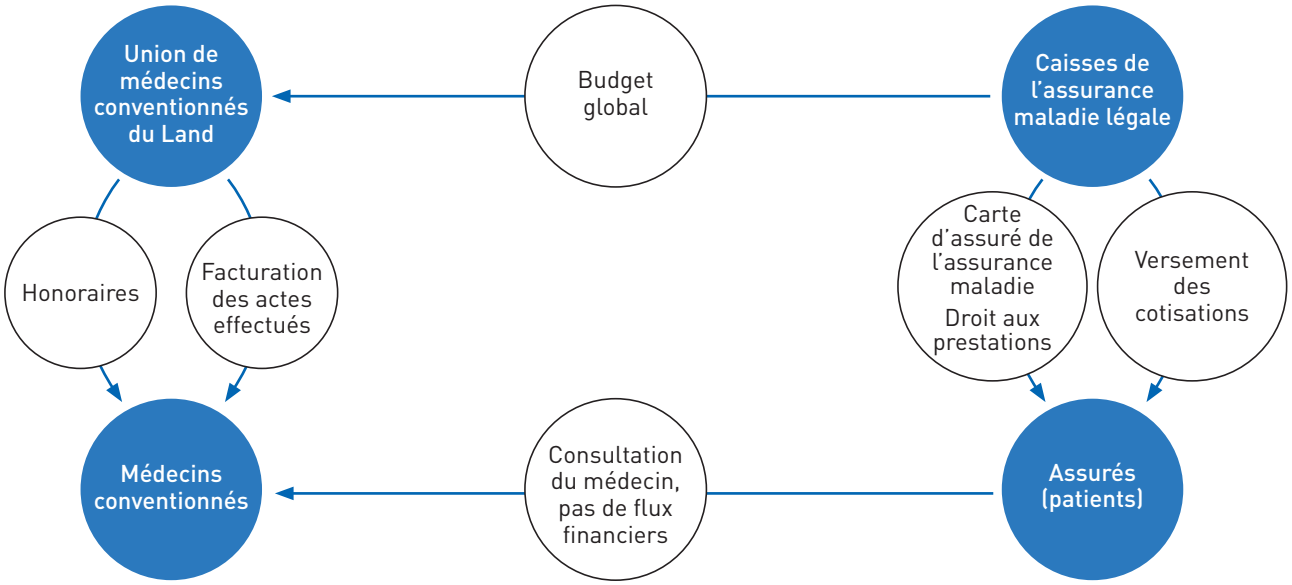
Loi sur le renforcement de l'accès aux soins *(Versorgungsstärkungsgesetz)*

La *Versorgungsstärkungsgesetz* de 2015 a introduit des éléments de flexibilisation du système de rémunération dans l'objectif de soutenir l'exercice de la médecine dans les zones rurales. La loi prévoit notamment les dispositifs suivants :

- Suppression des mécanismes de plafonnement des honoraires pour les médecins exerçant en zone fragile ;
- Possibilité pour les *Kassenärztliche Vereinigungen* et les caisses de prévoir des majorations de tarifs pour certains types de prestation et/ou pour certains types de prestataires (en particulier ceux exerçant dans les zones fragiles) ;
- Possibilité pour les *Kassenärztliche Vereinigungen* de verser 0,1 % du budget global accordé par les caisses dans un fonds structurel, lequel devant servir à financer le versement d'aides à l'installation ou de majorations tarifaires pour les médecins s'installant en zone fragile.

On notera également que la loi de 2015 sur le renforcement de l'accès aux soins *(Versorgungsstärkungsgesetz)* a introduit des éléments de flexibilisation du système de rémunération visant à soutenir l'exercice de la médecine dans les zones rurales (voir graphique 2).

Graphique 2 : Système de rémunération des médecins conventionnés (pour les patients relevant de l'assurance maladie légale)[14]



12 Livre V du Code de la Sécurité sociale, § 87: *Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte.*

13 Simon, Michael, *Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise, 2013*

14 Graphique selon Simon, Michael, *Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise, 2013.*

2. LA MÉDECINE DE VILLE DU SECTEUR PRIVÉ

Comme nous l'avons précisé en introduction, l'Allemagne est caractérisée par un système d'assurance maladie dual, avec d'un côté l'assurance maladie légale *(Gesetzliche Krankenversicherung – GKV)*, dont relève environ 90 % de la population, et de l'autre côté l'assurance maladie privée *(Private Krankenversicherung – PKV)*, qui couvre 10 % de la population.

Dans ce contexte, la médecine de ville du secteur privé *(Privatärztliche Versorgung)* s'adresse quasi exclusivement aux personnes relevant de l'assurance maladie privée. En effet, les assurés légaux n'auront pas droit à prise en charge s'ils se rendent chez un médecin privé *(Privatarzt)*, hors cas exceptionnels liés par exemple à l'urgence. Les assurés privés, eux, pourront se rendre indifféremment chez un médecin conventionné ou un médecin privé : Ils seront pris en charge dans les deux cas de manière identique.

2.1 Conditions d'installation

Un médecin qui souhaite s'installer en tant que médecin privé jouit d'une totale liberté d'installation. En effet, les médecins privés ne relèvent pas de la *Kassenärztliche Vereinigung* et n'ont pas à obtenir d'autorisation de la part de cette dernière. Ils peuvent également s'installer dans des zones pour lesquelles la *Kassenärztliche Vereinigung* a suspendu la délivrance d'autorisation pour le secteur conventionné.

Pour pouvoir s'installer en tant que médecin privé, le médecin doit simplement justifier des conditions de diplôme et être inscrit au Conseil de l'Ordre des médecins.

La représentation des intérêts des médecins privés est assurée par le groupement fédéral des médecins privés *(Privatärztliche Bundesverband)*.

2.2 Rémunération des médecins

Les médecins privés facturent directement au patient, lequel se fera ensuite rembourser par sa caisse. Le patient aura donc à faire l'avance des frais *(Kostenerstattungsprinzip)*.

La grille de tarification des actes qui s'applique n'est pas le *Einheitliche Bewertungsmaßstab* (qui vaut uniquement dans le cadre de l'assurance maladie légale), mais la *Gebührenordung für Ärzte*, qui est adoptée par ordonnance par le gouvernement fédéral. Cette grille liste les prestations médicales et leur attribue un certain nombre de points. Elle fixe également une valeur de point standard, les médecins pouvant ensuite appliquer une valeur de point jusqu'à 3,5 fois plus élevée, selon la difficulté et la durée de la prestation et sous réserve d'une justification écrite. Les tarifs du secteur privé sont donc généralement plus élevés que ceux pratiqués dans le cadre de l'assurance maladie légale. Les médecins privés ne sont soumis à aucun mécanisme de régulation du nombre d'actes, contrairement à ce que l'on peut observer dans le secteur conventionné. Ils peuvent donc réaliser autant d'actes qu'ils le souhaitent, et prescrire autant d'examens et médicaments qu'ils l'entendent.

On notera que ces règles ne s'appliquent pas exclusivement aux médecins privés, mais également aux médecins conventionnés lorsqu'ils prennent en charge un assuré privé. Les assurés privés sont donc une patientèle très attractive pour les médecins conventionnés (rémunération qui vient s'ajouter à la rémunération versée par la *Kassenärztliche Vereinigung* ; tarifs plus élevés ; nombre d'actes non limité). Ceci explique que lorsqu'ils consultent un médecin conventionné, les assurés privés bénéficient de conditions plus avantageuses que les assurés légaux. Ainsi, ils ont généralement la possibilité d'obtenir un rendez-vous chez le médecin beaucoup plus rapidement que les assurés légaux. Une fois arrivés au cabinet, ils sont souvent accueillis dans une salle d'attente dédiée et le temps d'attente est généralement moins long. Aussi, ils se voient souvent proposer des examens très complets, puisque le nombre d'actes n'est pas plafonné. En revanche, le statut d'assuré privé peut avoir pour effet négatif que le médecin mène plus d'examens et actes que ce qui serait réellement nécessaire (risque de surmédicalisation).

3. MODALITÉS D'EXERCICE DE LA PROFESSION

Les développements de cette partie concernent aussi bien le secteur conventionné que le secteur privé.

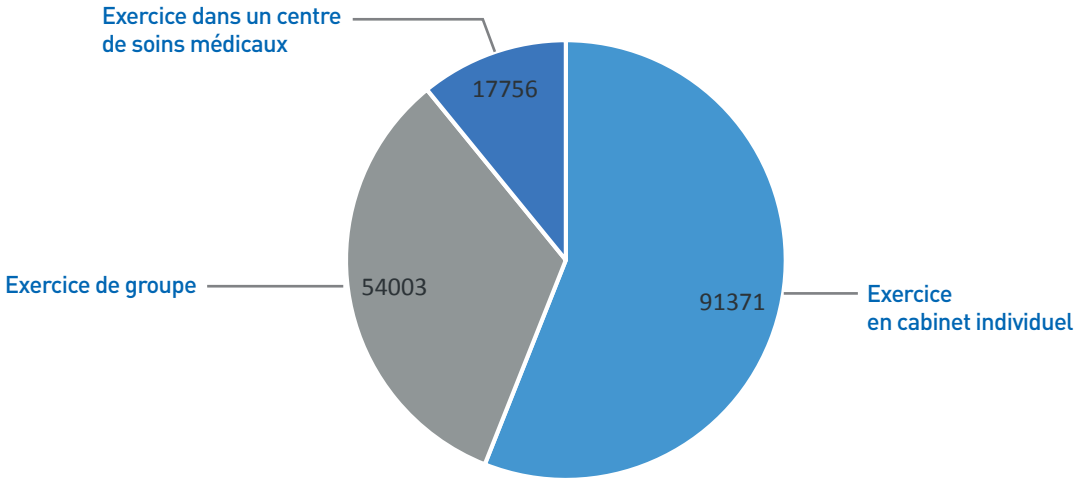
3.1 Les modes d'exercices

Il existe trois grands modes d'exercice de la médecine de ville en Allemagne : le cabinet individuel *(Einzelpraxis)*, l'exercice de groupe dans le cadre d'une *Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)*, et l'exercice dans un centre de soins médicaux *(Medizinisches Versorgungszentrum - MVZ)*.

Comme le montre le graphique 3, la grande majorité des cabinets sont des cabinets individuels. Néanmoins, l'exercice partagé de la médecine s'est fortement développé ces dix dernières années. Comme le montre le graphique, en 2017, 44 % des médecins et psychothérapeutes conventionnés exercaient leur profession de manière partagée (exercice de groupe ou dans un centre de soins médicaux)[15].

15 Kassenärztliche Bundesvereinigung: *Gesundheitsdaten*, dans: http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17019.php.

Graphique 3 : Répartition des praticiens du secteur de la médecine de ville conventionnée, selon le mode d'exercice, 2017



Graphique d'après les données de l'Union fédérale des médecins de ville conventionnés, Données relatives à la santé, 2017.

Cabinet individuel *(Einzelpraxis)*

Le cabinet individuel reste la forme d'exercice la plus répandue en Allemagne. Néanmoins, comme le montre le tableau ci-dessous, les dernières années ont été marquées par une diminution importante du nombre de cabinets individuels.

Tableau 1 : Nombre de cabinets individuels en 2008 et 2016

	2008	2016
Cabinets individuels de médecine générale	35 203	30 071
Cabinets individuels de médecine spécialisée	35 131	31 444
Cabinets individuels de psychologie et de psychothérapie	14 691	20 953

Tableau d'après les données de l'Union fédérale des médecins conventionnés, Données relatives à la santé, 2016.

Le terme de « cabinet individuel » peut laisser croire à un exercice solitaire de la profession, cela est cependant rarement le cas. Trois éléments sont ici à prendre en compte :

- Le médecin peut avoir recours à des assistants médicaux.
- Un médecin libéral est habilité à embaucher jusqu'à trois médecins, qui exercent alors en tant que médecins salariés. De plus en plus de médecins exercent en tant que médecins salariés.
- Il existe diverses formes de coopération auxquelles les cabinets individuels peuvent avoir recours. A titre d'exemple, la création d'une *Praxisgemeinschaft* permet à des médecins exercant en cabinet individuel de mutualiser des locaux, des équipements et/ou du personnel (sans partage de la patientèle). Un médecin exercant en cabinet individuel peut également faire le choix de s'installer dans une maison médicale *(Ärztehaus)*, qui regroupe plusieurs cabinets en un même lieu.

Exercice de groupe dans le cadre d'une *Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)*

Une *Berufsausübungsgemeinschaft* (terme générique qui englobe diverses formes d'exercice de groupe) peut être établie :

- entre médecins ;
- entre médecins et psychothérapeutes ;
- entre médecins et centres de soins médicaux ;
- et entre centres de soins médicaux.

Il existe différentes formes d'exercice de groupe. Les plus répandues sont les cabinets de groupe *(Gemeinschaftspraxen)*, dans lesquels plusieurs médecins exercent dans un même cabinet, avec partage de la patientèle et facturation commune. Les cabinets de groupe peuvent être créés par des médecins généralistes ou des spécialistes, issus de la même spécialité ou de disciplines différentes.

Centre de soins médicaux *(Medizinische Versorgungszentrum - MVZ)*

Les centres de soins médicaux ont été introduits en 2004 par la loi de modernisation de l'assurance maladie. Par rapport aux cabinets de groupe, les centres de soins médicaux présentent les particularités suivantes :

- Ils peuvent être créés par des médecins libéraux mais aussi par d'autres catégories d'acteurs tels qu'un hôpital ou une commune ;
- Ils permettent d'associer des médecins et d'autres professionnels de santé (pharmaciens, infirmiers, psychothérapeutes, etc.) ;
- Les médecins qui y exercent peuvent être soit des médecins libéraux, soit des médecins salariés, c'est à dire embauchés par la structure. Une structure pourra fonctionner uniquement avec des médecins salariés. L'autorisation de la *Kassenärztliche Vereinigung* (donnant droit à la prise en charge des patients relevant de l'assurance maladie légale) est délivrée non pas aux médecins à titre individuel mais à la structure elle-même.

Les centres de soins médicaux sont impérativement dotés d'une direction médicale. L'équipe est composée au minimum de deux médecins, de même spécialité ou de spécialité différente[16].

Comme le montre le graphique 4, le nombre de centres de soins médicaux a augmenté très fortement entre 2008 et 2017.

3.2 Evolutions socio-démographiques

Sur le plan socio-démographique, la profession de médecin de ville est marquée par quatre grandes tendances, étroitement liées les unes aux autres. Des exemples de Bade-Wurtemberg (chiffres de 2017) et de la Rhénanie-Palatinat (chiffres de 2015) illustreront ces tendances.

Développement de l'activité salariale :

Les médecins installés en libéral ainsi que les centres de soins médicaux ont la possibilité d'embaucher des médecins, lesquels exercent alors en tant que salariés. Le nombre de médecins salariés exerçant dans le secteur de la médecine de ville a fortement augmenté en Allemagne ces dernières années : Il est passé d'environ 8 800 en 2008 à près de 30 000 en 2016[17].

Développement du temps partiel :

Le développement de l'activité salariale s'est accompagné d'une forte augmentation de l'activité à temps partiel. A titre d'exemple, parmi l'ensemble des médecins inscrits à la *Kassenärztliche Vereinigung* du Land de Bade-Würtemberg, 22 % travaillaient à temps partiel en 2017, contre seulement 8 % en 2011.

Graphique 4 : Nombre de centres de soins médicaux (MVZ) en 2008 et 2017

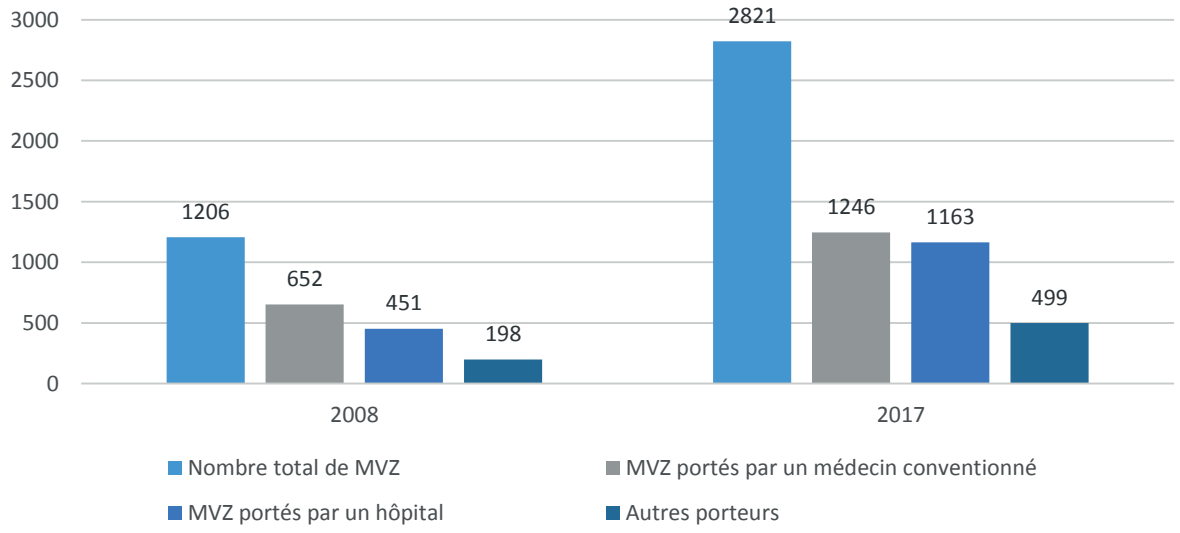


Diagramme d'après les données de l'Union fédérale des médecins de ville conventionnées, Données relatives à la santé, 2017.

16 Simon, Michael, *Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise, 2013*

17 Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg: *Die ambulante medizinische Versorgung, 2018*

Féminisation de la profession:

La profession médicale se féminise de plus en plus. Tant dans le Bade-Wurtemberg qu'en Rhénanie-Palatinat, environ la moitié des médecins en exercice et plus de deux tiers des nouveaux diplômés en médecine sont des femmes[18].

Vieillissement de la profession :

La dernière décennie a été marquée par un vieillissement important de la profession. A titre d'exemple, la part des médecins conventionnés de plus de 60 ans en Rhénanie-Palatinat s'élevait à 30 % en 2015, contre seulement 13 % en 2005 %[19].

3.3 Délégation de tâches

Les médecins ont la possibilité de déléguer certaines tâches à des assistants médicaux. Les possibilités de délégation sont définies au niveau fédéral dans le cadre de conventions entre l'Union fédérale des médecins conventionnés *(Kassenärztliche Bundesvereinigung*[20]*)* et la Fédération nationale des caisses de l'assurance maladie légale *(GKV-Spitzenverband)*. Ces conventions déterminent les activités qui peuvent être déléguées à des personnels médicaux, ainsi que les modalités de réalisation des tâches. Les assistants médicaux peuvent avoir plusieurs degrés de qualification, dont les trois principaux sont les suivants :

- *Medizinische Fachangestellte :* Ils sont chargés de l'acceuil du patient dans le cabinet et assistent le médecin lors de l'examen médical et la réalisation des actes médicaux. Ils contribuent à poser le diagnostic et effectuent des travaux en laboratoire. En règle générale, la formation dure trois ans. Il s'agit d'une formation en alternance, qui se déroule à la fois dans un cabinet médical (ou un hôpital) et dans un centre de formation professionnelle (*Berufsschule)*.
- *Nicht-ärztliche Praxisassistenten :* Il s'agit de *Medizinische Fachangestellte* ayant suivi une formation complémentaire d'une durée de 271 heures proposée par les Conseils de l'Ordre des médecins. En concertation avec le médecin, ils sont habilités à effectuer de manière autonome des visites à domicile ou dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées. Ils sont par exemple habilités à soigner les plaies ou à contrôler la pression artérielle et la glycémie. Ils sont également chargés de la coordonnation avec les services de soins ambulatoires.
- *Versorgungsassistenten :* Il s'agit de *Medizinische Angestellte* ayant suivi une formation complémentaire d'une durée de 200 heures, proposée quant-à-elle par la Fédération allemande des médecins généralistes (*Deutscher Hausärzteverband)*. Les tâches qui peuvent leur être déléguées sont globalement les mêmes que celles déléguées aux *Nicht-ärztliche Praxisassistenten*.

Envirion 25 % des médecins généralistes et 12 % des médecins spécialistes ont recours à des assitants médicaux[21].

©George Rudy – Shutterstock.com

18 Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg: *Die ambulante medizinische Versorgung, 2018*

19 Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz : *Versorgungsatlas Rheinland-Pfalz, 2016.*

20 La *Kassenärztliche Bundesvereinigung* est la Fédération des 17 *Kassenärztliche Vereinigung des Länder.*
Elle assure des missions de coordination et représente les intérêts des médecins du secteur conventionné au niveau fédéral.

21 Finkenstädt, Verena : *Die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz, 2015.*
Document non traduit en français.

4. LES SOINS AMBULATOIRES DANS LE SECTEUR HOSPITALIER

Les soins proposés en hôpital peuvent être classés en trois grandes catégories :

- L'hospitalisation complète *(vollstationäre Behandlung)* qui correspond à une prise en charge à l'hôpital d'une durée supérieure à 24 heures ;
- L'hospitalisation partielle *(teilstationäre Behandlung)* qui correspond à une prise en charge comprenant plusieurs passages à l'hôpital ne dépassant pas 24 heures. Cela concerne des pathologies spécifiques, notamment dans les domaines de la psychiatrie ou de la gériatrie ;
- Les soins ambulatoires *(ambulante Behandlung)* qui correspondent à une prise en charge ponctuelle à l'hôpital n'impliquant pas de nuitée.

Comme nous l'avons précisé en introduction, les soins ambulatoires en milieu hospitalier se sont développés tardivement en Allemagne, la *Kassenärztliche Vereinigung* exercant un quasi-monopole sur le secteur ambulatoire. Il existe deux grandes exceptions historiques :

- Les hôpitaux universitaires sont autorisés à délivrer des soins ambulatoires en raison de leurs missions spécifiques dans la recherche et l'enseignement[22] ;
- Les médecins hospitaliers peuvent proposer des consultations externes aux patients relevant de l'assurance maladie privée[23].

Si elle est toujours très prégnante aujourd'hui, la frontière entre le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier s'est perméabilisée dans les vingt dernières années. Les hôpitaux peuvent désormais délivrer des soins ambulatoires en particulier dans les cas suivants :

- Depuis 1993, les hôpitaux sont habilités à pratiquer la chirurgie ambulatoire[24]. La liste des interventions chirurgicales pour lesquelles la chirurgie ambulatoire en hôpital est soit possible soit obligatoire fait l'objet de négociations régulières entre la Fédération allemande des hôpitaux *(Deutsche Krankenhausgesellschaft - DKG)*, la Fédération nationale des caisses de l'assurance maladie légale *(GKV-Spitzenverband)* et l'Union fédérale des médecins de ville conventionnés *(Kassenärztliche Bundesvereinigung)*.
- Depuis 2004, les hôpitaux peuvent être habilités (sur demande) à intervenir dans le secteur de la médecine de ville conventionnée lorsqu'un déficit de l'offre de soins ambulatoire a été constaté sur une spécialité donnée[25] (article 116 a du Livre V du Code de la Sécurité sociale). L'autorisation est délivrée pour une durée de 2 ans.
- Depuis 2004, les hôpitaux peuvent être habilités (sur autorisation) à délivrer des soins ambulatoires pour certaines maladies rares, complexes, difficiles à soigner ou impliquant des soins hautement spécialisés (article 116 b du Livre V du Code de la Sécurité sociale). Les maladies concernées sont listées dans le code de la Sécurité sociale (cf. tableau ci-dessous), la liste étant actualisée tous les deux ans.

Maladies listées dans l'article 116 b du Livre V du Code de la Sécurité sociale au 11.12.2018		
Maladies cancéreuses	Tuberculose	Syndrome/maladie de Marfan
Maladies rhumatismales	Fibrose kystique ou mucoviscidose	Hypertension artérielle pulmonaire
VIH/SIDA*	Hémophilie	Syndrome du grêle court
Paraplégie avec complications rendant nécessaire une prise en charge interdisciplinaire*	Maladies congénitales, maladies congénitales du système squelettique dès la naissance, et maladie neuro-musculaires	Soins aux patients avant ou après une transplantation d'organes et soins aux donneurs vivants
Sclérose en plaques*	Maladies auto-immunes graves	Cholangite sclérosante primitive
Crises cérébrales (Épilepsie)*	Cirrhose biliaire	Soins aux enfants atteints d'une maladie métabolique dès la naissance
Maladies complexes dans le cadre de la cardiologie pédiatriques*	Maladie de Wilson	Transsexualité
Effets secondaires d'une naissance prématurée*	Traitement interventionnel de la douleur assisté par IRM ou CT-scan	Curiethérapie (ou Brachythérapie)
Insuffisance cardiaque (NYHA niveau 3 – 4)*		
* Pour les maladies comportant un astérisque, les hôpitaux ne sont habilités à délivrer des soins ambulatoires que pour les cas complexes.		

22 Livre V du Code de la Sécurité sociale, § 117: *Hochschulambulanzen.*

23 Dans la pratique, ce type de soins est prodigué quasi-exclusivement par les médecins-chefs *(Chefärzte)*.

24 Livre V du Code de la Sécurité sociale, § 115 : *Ambulantes Operieren im Krankenhaus.*

25 Livre V du Code de la Sécurité sociale, § 116a : *Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung.*

©Gorodenkoff – Shutterstock.com

- Les médecins hospitaliers peuvent être habilités (à titre individuel) à intervenir dans le secteur de la médecine de ville conventionnée, c'est-à-dire proposer des consultations externes pour les patients de l'assurance maladie légale[26]. On parle dans ce cas de *Ermächtigte Ärzte*. L'habilitation est délivrée principalement à des médecins-chefs *(Chefärzte)* et ne vaut généralement que sur des plages horaires bien définies (c'est-à-dire en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux). Le médecin est rémunéré par la *Kassenärztliche Vereinigung*. En 2012, près de 10 000 médecins hospitaliers détenaient une telle accréditation (soit moins de 5 médecins par hôpital en moyenne). En retour, les médecins de ville du secteur conventionné peuvent, sous certaines conditions, être habilités à recourir au plateau technique d'un hôpital et proposer ainsi des soins en hospitalisation complète ou partielle. On parle alors de *Belegärzte*. En 2014, environ 5 % des médecins de ville disposaient d'une telle habilitation. Les activités réalisées en tant que *Belegarzt* ne doivent pas constituer l'activité principale du médecin. Le médecin est rémunéré en règle générale par le biais de la *Kassenärztliche Vereinigung*. Il arrive aussi que le médecin signe un contrat d'honoraires avec l'hôpital et soit alors rémunéré par ce dernier. Les prestations de l'hôpital (mise à disposition des équipements etc.) sont facturées séparément auprès des caisses ou auprès du patient[27].
- Les hôpitaux peuvent également délivrer des soins ambulatoires dans le cadre de modèles de soins intégrés *(integrierte Versorgungsmodelle)*. Introduits en 1993, les modèles de soins intégrés se sont surtout développés suite à la réforme de l'assurance maladie de 2004. Ils consistent en une coopération entre différentes catégories de prestataires relevant soit d'un même secteur, soit de secteurs différents (par ex. un hôpital et des médecins de ville). Ces coopérations visent notamment à améliorer la prise en charge des patients atteints de maladie chronique nécessitant de recourir à différents types de prestataires de soins. Elles s'appuient sur une convention entre des prestataires de soins et une ou plusieurs caisses d'assurance maladie. La participation à un modèle de soins intégrés permet aux prestataires de soins de s'affranchir des délimitations sectorielles de la délivrance des soins : en d'autres termes, un hôpital qui contracte avec un médecin ambulatoire sera habilité à proposer des consultations externes aux patients de l'assurance maladie légale (dans la limite des prestations couvertes par la convention). On recense actuellement plus de 6000 conventions de soins intégrés en Allemagne.
- Comme nous l'avons vu au point 3.1, les hôpitaux sont également habilités à créer des centres de soins médicaux *(Medizinische Versorgungszentren - MVZ)*.

26 Livre V du Code de la Sécurité sociale, § 116 : *Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte.*

27 On notera que certains services de petits hôpitaux fonctionnent uniquement sur cette base. On les appelle alors *Belegabteilungen*. Cela concerne principalement des spécialités chirurgicales à faible volume sur des territoires isolés dans lesquels il ne serait pas rentable pour l'hôpital d'employer un médecin à temps plein.

5. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

LÉGISLATION

- Loi sur la profession d'ergothérapeute *(Gesetz über den Beruf der Ergotherapeutin und des Ergotherapeuten)*, 1976
- Loi sur la profession d'orthophoniste *(Gesetz über den Beruf der Logopädin und des Logopäden)*, 1980
- Loi sur les professions du domaine de la kinésithérapie (Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie), 1994
- Directive sur la gestion des besoins ainsi que les normes relatives à la constatation de l'excédent et de la pénurie de l'offre de soins conventionnés *(Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung/ Bedarfsplanungsrichtlinie)*, 2012
- Livre V du Code de la Sécurité sociale : Assurance maladie légale *(Sozialgesetzbuch V zur gesetzlichen Krankenversicherung)*, 1988
- Loi sur le renforcement de l'assurance maladie légale *(Versorgungsstärkungsgesetz der gesetzlichen Versicherung)*, 2015

RAPPORTS ET ÉTUDES

- Bundesärztliche Vereinigung : *Die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung*, 2014. Non traduit en français.
- Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg : *Die ambulante medizinische Versorgung*, 2018. Non traduit en français.
- Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz: *Versorgungsatlas Rheinland-Pfalz*, 2016. Non traduit en français.
- Finkenstädt, Verena : *Die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz, Studie des wissenschaftlichen Instituts der privaten Krankenversicherung*, 2015. Non traduit en français.
- Simon, Michael : *Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise.* Verlag Hans Huber, Bern, 2013. Non traduit en français.

RESSOURCES EN LIGNE

- Page officielle de l'Agence des réseaux de médecins allemands : http://deutsche-aerztenetze.de/
- Page officielle de l'Agence fédérale pour l'éducation politique : https://www.bpb.de/
- Page officielle de l'Union fédérale des médecins de ville conventionnés : https://www.kbv.de/html/
- Page officielle du Service médical de l'Assurance maladie : https://www.mdk.de/
- Page officielle de l'Union des Caisses complémentaires d'assurance maladie : https://www.vdek.com/

©Andrei_R – Shutterstock.com

La médecine ambulatoire en Suisse

Conception et développement :

- Anne Dussap (TRISAN),
- Lydia Kassa (TRISAN),
- Eddie Pradier (TRISAN).

Rédaction :

- Lydia Kassa (TRISAN).

Relectures d'experts :

- Dr. Peter Indra, *Gesundheitsdepartement Basel-Stadt ;*
- Stephan Kaufmann, *Gesundheitsdepartement Basel-Stadt ;*
- Mathias Rechsteiner, *Kantonsspital Winterthur ;*
- Susanne Rodewald, *Gesundheitsdepartement Basel-Stadt.*

Traduction :

- Flore Scetbon.

Mise en page :

- Print Europe – Delphine Boch.

TRISAN est le centre de compétences trinational pour favoriser la coopération transfrontalière dans le champ de la santé dans le Rhin supérieur. Le centre de compétences a été créé dans le cadre d'un projet initié par la Conférence franco-germano-suisse du Rhin supérieur et cofinancé par le programme INTERREG V Rhin supérieur. Il est porté par l'Euro-Institut, institut spécialisé dans la formation, l'accompagnement de projet et le conseil sur les questions transfrontalières.
Sont également partenaires du projet : l'ARS Grand Est, le Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, le Regierungspräsidium de Karlsruhe, le Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz, le département de santé Bâle-Ville, les cantons de Bâle-Ville, Bâle-Campagne et Argovie ainsi que la confédération helvétique.

TRISAN / Rehfusplatz 11, D – 77 694 Kehl / trisan@trisan.org / +49 (0) 7851 7407 38

La médecine ambulatoire en Suisse **39**

1. La prise en charge ambulatoire dans les cabinets médicaux 43

1.1 Cadre organisationel 43

1.2 L'exercice de la profession médicale 47

2. Les soins ambulatoires à l'hôpital 52

2.1 Définition des soins ambulatoires à l'hôpital 52

2.2 La facturation des soins ambulatoires à l'hôpital 52

3. Coûts et financement de la prise en charge ambulatoire 53

4. Références bibliographiques 55

SOMMAIRE

Remarques liminaires

En Suisse, la médecine ambulatoire comprend :

- les soins fournis par des médecins libéraux dans des cabinets médicaux ;
- les soins ambulatoires au sein d'un hôpital.

Les soins ambulatoires au sens large renvoient à l'ensemble des professions médicales qui exercent en libéral. Selon la loi sur les professions médicales (LPMed[1]), il s'agit des soins pratiqués par les médecins, dentistes, chiropraticiens, et les autres professionnels de santé exerçant en libéral (par exemple les ergothérapeutes et kinésithérapeutes), ainsi que les organisations et entreprises soumises à autorisation[2]. Néanmoins, ce cahier thématique sera axé sur le groupe professionnel des médecins.

Le secteur des soins ambulatoires en cabinet médical a connu d'importantes évolutions depuis l'ordonnance sur la limitation de l'admission des médecins à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire de 2002 – le dit moratoire. Les cantons sont responsables de la mise en œuvre de ce moratoire, qui a pris une forme plus souple depuis 2013 mais prévoit toujours une limitation du nombre de médecins admis à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie dans chaque canton. La limitation des admissions de médecins a été prolongée jusqu'en 2021 et devrait ensuite être remplacée par un mode de régulation plus strict défini à l'échelle fédérale.

Les différences entre les cantons dans le domaine de la médecine ambulatoire sont liées aux compétences propres des cantons et leur liberté de mise en œuvre. A ce titre, il est souvent considéré que la Suisse ne compte pas un mais 26 systèmes de santé (un par canton), qui diffèrent par leur structure et leur offre. Ce cahier thématique aborde le sujet à l'échelle fédérale tout en présentant les différences entre cantons, notamment en matière de densité médicale.

©George Rudy – Shutterstock.com

1 LPMéd ; RS 811.11; https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20040265/index.html.

2 *Departement für Gesundheit und Soziales Aargau: Strukturbericht Gesundheit, 2016.*

1. LA PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE DANS LES CABINETS MÉDICAUX

1.1 Cadre organisationel

En Suisse, la compétence de règlementation du système de santé, et donc de la prise en charge ambulatoire est partagée entre la Confédération et les cantons. Le gouvernement fédéral a la responsabilité d'établir le cadre juridique général. Au niveau de l'Etat fédéral, les compétences sont partagées entre le Conseil fédéral, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) et le Département fédéral de l'économie, de la formation et de la recherche (DEFR).

1.1.1 L'autorisation d'exercer

Les soins ambulatoires en cabinet médical sont principalement assurés par des médecins libéraux. Pour exercer cette profession, il est nécessaire d'être titulaire d'une autorisation d'exercer[3], ou autorisation à ouvrir un cabinet[4]. Les conditions d'octroi d'une autorisation sont définies au niveau fédéral dans la loi sur les professions[5]. Ces conditions incluent :

- la possession d'un diplôme fédéral ;
- ainsi que le fait d'être digne de confiance et de présenter tant physiquement que psychiquement, les garanties nécessaires à un exercice irréprochable de la profession.

Néanmoins, la mise en œuvre des lois-cadres dans le secteur de la santé incombe aux cantons. Ainsi, l'autorité sanitaire cantonale est responsable de la délivrance de l'autorisation d'exercer et dispose d'ordonnances propres qui régissent les autorisations pour le personnel médical sur son territoire. Par exemple, les autorités sanitaires cantonales peuvent décider si les médecins salariés doivent également disposer d'une autorisation d'exercer ou non.

Par conséquent, un médecin libéral doivt demander l'autorisation du canton sur le territoire sur lequel il veut exercer pour ouvrir ou reprendre un cabinet. Un médecin peut exercer sa profession dans un autre canton pour une durée ne pouvant excéder 90 jours sans demander d'autorisation du canton d'exercice. Les personnels de santé titulaires de qualifications professionnelles étrangères peuvent exercer en tant que prestataire de services à titre libéral sans autorisation d'exercer. Toutefois, il existe alors une obligation de déclarer son activité.

Certains cantons, tels que les cantons de Bâle-Campagne, Bâle-Ville ou Thurgovie, disposent de services médicaux rattachés à leur département de la santé. Ces services sont responsables de l'octroi de l'autorisation d'exercer[6]. En outre, chaque canton désigne une autorité chargée du contrôle des personnes exerçant une profession médicale universitaire à titre libéral[7]. En cas de violation des devoirs professionnels, l'autorité de surveillance peut prononcer des mesures disciplinaires[8].

1.1.2 Liberté d'installation et admission cantonale

En Suisse, il n'existe pas de procédure d'admission formelle[9] pour exercer une activité à la charge de l'assurance maladie obligatoire. L'autorisation d'exercer s'apparente donc à une admission à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire. En 2002, le Conseil fédéral suisse a adopté une ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire (OLAF) (Graphique 1).

Ainsi, depuis 2002, outre leur autorisation d'exercer, les médecins ont besoin d'une admission cantonale. Ce moratoire sur l'installation des médecins en cabinet a été mis en place par crainte d'une explosion des coûts et de l'afflux de médecins originaires de l'Union européenne. Les cantons étaient responsables de la mise en œuvre de cette limitation. A l'origine, ce moratoire était limité à une durée de trois ans. Par la suite, il a été étendu jusqu'au 31 décembre 2019 pour les médecins de premier recours – médecine généraliste, médecine interne, médecine interne générale ainsi que pédiatrie, mais également les médecins praticiens ainsi que les cabinets de groupe - et jusqu'à la fin 2011 pour les médecins spécialistes. Comme l'indique l'Observatoire suisse de la santé (Obsan), après une période de levée du moratoire, une forme plus souple

3 Articles 34 et 36 de la Loi sur les professions médicales : Autorisation d'exercer la profession à titre d'activité économique privée sous sa propre responsabilité.

4 FMH : Le médecin en tant que salarié ou employeur, 2013.

5 Loi sur les professions médicales, Article 36.

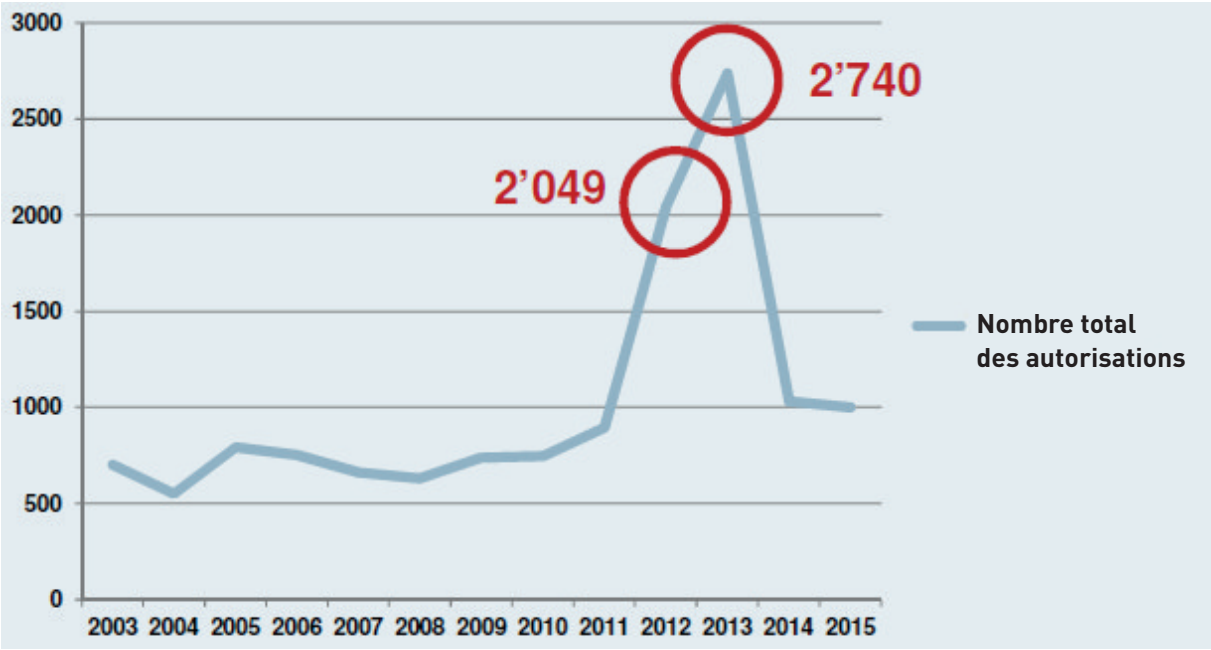
6 *Verordnung über die Fachpersonen und Betriebe im Gesundheitswesen (Bewilligungsverordnung) des Kantons Basel-Stadt, Artikel 4: Medizinische Dienste.*

7 Loi sur les professions médicales, Article 41 : Autorité cantonale de surveillance.

8 Loi sur les professions médicales, Article 43 : Mesures disciplinaires.

9 En Suisse, l'autorisation d'installation est appelée « admission ».

Graphique 1 : Admissions de médecins, par année



Source : Santésuisse: *Status quo und Perspektive der ambulanten Versorgungsplanung Schweiz*, présentation du 09.07.2015.

de limitation des admissions a été introduite au 1er juillet 2013. Sont notamment exclus de cette limitation les médecins qui ont exercé pendant au moins trois ans dans un établissement de formation suisse. Ce sont les cantons qui sont à nouveau responsables de la mise en œuvre de ce moratoire. Initialement, ce régime transitoire devait prendre fin le 30 juin 2019 ; début 2019, il a été prolongé jusqu'à mi 2021 par le Parlement, d'ici la mise en place d'un mode de régulation plus clair et durable.

Le moratoire n'est pas mis en œuvre de la même manière dans tous les cantons. Les cantons ont l'obligation de mettre en œuvre la régulation des admissions lorsque le nombre maximal de médecins – fixé dans l'ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire – a été atteint dans le domaine de spécialité. Néanmoins, ils peuvent prévoir que le nombre maximal déterminé dans l'ordonnance n'est pas appliquée pour un ou plusieurs domaines de spécialité. En outre, les cantons sont libres de décider d'étendre l'interdiction d'admission aux médecins du secteur ambulatoire des hôpitaux[10].

Les médecins sans admission pour ouvrir leur propre cabinet peuvent exercer en dehors du cadre de l'assurance-maladie obligatoire ou en tant que médecin salarié dans un cabinet. Il est également possible de travailler dans un hôpital.

1.1.3 La Foederatio Medicorum Helveticorum (FMH)

Chaque profession de santé est représentée par une association au niveau cantonal. Les associations cantonales sont fédérées au sein d'une organisation faîtière à l'échelle fédérale. Pour les médecins, il s'agit de la Chambre médicale suisse (Foederatio Medicorum Helveticorum, FMH).

La FMH représente près de 40 000 membres et 26 organisations médicales (une par canton). La FMH met l'accent sur la promotion de la formation prégraduée, postgraduée et continue ainsi que le développement des structures tarifaires. La FMH assume un rôle d'interlocuteur pour les questions qui se posent à l'échelle nationale en matière de prévention et de qualité des soins. En outre, elle s'investit pour une mise en oeuvre globale de la cybersanté. Enfin, elle est active en matière de recherche sur les services de santé.

L'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue est un institut autonome au sein de la FMH. L'Institut est responsable de la réglementation et de l'exécution de la formation postgraduée des médecins. Il se charge de décerner les titres de spécialiste dans le cadre des programmes de formation postgraduée accrédités par la Confédération.

10 SASIS SA, dans : https://www.sasis.ch/de/Entry/DocumentEintrag/DocumentFile?documentId=22508.

1.1.4 Les assureurs-maladie

Outre l'autorisation de pratique cantonale, les médecins indépendants ont besoin d'un numéro de Registre des codes-créanciers (RCC). Ce numéro est attribué par la SASIS SA, une filiale de Santésuisse. Santésuisse est la principale organisation de la branche de l'assurance-maladie obligatoire. Les missions principales de Santésuisse sont les suivantes :

- Informer les assurés sur le système de santé et l'assurance obligatoire ;
- Informer les membres sur les évolutions et les décisions en matière de politique de santé en Suisse ;
- Représenter les intérêts auprès du public ;
- Formation des apprentis de la branche.

Outre la SASIS SA, le groupe santésuisse regroupe également sa filiale tarifsuisse SA (responsable de la négociation de tarifs dans le domaine de l'assurance maladie obligatoire), ainsi que la Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie (FSA, responsable des prestations pour la prise en charge et les accompagnements de patients atteints de maladies particulières).

1.1.5 Répartition des compétences de régulation de la médecine ambulatoire

Pour l'essentiel, les compétences sont réparties entre la Confédération et les cantons. Le tableau 1 indique quel échelon ou quelles institutions sont responsables des différentes missions[11].

Tableau 1 : Missions et compétences de la Confédération et des cantons pour la prise en charge médicale ambulatoire en cabinet

Missions	Compétence
• Commencer ou poursuivre des études de médecine en Suisse, • Evaluation des examens intermédiaires effectués à l'étranger	Conférence des recteurs des hautes écoles suisses Décanats des facultés de médecine
• Reconnaissance des diplômes de formation médicale étrangers et des titres de formation postgraduée selon la directive de l'UE	Commission fédérale des professions médicales (commission extraparlementaire fédérale)
• Obtention d'un titre fédéral de formation postgraduée (titre de spécialiste ou titre de médecin praticien), • Reconnaissance des périodes de formation postgraduée effectuées à l'étranger pour l'obtention d'un titre fédéral de formation postgrade	Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue
• Obtention d'une attestation de formation complémentaire	Sociétés de discipline médicale
• Obtention d'un certificat de formation continue pour un titre fédéral de spécialiste	Organisations médicales concernées
• Recertification d'attestations de formation complémentaire	Sociétés de disciplines médicales
• Autorisation d'exercer à « titre d'activité économique privée, sous propre responsabilité professionnelle », • Autorisation d'exercer et obligation de déclarer son activité pour les fournisseurs de prestations, • Information aux médecins détenteurs d'un diplôme de médecin certifié et enregistré qui souhaitent exercer une activité à titre dépendant, • Attribution de l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie, • Assistanat et remplacement en cabinet médical	Cantons
• Attribution d'un numéro Registre des codes-créanciers	SASIS SA (santésuisse)

Tableau d'après les données de l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue : Aide-mémoire pour les médecins en Suisse, 2017.

11 Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue : Aide-mémoire pour les médecins en Suisse, 2017.

1.1.6 Parcours de soins

En principe, les patients en Suisse ont le libre choix de leur médecin. Toutefois, les patients peuvent choisir de renoncer au libre choix du médecin et souscrire des modèles d'assurance alternatifs, afin d'obtenir des réductions de primes de l'assurance maladie en contrepartie. Ces modèles visent à améliorer la qualité des soins et réduire les dépenses de santé :

- Modèle « Médecin de famille » : L'assuré s'engage à toujours consulter en premier lieu son médecin de famille, qui intervient en tant que « gatekeeper ». Le médecin de famille est responsable de la prise en charge médicale de l'assuré, et le dirige vers un spécialiste si cela s'avère nécessaire. Ce modèle vise à éviter que l'assuré ne consulte directement un médecin spécialiste aux honoraires élevés alors que son état ne le justifie pas. Les assurés qui choisissent ce modèle obtiennent une réduction de leur prime d'assurance de l'ordre de 5 à 15 %.
- Modèle « Health Maintenance Organisations (HMO) » : Une organisation HMO est un réseau de soins composé de médecins généralistes, de médecins spécialistes et de thérapeutes, le plus souvent réuinis dans un cabinet de groupe. L'un des médecins, le plus souvent un généraliste, agit en qualité de « gatekeeper » : l'assuré s'engage à toujours consulter ce médecin en premier recours.

Les organisations HMO sont souvent gérées par des assureurs maladie. Les médecins travaillent alors comme employés et percoivent un forfait mensuel pour soigner les assurés inscrits chez eux. Ils se voient fixer un budget annuel et les éventuels excédents leur sont reversés sous forme de bonus. Les assurés qui optent pour ce modèle bénéficient de réductions de leur prime d'assurance pouvant aller jusqu'à 25 %.

- Modèle « Telmed » : Dans ce modèle, les assurés doivent contacter par téléphone un centre de conseil médical avant de se déplacer chez le médecin. Dans ce centre de conseil, des professionnels de santé leur donnent des renseignements et des recommandations sur la conduite à tenir, et dirigent les patients vers un médecin, un hôpital ou un thérapeute. Dans certains cas, comme en cas d'urgence, l'assuré n'est pas obligé de contacter en premier lieu le centre de conseil médical. Les réducations de prime peuvent aller jusqu'à 15 %.

En outre, une restriction indirecte dans le libre choix du médecin existait jusqu'au 31.12.2017 : les tarifs variant entre les cantons, la caisse d'assurance maladie ne prenait en charge les coûts que sur la base du tarif cantonal du lieu de résidence ou de travail de la personne assurée[12]. Il existait des exceptions pour les soins urgents et lorsque les soins nécessaires n'étaient pas proposés près du lieu de résidence ou de travail[13]. Cependant, lorsqu'une prise en charge ambulatoire avait lieu en dehors de cette zone sans raison, la personne assurée devait prendre en charge la différence tarifaire. Cette incitation financière à se faire soigner à proximité du lieu de résidence ou de travail pouvait être considérée comme restriction du libre choix du médecin. Avec l'adaptation de l'article 41 LaMal au 01.01.2018, cette règle est désormais abrogée et la libre circulation intégrale s'applique au secteur ambulatoire.

1.1.7 Densité médicale

En 2017, la densité médicale en Suisse s'élevait à 4,3 médecins pour 1000 habitants[14]. Le pays compte une densité médicale supérieure aux autres pays à l'échelle mondiale. La densité médicale varie cependant fortement d'un canton à l'autre. Ceci est dû à la différente mise en place du gel des admissions dans les cantons.

A titre d'exemple, en 2014, le nombre de médecins de premier recours exerçant en cabinet pour 1000 habitants s'élevait à 0,89 en Argovie contre 1,3 à Bâle-Campagne. Pour ce qui est des médecins spécialistes, les densités pour 1000 habitants s'élevaient en 2014 à 0,92 en Argovie et 1,3 à Bâle-Ville. On peut noter aussi l'augmentation du nombre de médecins sans formation postgraduée de spécialité dans le canton d'Argovie. Leur nombre a augmenté de 61 % entre 2011 et 2014. Ceci est dû à l'arrivée de personnels étrangers, dont le titre de médecin spécialiste n'est pas entièrement reconnu en Suisse. En mars 2017, le canton a décidé de restreindre l'admission pour les médecins étrangers.

En outre, nous pouvons également constater des différences au sein d'un même canton. A titre d'exemple, en Argovie, les zones urbaines présentent une densité de médecins nettement supérieure à la moyenne cantonale tandis que les densités sont inférieures à cette moyenne dans les zones rurales.

12 La notion de „cadre" ne faisait pas référence à la frontière cantonale, mais prenait en compte le nombre de prestataires de services ambulatoires dans le domaine de spécialité.

13 LaMal, Section 2 : Art. 41 Choix du fournisseur de prestations et prise en charge des coûts.

14 Statistique médicale de la FMH, 2017.

1.2 L'exercice de la profession médicale

1.2.1 Médecine de premier recours et prise en charge spécialisée

En 2016, plus de 18 000 médecins exerçaient dans le secteur ambulatoire. Ce nombre a doublé en 30 ans[15].

Tableau 2 : Aperçu du nombre de médecins en exercice par secteur, 2017.

Secteur	Nombre
Secteur ambulatoire	18 858
Secteur hospitalier (sans ambulatoire)	17 466
Autre	576
Total	36 900

Tableau d'après les chiffres de la FMH, Statistique médicale, 2017.

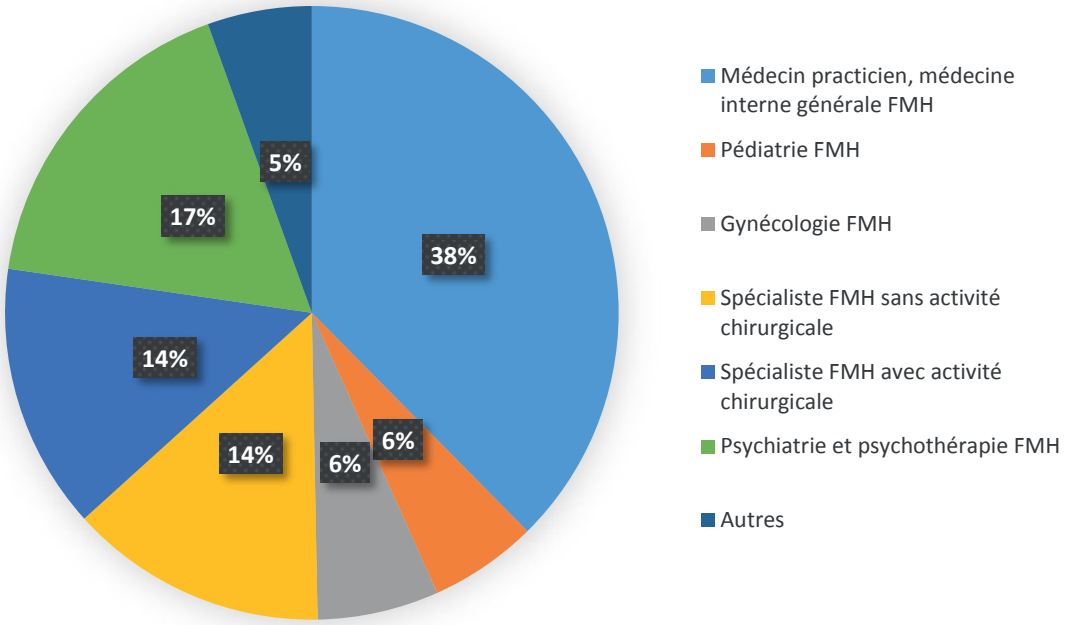
En Suisse, il existe 46 titres de spécialiste reconnus. Les soins de premier recours comportent la médecine interne, la médecine interne générale ainsi que la pédiatrie. Tous les autres titres relèvent de la médecine spécialisée. En outre, les médecins spécialistes peuvent choisir de se spécialiser dans 37 disciplines principales ou spécialisations.

90 % des soins médicaux ambulatoires sont effectués par des médecins de famille ou pédiatres. Comme exposé ci-dessus, les patients n'ont pas d'obligation de consulter le médecin de famille, cependant le modèle du médecin de famille donne à celui-ci un rôle central. En 2016, 37,6 % des médecins étaient des généralistes (Graphique 2).

Au cours de l'année 2015, deux tiers de la population ont consulté un généraliste au moins une fois. Le nombre de consultations par an augmente avec l'âge. C'est à partir de 75 ans que cette tendance est la plus nette. Toujours en 2015, plus d'un tiers de la population a consulté un spécialiste (gynécologie exclue).

La formation de médecin commence par des études de médecine humaine, qui sont assurées par les universités de Bâle, Berne, Genève, Lausanne et Zurich. Le diplôme fédéral de médecin obtenu donne droit à l'exercice de la médecine à titre salarié dans un hôpital ou un cabinet médical. Pour pouvoir exercer la médecine à titre indépendant, notamment pour l'installation en cabinet privé, le titre de spécialiste constitue l'une des conditions préalables[16].

Graphique 2 : Médecins exerçant en ambulatoire en fonction de la discipline principale en 2016.



Source : FMH – Statistique médicale 2017.

15 Office fédéral de le statistique.

16 FMH, dans : https://www.fmh.ch/fr/formation-isfm/themes/formation-pregraduee.html.

Le titre de formation postgraduée astreint à une formation continue permanente. Selon la Réglementation de l'ISFM pour la formation continue, celle-ci est d'une durée de 80 heures en moyenne par année.

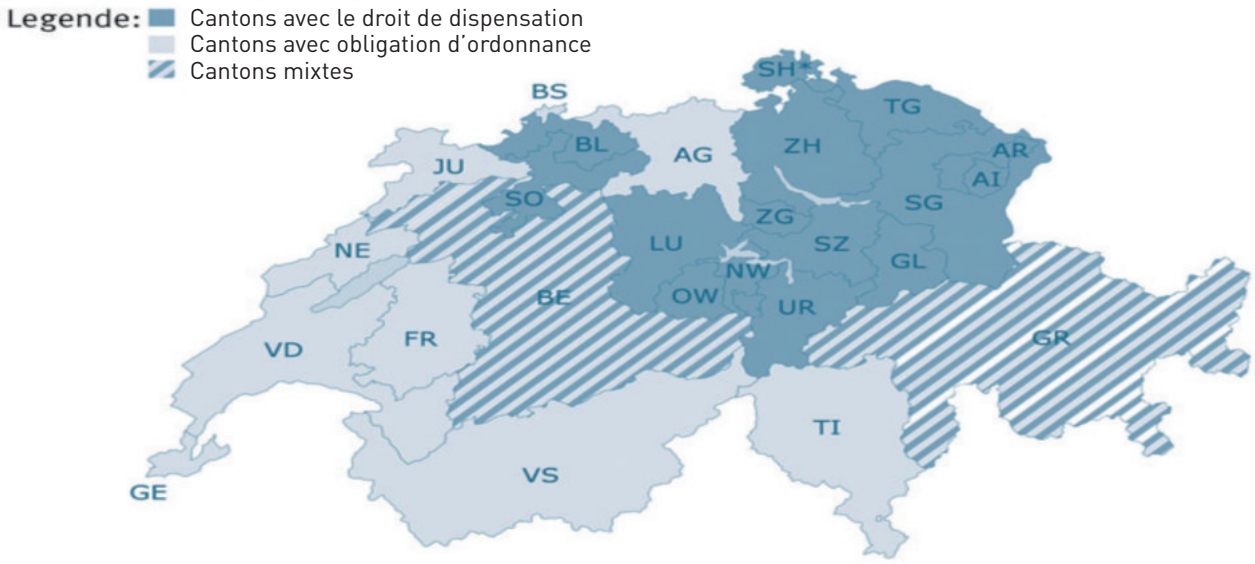
Le droit de dispensation (propharmacie) des médecins exerçant en cabinet constitue une autre caractéristique importante du secteur médical ambulatoire en Suisse. Contrairement à l'Allemagne par exemple, les médecins exerçant en cabinet ont le droit de délivrer des médicaments. Néanmoins, ce sont les cantons qui décident d'octroyer aux médecins l'autorisation de délivrer des médicaments. La carte 1 illustre le fait que seuls 16 cantons appliquent ce droit. Dans les autres cantons, une ordonnance doit être délivrée, et ce sont les pharmaciens qui sont responsables de la dispensation des médicaments. En tout, 40 % des médecins exerçant en cabinet possèdent une pharmacie au sein de leur cabinet. Les statistiques de santésuisse montrent que les dépenses de santé sont moins élevées lorsque le droit de dispensation est appliqué[17].

1.2.2 Recours a du personnel non-médical

Le recours à du personnel non-médical dans les cabinets est relativement rare en Suisse[18]. Néanmoins, il est possible d'y recourir dans le cadre des activités quotidiennes du cabinet :

- **Assistants médicaux :** Les assistants médicaux assistent le médecin dans l'exécution de tâches médicales, posent les plâtres, effectuent des injections, manipulent les appareils et font par exemple les radiographies. S'y ajoutent l'entretien et la stérilisation des instruments ainsi que des travaux de laboratoire. L'assistant médical effectue également les tâches administratives. Il est possible de commencer la formation après la 9ème année de cursus scolaire.
- **Coordinateurs en médecine ambulatoire :** Ils peuvent suivre les patients atteints d'une maladie chronique sous la responsabilité du médecin. Ils encouragent les compétences propres du patient ainsi que les compétences en soins des proches et coordonnent les activités des autres prestataires de soins. Pour exercer en tant que coordinateur en médecine ambulatoire, il faut avoir effectué au préalable la formation d'assistant médical et justifier d'une expérience professionnelle de trois ans. La formation dure un an et demi. Il est possible de choisir les options d'orientation clinique (accompagnement des patients) ou orientation administrative (gestion de l'équipe). Le règlement d'examen n'existe que depuis 2015.

Carte 1 : Droit de dispensation, répartition par canton en 2018



Source : http://www.patientenapotheke.ch/facts-und-figures/statistiken.html.

17 *Der Hausarzt: Medikamente in der Praxis abgeben?* No. 13/2016.

18 FFinkenstädt, Verena: *Die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz, Wissenschaftliches Institut der PKV, 2015*

©Syda Productions – Shutterstock.com

1.2.3 Remplacement, assistance au cabinet et embauche

Ce sont les cantons qui déterminent les exigences auxquelles doivent se conformer les médecins remplaçants. La Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé recommande plusieurs règles aux cantons sur la base de propositions de la FMH et des représentants des médecins cantonaux[19] :

- Le remplaçant doit disposer d'un diplôme reconnu de médecin. Il existe des dérogations pour les médecins étrangers hautements qualifiés qui ne peuvent pas faire reconnaitre leur diplôme faute de convention entre la Suisse et leur pays d'origine.
- La supervision n'est pas nécessaire si le remplaçant a effectué une formation clinique d'une durée de trois ans.
- Il n'est pas nécessaire d'avoir un titre de formation postgraduée.

La formation médicale postgraduée peut se dérouler dans un cabinet médical. On parle alors d'assistance au cabinet médical. L'activité chez les médecins libéraux peut être créditée au titre de la formation postgraduée pour l'obtention du titre de médecin spécialiste visé. L'assistant peut également intervenir en tant que remplacant pendant cette période.

En outre, les médecins libéraux peuvent embaucher d'autres médecins dans leur cabinet. Les cantons décident si les médecins salariés ont besoin ou non d'une autorisation d'exercer.

1.2.4 Formes d'organisation dans le secteur ambulatoire

En Suisse, les médecins libéraux du secteur ambulatoire peuvent exercer leur activité sous différentes formes d'organisation. On rencontre principalement les structures suivantes dans le secteur ambulatoire :

- Cabinets individuels ;
- Cabinets de groupe ;
- Maisons médicales.

Cabinets individuels

Une autorisation de pratique est nécessaire afin de pouvoir ouvrir un cabinet. De plus, il faut demander un numéro du registre des codes-créanciers auprès de santésuisse.

19 FMH : Le médecin en tant que salarié ou employeur, 2013.

En 2017, 53,7 % des médecins exerçaient en cabinet individuel. Depuis 2008, ce pourcentage a diminué de 8 points[20]. De plus en plus de médecins optent pour l'exercice en cabinet de groupe, surtout les jeunes médecins libéraux.

Cabinets de groupe

Les cabinets de groupe désignent toutes les formes de structures de coopération entre médecins libéraux dans le secteur des soins ambulatoires. Ces formes peuvent présenter différents degrés d'intégration et vont d'une coopération ayant uniquement trait aux locaux à une coopération axée sur le patient[21].

- **Laboratoires et équipements partagés :** dans ce cabinet de groupe, plusieurs cabinets indépendants partagent leur équipements de laboratoire et leurs appareils de diagnostic.
- **Cabinets partagés :** En plus des équipements de laboratoire et des appareils de diagnostic, les locaux du cabinet sont également partagés. Les médecins exercent sous un même toit et partagent les frais de salaire de leurs assistants. Ils facturent individuellement.
- **Cabinets collectifs :** C'est dans ce cas que le degré d'intégration est le plus élevé. La facturation est commune et il est courant que les médecins regroupent leurs dossiers patients. Le résultat de l'exercice est réparti en interne.

La plupart des cabinets de groupe emploient moins de cinq équivalents temps plein. Il s'agit généralement de cabinets de deux ou trois médecins[22]. Il existe cinq formes de groupe :

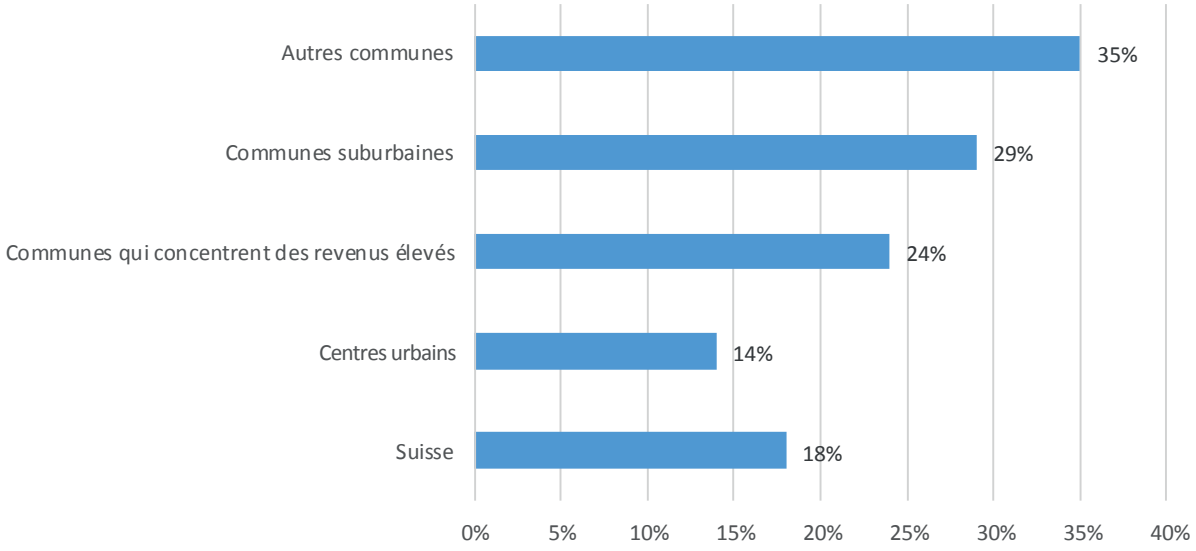
- Groupe de praticiens (regroupement de médecins généralistes) ;
- Groupe de spécialistes (regroupement de différents spécialistes) ;
- Groupe de praticiens mixte (regroupement de médecins généralistes et certains spécialistes issus de spécialités importantes) ;
- Groupe pluridisciplinaire de spécialistes (regroupement de spécialistes issus de plusieurs domaines de spécialité) ;
- Clinique de diagnostic médical (regroupement de médecins internes, radiologues et médecins-biologistes).

Les cabinets de groupe peuvent être multiprofessionnels. Cela signifie qu'ils incluent d'autres professions de santé.

Maisons médicales

Dans l'organisation des maisons médicales, ou centres médicaux, les cabinets individuels restent indépendants. Il n'existe donc pas réellement de degré d'intégration à proprement parler, car il s'agit d'un simple regroupement géographique. Cette forme s'est rapidement développée ces dernières années. En 2014, il y avait 1300 maisons médicales en Suisse, soit 19% de plus qu'en 2011[23].

Graphique 3 : Augmentation du nombre de maisons médicales entre 2011 et 2014, en pourcentage, par type de commune



Graphique d'après les chiffres de Credit Suisse : Système de santé : un marché de croissance sous la pression des coûts, mars 2017.

20 FMH : Statistique médicale, 2017.

21 *Schweizerische Ärztezeitung: Gruppenpraxen – Was versteht man darunter?* No. 22, 2001.

22 Obsan: Médecins de premier recours-Situation en Suisse, tendances récentes et comparaison internationale, Dossier 50, 2015.

23 Credit Suisse : Système de santé : un marché de croissance sous la pression des coûts, mars 2017.

Le regroupement dans une maison médicale commune est de plus en plus plébiscité par les jeunes médecins. Etant donné que les cabinets individuels sont majoritairement détenus par des médecins de plus de 60 ans, on peut supposer que leur retraite prochaine amènera les modèles de groupe à se développer davantage encore. La densité de maisons médicales est la plus importante dans les grandes villes et la plus faible dans les communes de moins de 15 000 habitants. Dans les communes suburbaines et périphériques, on constate des taux de croissance plus importants, de nombreuses maisons médicales existant déjà dans les centres.

En substance, les raisons du nombre croissant de maisons médicales et de cabinets de groupe sont les suivantes :

- Heures d'ouverture prolongées ;
- Possibilités de prise en charge sans notification préalable ;
- Adressage rapide des patients entre les médecins ;
- Horaires de travail plus souples et plus de possibilités de temps partiel et de remplacements ;
- Division des coûts pour les équipements ;
- Regroupement des activités.

1.2.5 Démographie médicale

- **Féminisation :** 38,1 % des médecins qui exercent dans le secteur ambulatoire sont des femmes[24]. La tendance à la féminisation du métier de médecin devrait se maintenir, les diplômés en médecine humaine étant principalement des femmes. La part de femmes est la plus importante dans les domaines de spécialité de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, de la pédiatrie et de la gynécologie/obstétrique. La charge de travail moyenne et le taux d'occupation moyen sont moins élevés pour les femmes que pour les hommes.

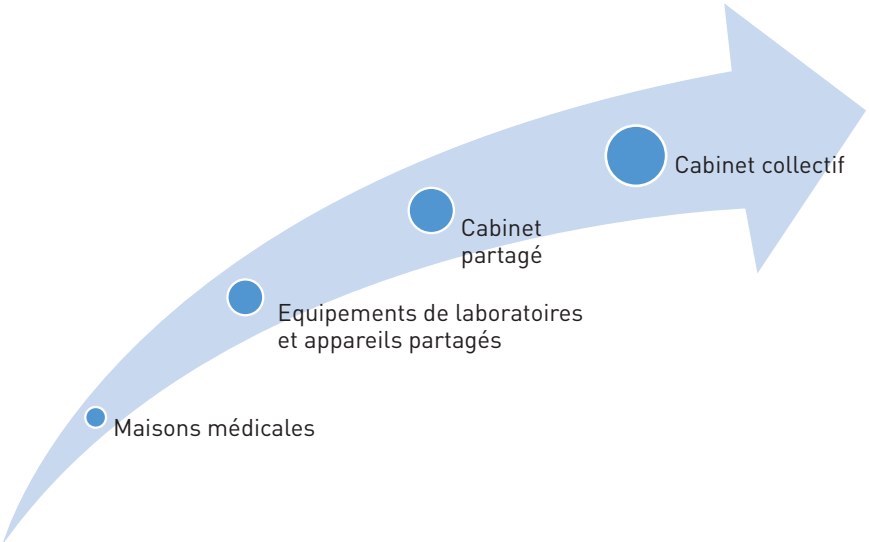
Tableau 3 : Médecins en exercice dans le secteur ambulatoire par genre en 2017.

	Femmes	Hommes	Total
Secteur ambulatoire	7 177	11 681	18 858

Source : FMH : Statistique médicale, 2017.

- **Structure par âge :** en 2017, la moyenne d'âge de tous les médecins était de 49,4 ans. Si l'on ne considère que le secteur ambulatoire, l'âge moyen est de 54,8 ans. Les médecins généralistes exercent souvent au-delà de l'âge de leur retraite.
- **Médecins étrangers :** outre le nombre croissant de femmes dans le domaine médical, le nombre de médecins d'origine étrangère croît également. En 2017, ils représentaient 34,1 % des médecins en exercice dans le secteur ambulatoire. La majorité des médecins étrangers vient d'Allemagne.

Graphique 4 : Modèles de groupe et degré d'intégration croissant



Source : Bulletin des médecins suisses : *Gruppenpraxen – Was versteht man darunter?* No. 22, 2001.

24 FMH : Statistique médicale, 2017.

1.2.6 Rémunération des prestataires de soins

Lors d'une visite chez un médecin exerçant en cabinet, les patients doivent avancer les frais et font ensuite parvenir la facture à leur assureur-maladie pour remboursement. On parle ici du „tiers garant". L'autre variante, le „tiers payant", qui ne nécessite pas d'avance des frais, n'est appliquée que dans certains cas.

Le prix des prestations est calculé sur la base d'une convention tarifaire, TARMED, entre la Fédération des médecins suisse (FMH), la Fédération des hôpitaux suisses (H+), les assureurs-maladie (santésuisse) ainsi que la Commission des tarifs médicaux (CTM). Le TARMED liste plus de 4600 prestations médicales auxquelles sont attribuées un certain nombre de points tarifaires, pour l'ensemble de la Suisse. Le prix d'une prestation en francs suisses s'obtient en multipliant le nombre de points par la valeur tarifaire du point. Cette dernière est déterminée par chaque canton et varie de 82 à 97 centimes par point.

Il convient de noter que le nombre de points tarifaires n'est pas le même selon qu'il s'agit d'une maladie, d'un accident, d'une invalidité ou si le patient est un militaire.

Après l'adoption par le Conseil fédéral d'une l'ordonnance sur l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance maladie en 2014, une nouvelle adaptation de TARMED est entrée en vigueur le 1er janvier 2018[25]. Cette adaptation doit permettre d'économiser jusqu'à 470 millions de francs suisses par an. Les prestations surévaluées ont été corrigées. Les modifications se rapportent principalement aux points suivants :

- Adaptations menant à la majoration ou à la réduction d'une ou de plusieurs positions tarifaires ;
- Modifications portant sur des règles de facturation pour une ou plusieurs positions tarifaires.

Lors de sa demande d'adhésion à la Foederatio Medicorum Helveticorum, le médecin adhère au système tarifaire TARMED. Toutefois, s'il ne souhaite pas facturer selon le système TARMED, il peut décider de s'en retirer. Dans ce cas, les médecins peuvent fixer librement leurs honoraires. On parle alors de médecin non conventionné. Les assureurs-maladie ne prennent pas en charge les coûts.

2. SOINS AMBULATOIRES À L'HÔPITAL

2.1 Définition des prestations des soins ambulatoires à l'hôpital

Les soins ambulatoires à l'hôpital sont effectués dans des hôpitaux ou cliniques, ou hôpitaux de jour au sein des hôpitaux. Sont considérés comme soins hospitaliers les séjours de plus de 24 heures ou pour lesquels un lit est requis pour au moins une nuit, ainsi que les transferts dans un hôpital ou les séjours en cas de décès. Deux tiers des 560 établissements proposent à la fois des soins hospitaliers et des soins ambulatoires.

Lorsqu'un médecin installe son cabinet au sein d'un hôpital, et facture les prestations de manière indépendante, ces prestations ne sont pas considérées comme relevant des soins ambulatoires à l'hôpital.

2.2 La facturation des prestations ambulatoires à l'hôpital

Le tarif TARMED présenté plus haut vaut tant pour les prestations médicales ambulatoires au sein de cabinets médicaux qu'au sein des services ambulatoires en hôpital.

Pour pouvoir être facturées, certaines prestations, dont la chirurgie ambulatoire, nécessitent une reconnaissance de l'unité fonctionnelle. Il faut remplir un formulaire d'auto-déclaration pour obtenir cette reconnaissance. L'assureur ne rembourse les soins que si la salle d'opération remplit les critères de reconnaissances exigés.

En cas d'urgence, le médecin exerçant à titre privé à l'hôpital perçoit une indemnité pour inconvénient ainsi que des primes de nuit, de weekend ou de jour férié, en complément de sa rémunération pour la prestation médicale.

25 Office fédéral de la santé publique, Département fédéral de l'intérieur : Fiche d'information : Adaptation du tarif médical TARMED, août 2017.

3. COÛTS ET FINANCEMENT DE LA PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE

Les dépenses de santé en Suisse se divisent en quatre grandes catégories :

- Soins curatifs ambulatoires ;
- Soins curatifs hospitaliers ;
- Soins de longue durée ;
- Biens de santé (médicaments, appareils auditifs…).

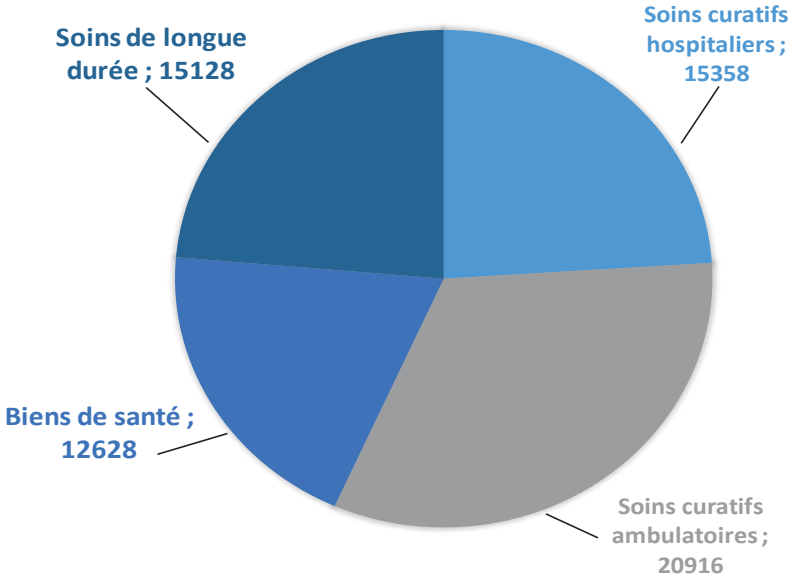
Le graphique 6 illustre la part importante des soins ambulatoires (secteur libéral et soins ambulatoires en hôpital confondus) dans les dépenses de santé.

effet, les dépenses sont passées de 3 716 millions de francs suisses en 2004, année de l'introduction de TARMED, à 9 545 millions de francs suisses en 2014[26].

Dans le domaine des soins ambulatoires dans les hôpitaux, les coûts sont restés stables[27].

Les dépenses de santé dans le secteur ambulatoire sont financées en grande partie par l'assurance-maladie obligatoire et les versements directs des ménages. Certains cantons couvrent également une partie du déficit financier dans le secteur ambulatoire des hôpitaux publics par le biais des prestations dites d'intérêt général.

Graphique 5 : Coûts de santé, en millions de francs, 2016



Graphique d'après les chiffres de l'Office fédéral de la statistique : Santé, Statistique de poche, 2017.

D'après santésuisse, les coûts des soins ambulatoires ont fortement augmenté ces dernières années. Cette hausse s'explique par le nombre plus élevé de spécialistes. Le nombre d'admissions de médecins spécialistes a augmenté simultanément au moratoire pour les médecins de famille. Les chiffres de santésuisse montrent une corrélation entre densité des médecins spécialistes et coûts des soins (cf. graphique 6).

En outre, le montant facturé par consultation chez les médecins en cabinet médical a augmenté et le nombre de prestations ambulatoires est également en hausse. En

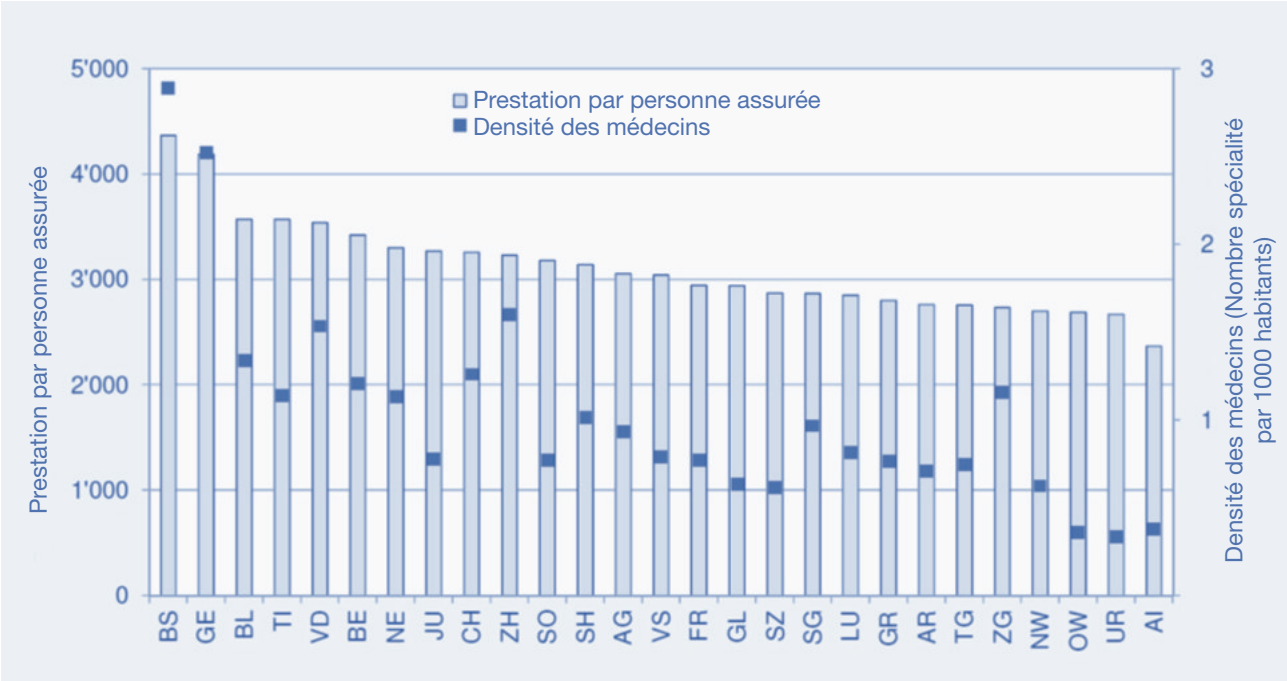
L'assurance-maladie obligatoire prend en charge les coûts pour les prestations, diagnostics, traitements d'une maladie et leurs conséquences. Dans le secteur ambulatoire, les prestations incluent les examens et traitements qui sont effectués par un médecin, un chiropracteur ou des personnes qui effectuent des prestations sur ordre des deux groupes professionnels[28]. Néanmoins, cela ne s'applique pas aux médecins non conventionnés. Lorsque le médecin décide de se retirer du système tarifaire TARMED, l'assurance maladie ne prend pas de coûts en charge pour les soins, la facturation ne peut se faire que sur une base privée.

26 santésuisse, dans : https://www.santesuisse.ch/fr/tarifs-prestations/prestations-ambulatoires/medecins/.

27 santésuisse, dans : https://www.santesuisse.ch/fr/detail/content/croissance-exponentielle-des-cots-ambulatoires/.

28 LaMal, article 25 : Prestations générales en cas de maladie.

Graphique 6 : Corrélation entre le nombre de médecins spécialistes et le coût des prestations/soins par canton



Source : santésuisse : *Status quo und Perspektive der ambulanten Versorgungsplanung Schweiz*, Présentation du 09.07.2015.

L'assurance-maladie obligatoire est également responsable des coûts des prestations effectuées par d'autres professions de santé, lorsque ces prestations sont effectuées sur ordre du médecin ou du chiropracteur. Les prestataires de soins doivent être admis à effectuer ces prestations en vertu du droit cantonal et remplir les conditions d'admission.

Les patients paient également une grande partie des services de santé. Il ne s'agit pas de tickets modérateurs à proprement parler pour les consultations médicales, mais d'une participation obligatoire aux coûts, qui se compose de la franchise choisie et d'une quote-part de 10 % des frais engagés. La franchise annuelle est d'au moins 300 francs suisses par an (franchise minimale, chiffres en 2019), qui peut être portée volontairement à 2500 francs suisses au maximum, afin de bénéficier d'une réduction de prime. Lorque le montant de la franchise est atteint, la quote-part entre en jeu. Elle s'élève à 10 % des coûts et est plafonnée à 700 francs suisses par an (chiffres en 2019). Les frais à la charge du patient (franchise + quote-part) seront donc de 3200 francs suisses maximum avec la franchise la plus élevée.

©Photographee.eu - Shutterstock.com

4. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

TEXTES DE LOI

- Loi fédérale sur les professions de la santé, Etat 2016.
- Loi sur l'assurance maladie (LaMal), Etat 2019.
- Loi fédérale sur les professions médicales universitaires (Loi sur les professions médicales, LPMéd), Etat 2018.
- Ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire, Etat 2019.
- *Verordnung über die Fachpersonen und Betriebe im Gesundheitswesen (Bewilligungsverordnung) des Kantons Basel-Stadt, Etat 2012.*

RAPPORTS ET ÉTUDES

- Office fédéral de la santé publique, Département fédéral de l'intérieur : Fiche d'information : Adaptation du tarif médical TARMED, août 2017.
- Office fédéral de la statistique : Le secteur ambulatoire hospitalier en 2016.
- Office fédéral de la statistique : Santé, Statistique de poche, 2017.
- Credit Suisse : Système de santé : un marché de croissance sous la pression des coûts, mars 2017.
- *Departement für Gesundheit und Soziales Aargau: Strukturbericht Gesundheit, 2016.*
- Les Hôpitaux de Suisse H+ : Prestations ambulatoires dans les hôpitaux et les cliniques, Fiche d'information, 2014.
- Finkenstädt, Verena: *Die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz, Wissenschaftliches Institut der PKV, 2015.*
- FMH : Statistique médicale, 2017.
- FMH : Médecin salarié et médecin employeur, 2013.
- Obsan : Médecins de premier recours – Situation en Suisse, tendances récentes et comparaison internationale, dossier 50, 2015.
- Obsan : Virage ambulatoire : Transfert ou expansion de l´offre de soins ? Dossier 68, 2015.
- santésuisse : *Status quo und Perspektive der ambulanten Versorgungplanung Schweiz,* Présentation du 09.07.2015.
- Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue : Aide-mémoire pour les médecins en Suisse, 2017.

ARTICLES

- *Der Hausarzt: Medikamente in der Praxis abgeben?* No. 13/2016.
- *Schweizerische Ärztezeitung: Gruppenpraxen – Was versteht man darunter?* No. 22, 2001.

SITES INTERNET

- Site officiel de l'Office fédérale de la santé publique OFSP : https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home.html.
- Site officiel de l'Office fédéral de la statistique : https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home.html.
- Site officiel de santésuisse : https://www.santesuisse.ch/fr/.
- Site officiel de la Bundeszentrale für politische Bildung : https://www.bpb.de/ (uniquement en allemand)
- Site officiel de la FMH : https://www.fmh.ch/fr/.
- Site officiel de la SASIS AG : https://www.sasis.ch/fr/Home/Default?showStart=True.
- Site officiel de Pharmapro : https://www.pharmapro.ch/fr.
- Site officiel de Pro Chiropratique : http://www.pro-chiropraktik.ch/index.php/fr/.

NOTES

NOTES

KONTAKT // CONTACT

TRISAN / Euro-Institut
Rehfusplatz 11 / D-77694 Kehl
trisan@trisan.org / +49 7851 7407 38 / **www.trisan.org**

TRISAN

Das Projekt TRISAN wurde von der deutsch-französisch-schweizerischen Oberrheinkonfenrez ins Leben gerufen und wird im Rahmen des Programms INTERREG V A Oberrhein kofinanziert. Getragen wird es vom Euro-Institut, welches auf Fortbildung, Projektbegleitung und Beratung im Bereich der grenzüberschreitendenden Zusammenarbeit spezialisiert ist. Eine Kofinanzierung erhält es ebenfalls von den Gesundheitsverwaltungen am Oberrhein.

TRISAN

Trisan est un projet initié par la Conférence franco-germano-suisse du Rhin supérieur cofinancé dans le cadre du programme Interreg V A Rhin supérieur. Il est porté par et basé à l'Euro-Institut, Institut pour la coopération transfrontalière spécialisé dans la formation, l'accompagnement et le conseil des projets transfrontaliers. Il est également cofinancé par les administrations en charge de la santé dans le Rhin supérieur.

Mis en page et imprimé par Print Europe – www.printeurope.fr – 06/2019.

Euro Institut

ars Agence Régionale de Santé Grand Est

Baden-Württemberg
REGIERUNGSPRÄSIDIUM KARLSRUHE

RheinlandPfalz
MINISTERIUM FÜR FAMILIE, FRAUEN, JUGEND, INTEGRATION UND VERBRAUCHERSCHUTZ

Baden-Württemberg
MINISTERIUM FÜR SOZIALES UND INTEGRATION

Kanton Basel-Stadt

BASEL LANDSCHAFT

KANTON AARGAU

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

DEUTSCH-FRANZÖSISCH-SCHWEIZERISCHE OBERRHEINKONFERENZ
CONFÉRENCE FRANCO-GERMANO-SUISSE DU RHIN SUPÉRIEUR

Regio Basiliensis

Fonds européen de développement régional (FEDER)
Europäischer Fonds für regionale Entwicklung (EFRE)

interreg Oberrhein Rhin Supérieur

Dépasser les frontières : projet après projet
Der Oberrhein wächst zusammen, mit jedem Projekt