

Le service médical de l'assurance maladie en Allemagne

Medical Review Board of the Statutory Health Insurance Funds in Germany

Descamps U (*), Kuss J-J (**), Weill G (***)

Résumé

L'assurance maladie en Allemagne est un système mixte, concurrentiel, entre l'assurance sociale, obligatoire pour certaines catégories socioprofessionnelles, et les assurances privées. Le Service médical est un service « multi régimes », son organisation est strictement régionale et indépendante des caisses. Il est chargé du contrôle de l'adéquation des soins et, de plus en plus, il est impliqué dans des actions de santé publique en rapport avec l'efficacité et l'organisation du système de soins. Dans un environnement très évolutif, le Service médical s'est engagé dans une profonde mutation interne, privilégiant la qualité du service rendu.

Rev Med Ass Maladie 2001;32,1:51-58

Mots clés : Allemagne, système de santé, contrôle compagnie assurance, garantie, qualité soins, évaluation.

Summary

Germany has a mixed health care system with competition between statutory health insurance funds - which are mandatory for certain socio-professional groups, and private insurance companies. The Medical Review Board for health insurance covers several health funds. Its organization is strictly regional and independent of the health funds. The Medical Review Board is charged with regulating the appropriateness of medical care and is becoming more and more involved in public health issues concerning the cost effectiveness and the organization of health care. Faced with a rapidly changing environment, the Medical Review Board has undertaken a profound internal reorganization emphasizing the quality of service delivered to affiliates.

Rev Med Ass Maladie 2001;32,1:51-58

Key words : Germany, health care, insurance claim review, quality assurance, evaluation

(*) Médecin-conseil, Echelon régional du service médical d'Alsace-Moselle (CNAMTS).

(**) Médecin-conseil chef de service, Echelon régional du service médical d'Alsace-Moselle (CNAMTS).

(***) Médecin-conseil régional, Echelon régional du service médical d'Alsace-Moselle (CNAMTS), Coordonnateur de la zone Allemagne et Autriche (Mission recherche internationale, Etude et prospective CNAMTS).

Adresse pour correspondance : D^r Ursula Descamps, Echelon régional du service médical d'Alsace-Moselle, B.P. 106/R3, 67003 Strasbourg cedex.

E-mail : ursula.descamps@ersm-strasbourg.cnamts.fr

I. L'ASSURANCE MALADIE EN ALLEMAGNE

L'Allemagne ne connaît pas de Sécurité sociale pour tous, mais un système parallèle d'assurance sociale et d'assurances privées.

En 1883, la loi de Bismarck a créé une assurance sociale pour les salariés, couvrant le risque maladie et maternité sous conditions de ressources [1-9]. L'affiliation n'est *obligatoire* qu'en dessous d'un certain plafond de revenus (~ 21 300 F ou 3 252 euros/mois en 2000 [4]). Au-delà, le choix reste libre entre une affiliation *volontaire* – 20 % des assurés [6] – ou un contrat auprès d'une compagnie d'assurance privée. Les conjoints ne travaillant pas et les enfants (sous réserve que le conjoint ne relève pas de l'assurance privée) sont ayants droit, sans cotisation propre [2, 3, 6, 8]. 88 % de la population est ainsi couverte par l'assurance sociale [4, 10].

Les professions libérales relèvent d'office de l'assurance privée et les soins des fonctionnaires leur sont directement remboursés par le gouvernement (80 %), sur la base du secteur privé [4, 8]. Seul 0,1 % de la population n'est pas couverte [10].

L'assurance sociale maladie comporte sept types de caisses différentes [1, 4, 5, 7, 8] – comparables aux différents régimes français – et qui regroupent 454 caisses locales [1] :

- 17 caisses maladie générales locales (*AOK, Allgemeine Ortskrankenkasse*).

C'est le régime le plus important, traditionnellement destiné aux ouvriers, qui couvre aujourd'hui 40 % des assurés sociaux.

- 13 « caisses de substitution » (« *Erzatzkassen* »).

Ces caisses ont une organisation mutualiste et représentent 37 % des assurés.

- 357 caisses d'entreprise (*BKK, Betriebskrankenkassen*).

Toute entreprise de plus de 1 000 employés peut créer sa propre caisse d'assurance maladie. 12,26 % des assurés y sont affiliés.

- 44 caisses corporatives (*IKK, Innungskrankenkassen*).

Il s'agit initialement de caisses d'artisans ; elles couvrent 6,5 % des assurés sociaux.

- 21 caisses agricoles (*LKK, Landwirtschaftskrankenkassen*).

Ces caisses assurent les exploitants agricoles et leurs salariés.

- 1 caisse des mineurs de fond.

- 1 caisse des marins.

Le nombre des caisses peut varier dans le temps, car en cas de difficultés financières, la loi oblige les caisses à fusionner ou même à fermer. Il s'agit d'organismes indépendants de droit public ou de droit privé, gérant un service public.

Les différents régimes sont organisés par *Land* (*), sauf pour les caisses de substitution, les mineurs de fond et les marins.

Les différentes caisses régionales sont fédérées au niveau de chaque *Land* et au niveau fédéral par type de caisse. Au niveau du *Land*, les différents régimes forment en plus une union comparable aux unions régionales des caisses d'assurance maladie en France.

Les caisses sont sous tutelle du ministère de la Santé du *Land* ou, pour ce qui est des unions fédérales, du ministère fédéral [1, 2]. Les caisses bénéficient d'une autonomie de gestion [1, 2, 4, 7].

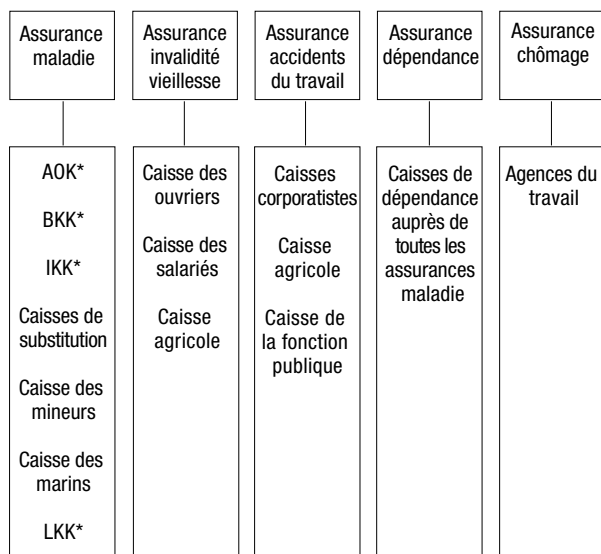
Initialement, l'affiliation à une caisse d'assurance sociale était fonction de la catégorie professionnelle. Aujourd'hui, le législateur a introduit le libre choix pour l'assuré et, par ce biais, la concurrence entre les caisses [1, 2, 4-6, 9]. L'ensemble des caisses sociales offre les mêmes prestations médicales [2, 10]. Elles couvrent les traitements médicaux et dentaires, l'hospitalisation, les indemnités journalières, la prévention et la promotion de la santé [1-3, 10]. Par contre, il peut y avoir des divergences notables en matière de taux de cotisation (11 à 14 % ; ce taux est déterminé par la caisse de façon à équilibrer les comptes [1, 2, 4, 7, 10]) et de services supplémentaires tels que conseil et prévention [3]. L'assurance sociale *obligatoire* fonctionne selon le principe du tiers payant. Les actes réalisés par les médecins sont couverts à 100 %.

Pour les autres prestations, et seulement pour les adultes, il existe un ticket modérateur [1-3, 5, 6, 8, 10]. En cas de revenus insuffisants ou de maladie chronique, une exonération peut être accordée [1-3, 5, 8].

L'assuré social garde le libre choix du praticien, sous réserve que celui-ci soit conventionné ; toutefois l'assuré est lié au médecin choisi pour la durée d'un trimestre. Son accord est nécessaire pour consulter un spécialiste ou être hospitalisé [1-5, 7, 9, 10]. L'assuré social *volontaire* peut opter pour le tiers garant, ce qui lui ouvre toutes les libertés du secteur privé, moyennant un tarif plus élevé [2, 4, 6].

Le système de soins est autogéré par les partenaires conventionnels ; le gouvernement n'intervient pas directement [1, 2, 4, 7, 10]. Les professionnels sont payés à l'acte, via les Unions régionales des médecins et dans le cadre d'un budget limité [1, 2, 4-7]. L'hospitalisation est financée dorénavant selon le

(*) L'Allemagne est une fédération d'États (*Länder*) qui ont transféré certains pouvoirs au niveau fédéral (affaires étrangères, défense, monnaie, transport aérien). La planification hospitalière, l'éducation, la culture et la police restent de la compétence exclusive des *Länder* ; dans les autres cas, ceux-ci participent au processus législatif par le biais de la chambre haute du parlement, représentant des *Länder* [5].



* Voir texte.

Figure 1. Organisation de l'Assurance sociale en Allemagne

système australien de forfaits par pathologie [1, 10]. Les accidents de travail et la dépendance sont couverts par des caisses indépendantes ; l'invalidité relève de l'assurance vieillesse (*figure 1*) [1, 2, 4-8].

En assurance privée, les compagnies proposent des contrats à géométrie variable, basés sur le principe de l'avance des frais, avec paiement direct du professionnel. La liberté du choix du praticien reste totale. Les tarifs pratiqués par les médecins, à acte égal, ne sont pas les mêmes en assurance sociale et privée : il existe deux nomenclatures distinctes et les tarifs dans le privé ne sont qu'indicatifs [1, 4].

II. LE SERVICE MÉDICAL DE L'ASSURANCE MALADIE ALLEMAND

A. Organisation

Nous ne décrivons que le *Service médical des caisses sociales d'assurance maladie* (MDK, *Medizinischer Dienst der Krankenversicherung*).

Les compagnies d'assurance privées disposent de leurs propres médecins-conseils ou font appel à des organismes privés, prestataires d'expertises médicales.

L'organisation actuelle date de la réforme de 1988 qui a transformé un corps de fonctionnaires des caisses d'assurance maladie en organismes indépendants, prestataires d'expertises [11, 12].

1. Structure

Il s'agit de services « *multi régimes* » créés, selon le Code social allemand [2], sur l'initiative des diverses caisses d'assurance maladie du *Land* (*figure 2*).

Dans la pratique, les caisses des marins et des mineurs de fond disposent de leurs propres médecins-conseils. Les caisses d'entreprise et de dépendance ont conclu un simple contrat de coopération.

Organisme de droit public ou association privée, sous la tutelle du ministère des Affaires sociales du Land, chaque service médical est indépendant des caisses quant à son administration et ses décisions.

Il est financé par les caisses membres au *prorata* de leurs effectifs. Les expertises réalisées à l'instigation des caisses sous contrat sont facturées [2, 11, 13, 14].

Deux organes de direction se trouvent à la tête de chaque Service médical [2, 13, 14] :

- le *conseil d'administration*, organe d'autogestion avec son président, composé de 16 représentants élus des caisses membres, est chargé de déterminer le budget, contrôler les comptes, définir le règlement intérieur et la politique générale, créer ou fermer des échelons locaux et d'élire le directeur ainsi que le sous-directeur.

- le *directeur*, représentant légal du MDK, assure la gestion, selon les directives du conseil d'administration et est assisté d'un sous-directeur, le médecin-conseil régional.

Chaque service médical comporte un échelon régional de direction et plusieurs échelons locaux, disposant chacun d'un directeur administratif et d'un médecin-chef.

Le travail d'expertise proprement dit est assuré par des médecins-conseils et des professionnels paramédicaux [13, 14].

2. Comment est assurée la coordination entre les divers services régionaux ?

Au niveau fédéral, le *Service médical auprès des unions fédérales des caisses* (MDS, *Medizinischer Dienst der Spitzenorganisationen*) assure la coordination [2].

Il s'agit d'une structure très légère, au statut juridique d'association privée, composée de personnels d'administratifs, de juristes, d'économistes, de sociologues, de pédagogues et de seulement six médecins-conseils [13,15]. Son organisation interne est superposable à celle du Service médical d'un *Land*.

Le MDS est sans lien hiérarchique avec les Services médicaux des *Länder*. Son rôle est d'élaborer des recommandations pour la coopération avec les caisses, la réalisation des expertises, l'harmonisation des avis, l'élaboration de banques de données, le suivi statistique et la formation continue.

Le MDS intervient aussi dans le domaine de la santé publique par des évaluations conceptuelles [1, 13].

Par ailleurs, le lien à l'intérieur de la *Communauté des Services médicaux* est assuré par un certain nombre de commissions [13] : la *Conférence des auto-*

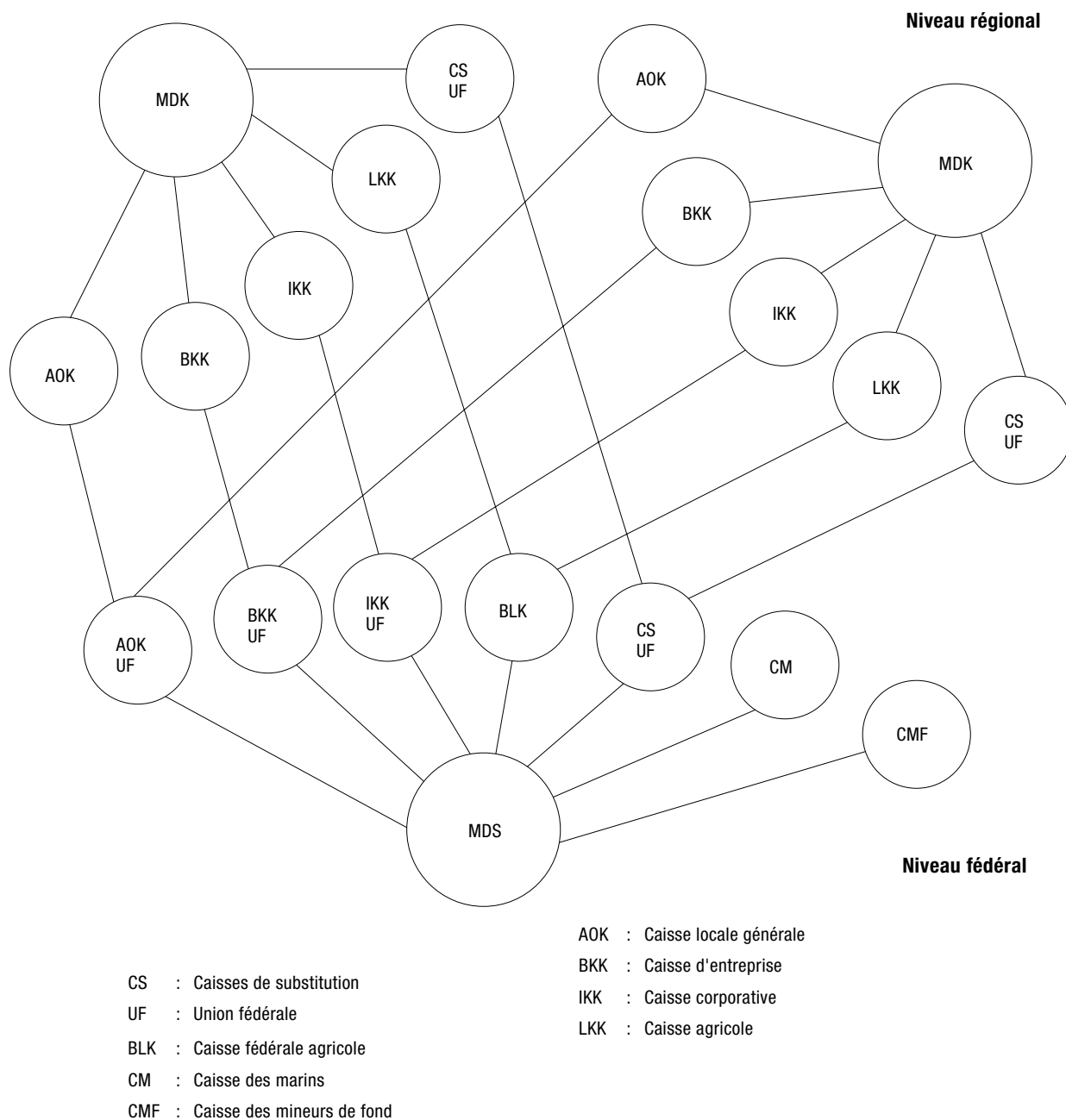


Figure 2. Organisation de la communauté des services médicaux allemands d'après Pick [13]

gestionnaires, composée de deux administratifs de chaque MDK ainsi que du MDS, travaille sur les recommandations futures et détermine le catalogue des actions communes ; la Commission d'orientation, composée d'administratifs et de deux médecins-conseils, assure le lien entre le niveau fédéral et le niveau régional ; la Conférence des directeurs et la Conférence des médecins-conseils régionaux institutionnalisent l'échange d'informations entre

les Services médicaux. Des groupes de travail transversaux, permanents ou temporaires, travaillent sur certains thèmes communs.

3. Quelques chiffres [15]

Sur toute l'Allemagne, la *Communauté des services médicaux* comporte 5 980 salariés, dont 2 026 médecins-conseils, 736 paramédicaux (psychologues, in-

firmières, kinésithérapeutes, prothésistes), 2 269 secrétaires et « assistantes médico-techniques », et 526 administrateurs, qui travaillent dans 358 échelons.

Les dentistes-conseils sont très rares ; l'expertise dentaire se fait par contrat avec des dentistes extérieurs, payés à l'acte.

Le salaire varie selon la fonction, l'âge et l'état civil : un médecin-conseil à la première échelle de carrière, marié, âgé de 30 à 40 ans, perçoit un salaire d'environ 330 000 F (~ 50 308 euros) par an.

B. Fonctionnement

1. Comment intégrer le MDK ?

Les membres du Service médical sont salariés de droit privé, sous contrats à durée indéterminée ou à durée déterminée, selon les besoins du moment [11, 15]. Il n'y a pas de sélection par concours à l'entrée. Pour prétendre à un poste de médecin-conseil, il faut avoir soutenu une thèse (*), être titulaire d'une qualification de spécialiste (quelle que soit la discipline) et avoir une expérience professionnelle hospitalière et/ou libérale de plusieurs années [13, 15, 16].

Le choix parmi les candidats se fait au niveau régional par un double entretien d'embauche. Outre la compétence technique et médicale, ce sont la motivation et la compatibilité avec l'équipe d'affectation qui sont évaluées [15]. Les deux premières années, les médecins-conseils suivent une formation médico-sociale complémentaire qui leur donne une compétence en santé publique ; selon le *Land*, cet enseignement peut être sanctionné par un examen. Ils bénéficient ensuite d'une formation médico-sociale continue [13, 16].

Du fait de l'organisation des services médicaux par *Land*, les mutations interrégionales ne sont pas possibles [15].

2. Mode de travail

Le MDK se conçoit comme une « entreprise moderne de prestations de services », partenaire des caisses et acteur du système de soins [12, 13].

Il n'intervient qu'à la demande expresse des caisses [2, 15].

Les médecins-conseils ne sont pas liés par le secret médical vis-à-vis des services administratifs des caisses : leurs avis doivent être médicalement argumentés, selon un plan prédéterminé et qui comporte non seulement le contrôle de la qualité, de l'opportunité et de l'efficacité des soins, mais encore

des propositions de mesures diagnostiques et thérapeutiques.

Dans la très grande majorité des cas, le MDK statue sur pièces. Les questions médicales pointues peuvent être soumises à des experts régionaux, internes à l'institution ou, le cas échéant, à des avis sapeurs [15, 16].

L'avis du médecin-conseil du MDK ne s'impose pas à la caisse [2]. En règle générale, la caisse se conformera à cette expertise, mais, concurrence oblige, sa politique de gestion du risque peut lui faire prendre des décisions contraires [17]. Les praticiens ne travaillent pas par « portefeuilles » d'assurés ou aires géographiques, mais par *équipes mobiles de compétence*. Par exemple, pour le *Land* du Bade-Wurtemberg, il existe onze groupes de travail spécialisés permanents ; d'autres groupes sont créés selon les besoins de l'expertise [15, 16]. Tous les médecins-conseils travaillent à la fois dans le secteur ambulatoire et hospitalier [15]. Les praticiens conseils sont indépendants quant à leurs décisions et censés ne pas s'immiscer directement dans la relation médecin traitant – malade [2].

En cas de contestation d'une décision de la caisse par un assuré, il existe une *Commission conventionnelle d'arbitrage*, composée de façon paritaire de représentants de l'Union régionale des médecins conventionnés et des caisses d'assurance maladie, assistée par le Service médical.

Les décisions de cette commission peuvent être elles-mêmes contestées devant le *Tribunal des affaires sociales* [2, 16].

3. Comment circule l'information ?

Les caisses disposent de données médicales riches puisque la facturation comporte aussi l'information sur la nature de l'acte et le diagnostic sous forme codée : numéro de l'acte à la nomenclature et code CIM₁₀ (OMS *Classification internationale des maladies, 10^e version*).

La réglementation impose leur transmission au Service médical. A la demande de celui-ci, les professionnels de santé doivent fournir toutes les données complémentaires nécessaires à l'expertise.

Les médecins-conseils disposent aussi du libre accès aux services hospitaliers et à leurs dossiers médicaux.

En retour, le médecin traitant, dont l'acte est contrôlé, est avisé du résultat. De même, l'assuré a le droit d'accéder au contenu de l'expertise. En matière de contrôle des arrêts de travail, l'employeur est également informé du résultat, bien entendu sans transmission de données médicales [2].

(*) En Allemagne, l'exercice de la médecine est conditionné par la réussite à l'examen d'Etat de fin d'étude. La soutenance d'une thèse d'Etat est facultative.

4. Système informatique

Depuis 1999, le Service médical allemand est doté d'un nouvel outil informatique, « *IS med-Neu* ».

Pour la réalisation des expertises, *IS med-Neu* intègre la gestion des échéances, la CIM₁₀ et l'observation médicale, sous forme d'un questionnaire préétabli. Il permet l'accès à des données statistiques et à une banque de données concernant les recommandations de bonne pratique pour une médecine fondée sur les preuves, des recommandations sur la réalisation des expertises, la jurisprudence et des évaluations de modes de diagnostic ou de traitements non inscrits à la nomenclature.

C'est aussi un outil de communication codé pour chaque praticien, sous forme d'un réseau Intranet ainsi qu'un accès à Internet, avec une boîte aux lettres électronique individuelle [18].

Pour l'instant, l'*Agence allemande de protection des données informatiques (Datenschutz)* interdit tout archivage électronique à long terme – les avis doivent être effacés au bout de neuf jours [2].

Pour l'avenir, les informaticiens du *MDK* poursuivent les objectifs suivants : autorisation d'un archivage électronique ; mobilité du lieu de travail, rendue possible par le réseau informatique ; échange de données avec les services administratifs des caisses et reconnaissance vocale [18].

C. Missions

Il y a deux domaines d'intervention : les avis individuels sur prestations et l'expertise en santé publique. L'objectif est la garantie de la qualité et l'efficacité des soins [1, 2, 13-15, 19].

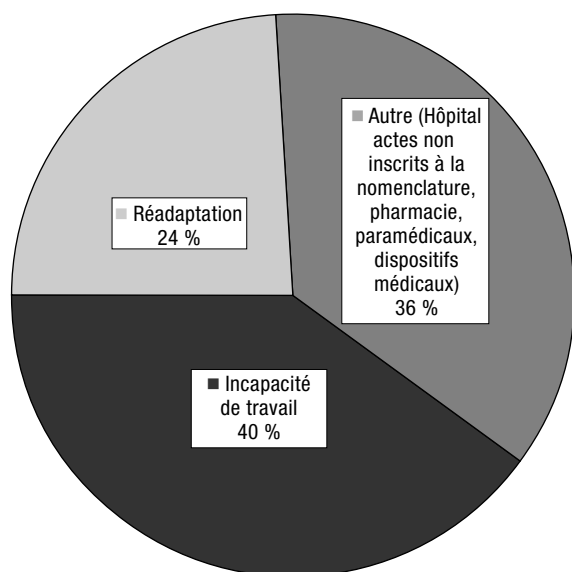


Figure 3. Champ d'activité : avis individuels sur prestations (d'après Ohnmacht [20])

1. Avis individuel sur prestations (figure 3)

Le Code social allemand prévoit l'intervention du Service médical dans les domaines suivants [2, 9] :

- le contrôle des arrêts de travail.
- Le Service médical intervient dès le début de l'arrêt, sauf si la caisse dispose d'informations suffisantes pour justifier l'arrêt, et plus particulièrement chez les assurés fréquemment en arrêt ou lorsque ces arrêts sont ordonnés par un médecin connu pour des prescriptions répétées [13,15] ;
- le contrôle de l'adéquation des soins et des prescriptions pharmaceutiques, avec éventuellement des propositions d'alternatives aux thérapeutiques proposées ;
- le contrôle de l'adéquation des séjours hospitaliers et de leur durée ;
- l'évaluation du degré de dépendance, dans le cadre de la prise en charge à domicile ou en institution.

Un certain nombre d'actes sont soumis à la procédure de l'entente préalable : les cures thermales et les soins de réadaptation hospitalière, notamment la définition initiale du projet thérapeutique ; les dispositifs médicaux ; la dialyse en ambulatoire ; les soins à l'étranger ; les soins infirmiers à domicile au-delà d'un mois ; les prothèses dentaires et l'orthodontie ; les actes non inscrits à la nomenclature.

Le *MDK* offre un service de conseil individuel en matière de prévention et de qualité.

Il instruit les dossiers de fautes médicales en cas de plainte d'un assuré : ceux-ci peuvent être gérés soit par le Conseil de l'ordre des médecins, soit par le Service médical ; ce dernier assure un traitement plus rapide des dossiers, mais ses avis rencontrent quelques difficultés pour s'imposer vis-à-vis des compagnies d'assurance des praticiens incriminés [18].

La kinésithérapie ambulatoire n'est pas soumise à entente préalable et les praticiens-conseils allemands n'interviennent pas dans le domaine des accidents du travail ni des maladies professionnelles.

2. Expertise en santé publique (figure 4)

Il s'agit d'évaluations individuelles ou collectives des producteurs et structures de soins. A titre d'exemple, les thèmes concernent [15, 20] :

- **l'activité hospitalière** : l'adéquation des hospitalisations est analysée par coupes transversales, basées sur des cas tirés au sort. La « production hospitalière » est étudiée sous l'angle du nombre de patients, de la structure d'âge, des diagnostics, des actes réalisés et des durées de séjours. Les établissements hospitaliers sont soumis à une évaluation comparative. La qualité du codage des pathologies est contrôlée. La chirurgie ambulatoire est analysée.
- **la qualité** : en collaboration avec le Conseil de l'ordre des médecins, le *MDK* évalue le respect des

recommandations de bonne pratique professionnelle et le résultat des soins. Il participe à l'organisation de projets pilotes de soins intégrés et à leur évaluation.

– **l'efficience** : en collaboration avec les Unions régionales des médecins conventionnés, le MDK procède à l'évaluation des prescriptions pharmaceutiques et des actes médicaux, par groupes professionnels ou individuellement. Ces évaluations sont initiées soit de façon aléatoire, soit devant une suspicion d'anomalie. En cas d'écart par rapport aux normes (budget, volume d'actes), la procédure peut déboucher sur une sanction sous forme de reversement d'honoraires. Dans le domaine hospitalier, le MDK procède, par échantillons, au contrôle de la régularité de la facturation.

– **le conseil** : le Service médical est consulté pour la contractualisation avec les établissements hospitaliers et les professionnels de santé, leur rémunération ainsi que l'organisation du système de soins. Le MDK participe aux négociations conventionnelles, à la définition du *panier de biens et services* ainsi qu'à la réflexion sur la réforme du système et la prise en charge de la dépendance. Il prépare les commissions conventionnelles. Les agents administratifs sont formés par les médecins-conseils sur des thèmes médicaux, en vue d'une démarche de cogestion des soins (« *case management* »).

– **la nomenclature** : le Service médical participe à l'évaluation des techniques nouvelles et à la réévaluation de techniques anciennes, déjà inscrites à la nomenclature.

L'activité est tout à fait comparable à celle du Service médical du régime général en France, à l'exception des accidents du travail, avec une orientation de plus en plus prépondérante vers l'expertise en santé publique et la problématique de la gestion de la masse des avis individuels [15].

D. Assurance qualité

Le Service médical allemand s'est engagé dans une démarche de certification et d'assurance qualité interne : comme indiqué ci-dessus, l'institution dispose de ses propres experts régionaux dans différentes spécialités auxquels les praticiens peuvent faire appel [15, 16].

Par ailleurs, des « *pôles de compétences* » transversaux, formés par des médecins-conseils spécialistes dans un domaine donné, ont été créés au niveau fédéral. Ceux-ci sont chargés d'élaborer pour les médecins-conseils des recommandations de bonne pratique et des arbres de décisions, en matière de diagnostic et de traitement, afin, d'une part, d'harmoniser les avis et, d'autre part, de préparer la réforme du panier de biens et services [21].

Un rapport d'activité ainsi que des perspectives d'avenir sont élaborés régulièrement. Divers cercles de qualité ont été créés dont les animateurs ont été formés par l'Ordre des médecins ou d'autres institutions scientifiques reconnues.

Un manuel d'audit interne a été élaboré, définissant les structures, procédures et résultats en matière d'assurance qualité ; les auditeurs sont des praticiens formés et certifiés [16]. La démarche interne est accompagnée par une entreprise de conseil [22].

En vue d'une certification externe, les Services médicaux font partie de la « *European Foundation of Quality Management* » qui prévoit la réalisation d'audits par des sociétés externes (EFQM, Bruxelles) [15, 22-24]. Pour la formation continue des praticiens et agents, la formule des conférences destinées à l'ensemble du personnel a été abandonnée au profit d'un travail par groupes interprofessionnels [22]. Des stages de communication et d'animation sont également proposés [12, 16, 24].

La *Communauté des services médicaux* estime que la qualité passe aussi par l'amélioration de la satisfaction des collaborateurs, analysée par des sondages,

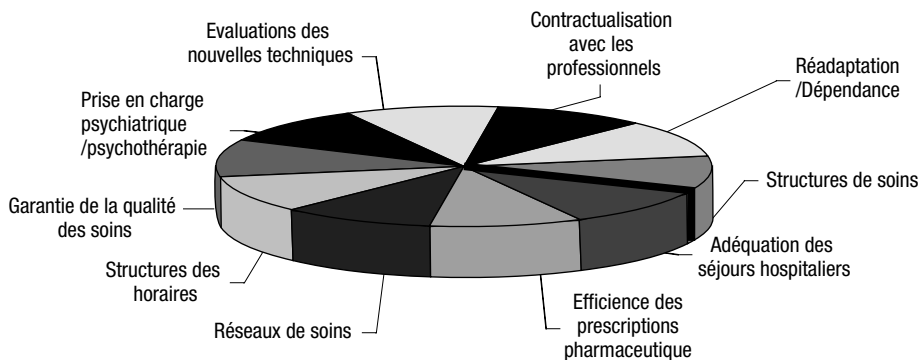


Figure 4. Champ d'activité : expertise en santé publique (d'après Ohnmacht [20])

une amélioration de la formation initiale et continue, ainsi qu'un effort de communication à l'intérieur de l'institution, avec en contrepartie, un contrôle des objectifs atteints [12, 22, 24]. Un nouveau modèle de management plus flexible devra remplacer l'organisation hiérarchique traditionnelle [12]. Afin d'éviter les doublons, les résultats des expertises en santé publique sont mis en ligne sur le réseau Intranet [15].

III. L'AVENIR EN QUESTIONS

Indépendant sur le plan légal, le Service médical allemand est néanmoins en prise directe avec son environnement, qui change à grande vitesse, d'où la nécessité d'une adaptation permanente.

Le train des réformes du système de santé se poursuivra et la question de sa privatisation commence à être ouvertement posée. Il s'ensuivra peut-être demain une perte du monopole vis-à-vis des caisses.

Les ressources diminuent alors que la charge de travail augmente et la montée en charge de l'informatisation se poursuit. Les nouvelles formes de soins intégrés impliquent une diversification des activités de conseil et d'expertise et elles exigent d'autres compétences ainsi que la responsabilisation individuelle.

La concordance entre résultats et objectifs devient une exigence. La *Communauté des services médicaux* allemands s'interroge sur la pérennité de son statut. Elle s'est engagée dans une adaptation interne afin de pouvoir affronter demain, s'il le faut, la concurrence avec d'autres prestataires d'expertise dans une position de force, basée sur la qualité, l'expérience et l'efficacité. La réussite passe par la prise de conscience de ces données par chaque collaborateur [12, 15, 16].

RÉFÉRENCES

1. Becker-Berke S. *Stichwort Gesundheitswesen, Kleine Reihe G+G, Bonn 1999.*
2. *Sozialgesetzbuch Band V (SGB V).*
3. AOK Bezirksdirektion Oberrhein. *Gesundheitsangebote 2000, Freiburg 1999.*
4. Busse R, Riesberg A. *Health care systems in transition – Germany, Dixon Anna - European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen 2000 (<http://observatory.dk/hit/hit.html>).*
5. Dumont JP. *Les systèmes de protection sociale en Europe. Paris : Economica ; 4^e édition 1998.*
6. Lambert DC. *Les systèmes de santé : analyse et évaluation comparée dans les grands pays industrialisés. Paris : Le Seuil ; 2000.*
7. Duriez M, Lequet-Slama D. *Les systèmes de santé en Europe, n°3343, Paris : PUF "Que sais-je ? ", 1998.*
8. *Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales. La protection sociale. Bonn, 1999.*
9. Pouvourville (de) G. *Le malade européen, une pièce en 14 actes. Mutualité française, Paris 1998.*
10. Rychlik R, Güntert-Görmann K, Kilburg A, Frazier JB. *Healthcare Reforms in Germany – Managed Care, An Opportunity ? Dis Manage Health Outcomes, 2000 ; 8, 6 : 305-12.*
11. *Gesundheitsreformgesetz 21/12/1988, Bundesgesetzblatt I, 1988 : 2477.*
12. Freund JF. *Versorgungsstrukturen von morgen – und die Perspektiven für den MDK ? In : Die Gesundheit von morgen - IV. Asklepios Kongress - Wiesbaden Sommer Symposium 1998, Asklepios Kliniken GmbH, 1998.*
13. Pick P. *Kurz und bündig - Die MDK-Gemeinschaft, 4. Neuauflage, MDS, Essen 1998.*
14. *Site Internet du MDK : <http://www.mdk.de>.*
15. Grosspietsch R (directeur et médecin-conseil régional du MDK Mecklenburg-Vorpommern), Mohrmann M (médecin-conseil régional adjoint du MDK Bade-Wurtemberg), Zink J (médecin-conseil du MDK Freiburg), Freund JF (médecin conseil chef du « pôle de compétence qualité », direction du MDK Bade-Wurtemberg) : *communications personnelles.*
16. *Der medizinische Dienst stellt sich vor, <http://www.medicity.de.de:s/archiv/dna/98-08/wirtschaft/forum.html>.*
17. *Verhasselt, Medizinrecht im Internet, <http://www.docslaw.de/kranken-kasse.htm>.*
18. Möhles R. *Is med-Neu – flächendeckendes Informations – und Kommunikationssystem im MDK Baden-Württemberg, in : Alltag und Zukunft des MDK Baden-Württemberg, 8. Fortbildungstagung für Ärztinnen und Ärzte des MDK Baden-Württemberg am 07/08/1999, MDK Baden-Württemberg, Lahr 2000.*
19. *Sozialgesetzbuch, Band 9 (SGB XI).*
20. Ohnmacht D. *Stand der Unternehmensentwicklung im MDK Baden-Württemberg (1), in : Alltag und Zukunft des MDK Baden-Württemberg, 8. Fortbildungstagung für Ärztinnen und Ärzte des MDK Baden-Württemberg am 07/08/1999, MDK Baden-Württemberg, Lahr 2000.*
21. Tolzin CJ, Hauschild C. *Konzentrierte Kompetenz, G+G Gesundheit und Gesellschaft, Bonn 2000, 4 : 20.*
22. Freund JF. *Total quality management – ein Konzept für den MDK, in : Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen – neue Herausforderungen für den MDK, MDK der Krankenkassenversicherung Baden-Württemberg, Lahr 1997.*
23. *EFQM Brussels Representative Office, Avenue des Pléiades 15, B-1200 Bruxelles.*
24. Mohrmann M. *Stand der Unternehmensentwicklung im MDK Baden-Württemberg (2), in : Alltag und Zukunft des MDK Baden-Württemberg, 8. Fortbildungstagung für Ärztinnen und Ärzte des MDK Baden-Württemberg am 07/08/1999, MDK Baden-Württemberg, Lahr 2000.*