

Reproduction sur d'autres sites interdite
mais lien vers le document accepté :

<https://www.irdes.fr/recherche/rapports/582-comparaison-internationale-organisation-medecine-specialisee-innovations-allemande-centres-de-soins-ambulatoires-interdisciplinaires.pdf>

Comparaison internationale de l'organisation de la médecine spécialisée : innovations dans cinq pays

Allemagne • Angleterre • États-Unis • Italie • Pays-Bas
Des centres de soins ambulatoires interdisciplinaires
à Berlin (MVZ)

Lucie Michel, Zeynep Or (Irdes)

1-5a

Études de cas

IRDES INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ
117bis, rue Manin 75019 Paris • Tél. : 01 53 93 43 06 •
www.irdes.fr • E-mail : publications@irdes.fr

- **Directeur de publication/Director of publication** Denis Raynaud
- **Éditrice/Editor** Anne Evans • **Éditrice adjointe/Associate editor** Anna Marek
- **Maquettiste/Lay-out artist** Franck-Séverin Clérembault
- **Assistant à la mise en page/Lay-out assistant** Damien Le Torrec
- **Diffusion/Diffusion** Suzanne Chriqui
- **Dépôt légal** : octobre 2021 • **ISBN** : 978-2-87812-560-3

Comparaison internationale de l'organisation de la médecine spécialisée : innovations dans cinq pays

Allemagne • Angleterre • États-Unis • Italie • Pays-Bas

Des centres de soins ambulatoires
interdisciplinaires à Berlin (MVZ)

Lucie Michel, Zeynep Or (Irdes)

Études de cas

Remerciements

Nous tenons tout d'abord à remercier nos collègues de l'Université Technique de Berlin (TUB), notamment Reinhard Busse et Wilm Quentin, ainsi que Bernhard Gibis et Susanne Armbruster de l'Association nationale des médecins de l'assurance maladie obligatoire (KVB) qui nous ont aidées à organiser les visites sur place et ont partagé leur expertise du système avec nous. Nous remercions également les professionnels de santé et les directeurs de MVZ que nous avons rencontrés, pour le temps qu'ils ont accepté de nous consacrer dans le cadre de cette étude.

Nos remerciements vont également à nos collègues et experts du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (Hcaam), en particulier Anne-Marie Brocas, Renaud Legal, Nathalie Fourcade et Jean-François Thébaut, qui nous ont fourni des commentaires avisés à différentes étapes de ce travail. Enfin, nous tenons à remercier l'équipe éditoriale de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), Anne Evans et Anna Marek, pour leur implication dans la réalisation de ces monographies.

Toute erreur ou omission relève de notre seule responsabilité.

Sommaire

Remerciements	2
Avant-propos	5
Le système de santé allemand en bref.....	7
1. LES MVZ- MEDIZINISCHE VERSORGUNGSZENTREN DES CENTRES DE SOINS AMBULATOIRES INTERDISCIPLINAIRES	9
1.1. Historique	9
1.2. Contexte	9
2. TROIS EXEMPLES DE MVZ	11
2.1. Premier exemple : Herzpraxis – un MVZ créé par des cardiologues libéraux et des médecins généralistes	11
2.2. Deuxième exemple : Praxisklinik – un MVZ de chirurgie ambulatoire	12
2.3. Troisième exemple : Vivantes	13
3. PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS	15
4. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	17

Comparaison internationale de l'organisation de la médecine spécialisée : innovations dans cinq pays
Allemagne - Des centres de soins ambulatoires interdisciplinaires à Berlin (MVZ)

Irdes - Octobre 2021

Avant-propos

Dans un contexte de demande croissante de soins liée à une population vieillissante souffrant de multiples maladies chroniques, la France, comme d'autres pays, cherche à faire progresser la coordination des soins dans les secteurs des soins primaires, hospitaliers et de longue durée. Les médecins spécialistes jouent un rôle essentiel dans la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques, mais jusqu'ici peu d'attention a été accordée à leurs modes d'organisation en dehors de l'hôpital, et à leur rôle dans l'amélioration de la coordination des soins centrés sur le patient. France Stratégie (Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, Hcaam) a demandé à l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) d'apporter un éclairage international sur la question.

En collaboration avec des chercheurs et des experts de cinq pays – Allemagne, Angleterre, Italie, États-Unis et Pays-Bas –, nous avons identifié plusieurs modèles d'organisation des soins spécialisés. Afin de comprendre l'organisation effective des soins autour de pathologies spécifiques, nous avons réalisé dans ces pays différentes études de cas entre juin 2018 et mars 2019. Celles-ci n'ont pas pour objectif de fournir une description globale des soins ambulatoires dans chaque pays. Il s'agit plutôt d'étudier les modalités d'organisation autour des patients atteints de maladies chroniques, en décrivant la coordination des rôles et des tâches entre les médecins spécialistes et les autres professionnels impliqués, ainsi que les caractéristiques innovantes et les modèles financiers sous-jacents.

L'étude de cas sur l'organisation de la médecine spécialisée en Allemagne porte sur trois Medizinische Versorgungszentre – ou MVZ –, des centres de soins ambulatoires interdisciplinaires, situés ici à Berlin. Elle s'appuie sur des visites de sites conduites en octobre 2018, au cours desquelles nous avons interviewé les propriétaires ou les gestionnaires de ces structures, ainsi que deux représentants de l'Association nationale des médecins de l'assurance maladie obligatoire (KBV), le secrétaire général de l'Union des MVZ, des représentants de fédérations hospitalières, ainsi que deux experts de premier plan du système de santé allemand.

Comparaison internationale de l'organisation de la médecine spécialisée : innovations dans cinq pays
Allemagne - Des centres de soins ambulatoires interdisciplinaires à Berlin (MVZ)

Irdes - Octobre 2021

LE SYSTÈME DE SANTÉ ALLEMAND *en bref*

L'assurance maladie, obligatoire pour tous les résidents, repose sur deux systèmes : une assurance publique, qui s'appuie sur une centaine de caisses d'assurance maladie concurrentes et sans but lucratif, et une assurance privée substitutive gérée par des caisses à but lucratif et non lucratif. Les personnes dont le salaire brut dépasse 56 000€ par an peuvent choisir de se retirer de l'assurance publique et de souscrire une assurance privée de substitution. Mais la plupart (75 % de ceux qui ont la possibilité de choisir) restent dans le système public. En 2016, près de 11 % de la population était couverte par l'assurance privée (Commonwealth Fund, 2019 ; Busse et Blümel, 2014).

Les États régionaux (Länder) possèdent et gèrent la plupart des hôpitaux universitaires, tandis que les municipalités et les comtés supervisent environ la moitié des lits d'hôpitaux et interviennent dans les actions de santé publique. Cependant, les différents niveaux de gouvernement ne jouent pratiquement aucun rôle dans le financement direct ou la délivrance des soins de santé. Dans une large mesure, la régulation est déléguée à des associations autonomes, tant du côté des fournisseurs de soins (par exemple les Kassenärztliche Vereinigungen (KV), Associations de médecins conventionnés en ambulatoire) que du côté des payeurs (caisses d'assurance maladie), tous étant membres d'un organisme central, le Comité mixte fédéral.

Les médecins de ville sont, en vertu de la loi, obligatoirement membres d'associations régionales (KV) qui négocient des contrats avec les caisses d'assurance maladie. Les associations régionales de médecins sont responsables de la coordination des demandes de soins dans leur région et agissent en tant qu'intermédiaires financiers entre les caisses et les médecins de ville. Les médecins facturent leurs associations régionales selon un barème d'honoraires uniforme ; les associations sont payées par les caisses d'assurance maladie sous forme de capitation annuelle (Busse et Blümel, 2014).

Les médecins de ville sont généralement remboursés à l'acte selon un barème uniforme établi entre les caisses d'assurance maladie et les associations de médecins. Les paiements couvrent un nombre maximum et prédéfini de patients par cabinet et de points de remboursement par patient ; des seuils portant sur le nombre de traitements par patient pour lesquels un médecin peut être remboursé sont fixés. Les incitations financières pour favoriser la coordination des soins peuvent faire partie de contrats de soins intégrés, mais ne sont pas systématiquement mises en œuvre (Obermann *et al.*, 2016).

Il n'y a pas de libre installation pour les médecins, l'offre de médecine libérale en ville étant régulée par un système régional de « licence » (droit d'exercer la médecine dans une région donnée) géré par les KV régionaux. En ce qui concerne les spécialistes, il existe une séparation stricte entre les soins hospitaliers et ambulatoires. Les médecins dans les hôpitaux ne sont généralement pas autorisés à prendre en charge les patients en ville ; il n'y a donc en général pas de consultations ambulatoires à l'hôpital. Les Länder déterminent la capacité des hôpitaux, tandis que celle des soins ambulatoires spécialisés est soumise aux règles définies par le Comité mixte fédéral.

Comparaison internationale de l'organisation de la médecine spécialisée : innovations dans cinq pays
Allemagne - Des centres de soins ambulatoires interdisciplinaires à Berlin (MVZ)

Irdes - Octobre 2021

1. Les MVZ- Medizinische Versorgungszentren

Des centres de soins ambulatoires interdisciplinaires

1.1. Historique

- ▶ Les Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sont un héritage des anciennes Polikliniken d'Allemagne de l'Est, des centres de santé de proximité regroupant des médecins spécialistes, des infirmières et un petit plateau technique (imagerie, exploration fonctionnelle et analyses biologiques). Avant la chute du mur, la grande majorité des médecins d'Allemagne de l'Est exerçaient en tant que salariés dans ces Polikliniken, mais celles-ci ont progressivement disparu à la suite de la réunification pour répondre à un besoin de modernisation des infrastructures, mais aussi par rejet de l'ancien modèle communiste. Quelques Polikliniken ont cependant perduré et en 2004, la loi Schröder les a remises au goût du jour en introduisant les MVZ en tant que nouvelles entités juridiques pour la délivrance de soins ambulatoires (Imbaud *et al.*, 2016).
- ▶ Jusqu'au début des années 2000, la pratique médicale en ville s'appuyait sur des cabinets dans lesquels exerçait généralement un médecin (un homme dans la majorité des cas) qui travaillait en solo avec deux ou trois assistants médicaux. Ces Einzelpraxis ont été progressivement intégrés à des cabinets de groupe (Gruppenpraxis), dans lesquels plusieurs médecins indépendants travaillent côte à côte (souvent par deux, même si certains cabinets peuvent être de plus grande taille, par exemple en radiologie). Depuis 2004, date de la création des MVZ, les médecins peuvent exercer en tant qu'employés, sur une base salariale, ou en tant qu'indépendants dans des cabinets de groupe. Depuis 2008, les cabinets individuels et les cabinets de groupe sont autorisés à employer des médecins salariés. Les MVZ sont à la fois critiqués par certains médecins, qui les perçoivent comme la première forme d'industrialisation de la médecine ambulatoire, et plébiscités par d'autres, surtout la nouvelle génération, qui apprécient le fait de travailler en équipe et d'avoir des horaires de travail plus flexibles.

1.2. Contexte

Créés en 2004, les MVZ sont des centres de santé interdisciplinaires de proximité délivrant des soins ambulatoires et gérés par des professionnels de santé. Les médecins qui y exercent sont régis par un système de licence, géré par le KV régional (Kassenärztliche Vereinigung, Association de médecins conventionnés en ambulatoire), qui approuve la pratique des médecins équivalent-temps plein dans la structure (une licence peut être partagée par deux médecins, chacun travaillant à mi-temps). Contrairement à la France, les médecins ne bénéficient pas du principe de liberté d'installation. Initialement, les premiers MVZ devaient obligatoirement accueillir au moins deux spécialités distinctes mais depuis 2018, il est possible de créer un MVZ regroupant des médecins exerçant la même spécialité (par exemple, un MVZ spécialisé en ophtalmologie ou en cardiologie).

Les MVZ peuvent être créés uniquement par des médecins libéraux, des hôpitaux ou des municipalités, mais non par d'autres organismes, ni par des caisses d'assurance maladie. Si les maisons de retraite et les pharmacies étaient au départ autorisées à créer des MVZ, cette situation a changé au fil du temps. Ce sont toujours des médecins qui en sont à la tête même si la gestion quotidienne peut s'effectuer par des *managers* non médicaux. Il s'agit de structures privées de type SARL – Société à responsabilité limitée –, ou encore de sociétés civiles ; très rares sont les MVZ qui se structurent sous forme d'association. Les médecins y exercent en tant que praticiens salariés ou conventionnés libéraux ; il est par ailleurs possible pour un médecin de partager son temps entre un emploi à l'hôpital et un autre dans le MVZ. Dans certains MVZ très minoritaires (3 à 4 % de la totalité des MVZ), tous les médecins sont indépendants et le fonctionnement est proche de celui d'un cabinet de groupe.

En 2018, on dénombre 3 173 MVZ en Allemagne, comparé à 2 073 en 2014 (chiffres KVB présentés lors d'un entretien). En moyenne, un MVZ emploie 6,2 médecins et un grand nombre d'assistants médicaux, de secrétaires, ainsi que quelques infirmières. En 2018, environ 12 % des médecins en ambulatoire exercent dans un MVZ. Les spécialistes les plus représentés sont les médecins généralistes, les internistes et les chirurgiens, suivis par les gynécologues, les radiologues et les orthopédistes (statistiques MVZ de KBV). Environ 41 % des MVZ appartiennent à des médecins et 42 % à des hôpitaux. Il n'y a pas de subvention spécifique pour l'aide à la création d'un MVZ.

Les MVZ sont inégalement répartis sur le territoire et se concentrent pour moitié en ville ; 38 % se situent en zone semi-urbaine et seulement 14 % en zone rurale (Gibis *et al.*, 2016). Selon les représentants du Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Association nationale des médecins de l'assurance maladie obligatoire, cette situation s'explique notamment par le fait que ce modèle, de type concurrentiel, se développe plus facilement dans des zones où le nombre de patients est élevé. Certaines régions sont aussi plus dotées que d'autres en MVZ, ce qui reflète des décisions prises localement, les MVZ étant souvent utilisés comme plateformes pour les investissements financiers dans le secteur de la santé (Clifford, 2018). Entre 2015 et 2018, l'acquisition de plusieurs MVZ par des grandes entreprises privées a inquiété certains médecins, en particulier dans le secteur des soins dentaires.

Nous présentons ici les deux formes les plus emblématiques de MVZ à travers trois études de cas, dans la région de Berlin. Nous avons visité ces centres de soins et interrogé les propriétaires ou les directeurs (dans les MVZ hospitaliers). Les sujets abordés dans ces entretiens semi-directifs concernaient la genèse du projet MVZ, la configuration et les rôles des professionnels de santé impliqués, les maladies traitées, les systèmes d'information, ainsi que leur coordination avec les autres fournisseurs de soins.

2. TROIS EXEMPLES DE MVZ

2.1. Premier exemple : Herzpraxis – un MVZ créé par des cardiologues libéraux et des médecins généralistes

Ce MVZ est une société à responsabilité limitée détenue par six partenaires : cinq cardiologues et un médecin généraliste qui partagent chacun les mêmes parts financières. Leur société emploie en outre, sur une base salariale, cinq autres médecins généralistes et un cardiologue, 20 assistants médicaux (dont des secrétaires médicaux et un *manager*), ainsi qu'une MFA (*Medizinische Fachangestellte*) qui assiste les médecins (voir encadré 1). Le centre dispose de deux électrocardiogrammes sur place.

Les MVZ sont payés par le KV (qui reçoit des paiements de la part de différents assureurs), puis les médecins (propriétaires) rémunèrent leurs salariés et partagent les bénéfices. Leurs activités sont réglementées par le système régional d'assurance maladie, et les médecins ne peuvent pas dépasser un certain nombre de patients par licence (droit d'exercer sur un territoire donné). Au sein du MVZ Herzpraxis, les six cardiologues partagent trois licences. Le MVZ a donc besoin de demander de nouvelles licences au fil des années pour garantir leur pérennité, car si un médecin part du MVZ, il.elle emporte avec lui.elle un certain nombre de patients. Dans les zones sous-dotées, il est facile d'obtenir une licence mais dans les zones sur-dotées, seules les licences des médecins prenant leur retraite sont redistribuées (le MVZ peut faire une demande au même titre que les autres requérants). Généralement, ces médecins retraités vendent leur cabinet par la même occasion, à un prix d'autant plus élevé que la zone et la spécialité sont attractives.

Encadré 1. Les assistants médicaux dans les MVZ (MFA)

Les *Medizinische Fachangestellte* – MFA – ou assistants médicaux, sont très répandus en Allemagne et souvent très nombreux dans les cabinets privés et les MVZ. Ils.elles assistent les médecins (il s'agit d'une fonction similaire à celle de *physician assistant* aux États-Unis mais avec un niveau d'études et de compétences moindre, plus proche de celui des infirmières). Les MFA suivent une formation de trois ans après le baccalauréat, ils.elles peuvent effectuer des tâches telles que les prises de sang, l'installation des électrocardiogrammes, la prise de tension, la mise sous perfusion, mais aussi le *reporting* dans le dossier patient et les suivis téléphoniques.

Les médecins doivent savoir estimer leur nombre de patients au plus juste car leur rémunération est calculée selon ce nombre et le volume d'actes réalisés. A la fin de chaque année, un décompte des activités est réalisé par les KV pour ajuster le montant, mais si les actes sont beaucoup plus nombreux que les prévisions, les professionnels de santé, et donc le MVZ, n'auront pas de rémunération additionnelle.

Dans ce centre (Herzpraxis), les patients sont suivis pour des problèmes cardiovasculaires et sont adressés directement par les médecins généralistes du centre ou par des médecins en dehors du MVZ. La particularité de ce MVZ est qu'il s'inscrit dans un réseau de prise en charge de l'insuffisance cardiaque construit de manière informelle. Les Praxisnetz (Réseaux de pratique), qui sont en train de se mettre en place dans de nombreux territoires, permettent aux MVZ et aux professionnels de santé dans leur cabinet ou à l'hôpital de travailler ensemble sur des questions spécifiques (prise en charge des problèmes chroniques,



Ce réseau est très important pour nous, c'est un réseau de professionnels qui nous permet de nous améliorer mais aussi d'offrir les meilleurs soins possibles à nos patients. »

Cardiologue 2

multimorbidité, personnes âgées...), afin d'améliorer leur pratique médicale et l'organisation des soins dans leur région (Obermann *et al.*, 2016).

Les cardiologues du MVZ travaillent en collaboration avec l'hôpital universitaire de la Charité. Leur objectif commun est de réduire le nombre d'hospitalisations en prenant en charge rapidement les patients dans le MVZ, sans passer par les urgences. Le réseau permet aussi aux cardiologues du MVZ effectuant fréquemment des chirurgies vasculaires d'avoir un accès privilégié aux blocs opératoires de l'hôpital. Ainsi, pour une intervention chirurgicale, si le chirurgien libéral amène un patient à l'hôpital, c'est le MVZ qui reçoit le principal financement, mais une autre partie est également reversée à l'hôpital.

Enfin, le traçage de la qualité est au cœur du fonctionnement du MVZ, et les KV contrôlent très régulièrement les pratiques des médecins. Le KV régional s'appuie sur un système électronique de codage des actes, le système « EBM » (*Einheitliche Bewertungsmaßstab*) ; tous les trois mois, les médecins envoient leurs données au KV qui vérifie la cohérence entre le codage des pratiques et les patients. En outre, le KV choisit un médecin du MVZ au hasard tous les ans pour réaliser des tests de qualité (qualité de l'échographie, du dossier patient, des décisions médicales, etc.).

2.2. Deuxième exemple : Praxisklinik – un MVZ de chirurgie ambulatoire

La Praxisklinik a été fondée en 2014 par un médecin anesthésiste ayant choisi de créer sa propre structure à la suite d'une expérience malheureuse avec un associé. Capitalisant sur son expérience passée, il ouvre cette clinique avec un premier bloc opératoire et sa seule licence d'anesthésiste. Il est aujourd'hui l'unique propriétaire de la structure et emploie cinq autres médecins anesthésistes, ainsi qu'une équipe composée de deux infirmières employées à plein temps, quatre assistants médicaux spécialisés en anesthésie et sept infirmières de bloc. Le centre a trois salles d'opérations pour effectuer des chirurgies ambulatoires dans un grand nombre de domaines : l'orthopédie, avec 30 opérations du genou par jour, la chirurgie de la main avec une dizaine d'opérations par jour, et d'autres opérations telles que l'hystérectomie ou encore les laparoscopies ou la cataracte (50 par semaine).

Le médecin anesthésiste fondateur de la structure exerce quasiment comme un chef d'entreprise : il s'est formé en gestion et en droit pour être en mesure de gérer efficacement le MVZ. Il loue ses blocs opératoires à une trentaine de chirurgiens extérieurs et touche des financements pour les prestations d'anesthésie. A titre d'exemple, un chirurgien venant effectuer une opération des ligaments touche 426€ de la part du KV et en reverse 30 % au MVZ. Certains patients viennent aussi pour des chirurgies remboursées par une assurance privée (généralement mieux rémunérées). Selon le médecin propriétaire et gestionnaire du MVZ, les chirurgiens acceptent ce fonctionnement car ils trouvent au sein de ce MVZ d'excellentes conditions de travail : des équipements de dernière génération et un respect des



Je fais un travail énorme et très couteux pour améliorer la sécurité et la qualité des soins, je devrais être payé pour ça par le KV, ce serait normal. »

Médecin anesthésiste, dirigeant de MVZ

normes d'hygiène et de qualité irréprochable. Ce médecin souhaiterait d'ailleurs pouvoir faire valoriser par le KV ses activités d'amélioration de la qualité des soins.

2.3. Troisième exemple : Vivantes

Le consortium hospitalier public Vivantes regroupe neuf sites sur la ville de Berlin et emploie 15 000 personnes. 90 % de leurs patients sont pris en charge par une assurance publique et 10 % ont une assurance privée. Le groupe Vivantes possède 2 MVZ dans lesquels exercent, à temps partiel ou complet, des spécialistes qui sont aussi employés du groupe hospitalier. Pour le manager du MVZ, sa structure ambulatoire est un « pont » entre la ville et l'hôpital. Tous les médecins et les infirmiers de Vivantes sont salariés. Généralement, les médecins ont un contrat de 40 heures par semaine (avec un maximum de 48 heures, alors



Nous devons commencer par ce qui est le mieux pour le patient. Puis regarder comment organiser et payer les prestataires. »

Directeur de MVZ

que dans le secteur ambulatoire, ils peuvent travailler jusqu'à 60 heures par semaine). Mais la rémunération des infirmiers reste un enjeu, le niveau de rémunération à l'hôpital étant plus élevé qu'en ville.

Du point de vue des établissements hospitaliers, financés à l'activité (sur un modèle de T2A), investir dans une structure MVZ comporte plusieurs avantages. En premier lieu, les MVZ leur donnent la possibilité de recruter des patients, en identifiant et référant les patients complexes susceptibles d'être hospitalisés. En deuxième lieu, ils permettent de proposer à leurs patients des soins ambulatoires (radios, etc.) à proximité de l'hôpital. Ceci est intéressant d'un point de vue économique mais aussi dans un objectif d'amélioration du parcours de soins des patients en intégrant les traitements. En outre, le MVZ peut aider l'hôpital à réduire les durées de séjour des patients, les spécialistes pouvant organiser les sorties en s'appuyant sur une visite de contrôle au centre de soins ambulatoires. Le directeur de Vivantes affirme qu'ils ont ainsi contribué à réduire les durées de séjours à l'hôpital et les hospitalisations en urgence, grâce à une meilleure organisation des sorties et des visites post-opératoires dans les MVZ (nous ne disposons pas de données à ce sujet).

Cependant, l'intégration des soins entre l'hôpital et les deux MVZ reste peu développée. Bien qu'ils fassent partie de la même organisation, les synergies des MVZ avec les différents services de l'hôpital sont assez peu importantes. Les médecins des MVZ ne sont pas en mesure de partager les informations concernant leurs patients, ni, en cas d'hospitalisation du patient, de suivre les traitements dispensés à l'hôpital, sauf quand le médecin travaille à la

fois à l'hôpital et dans le MVZ. L'absence de système d'information commun (IT) permettant ce partage d'informations est perçue par le responsable du MVZ comme problématique pour améliorer la coordination des soins.

Les deux MVZ de Vivantes sont spécialisés dans les soins dispensés à des populations spécifiques ; celui que nous avons visité prend en charge les enfants atteints de cancer. Les MVZ se spécialisent pour ne pas être en concurrence directe avec les médecins généralistes et les spécialistes qui leur envoient des patients. Globalement, investir dans un MVZ permet à l'hôpital de proposer une gamme de nouveaux services en ambulatoire et d'intégrer des traitements avant et après l'hospitalisation. C'est aussi un moyen de développer de nouveaux services, comme la radiologie, et d'accroître l'attractivité de l'hôpital. Le fait de se spécialiser dans des groupes spécifiques de patients permet également de réaliser des économies d'échelle et de gamme.

3. Principaux enseignements

Défis à relever

- ▶ Certains médecins libéraux considèrent que le système des MVZ accroît la concurrence avec les hôpitaux et met en danger l'exercice libéral. Ils craignent aussi une absorption du secteur ambulatoire par des grands groupes privés qui achètent des MVZ.
- ▶ Il y a un risque de demande induite par l'hôpital financé à l'activité (et en considérant le nombre élevé de lits hospitaliers en Allemagne) : les hôpitaux peuvent utiliser les MVZ comme des « aspirateurs à patients ». Toutefois, le système de licence qui contrôle le nombre de spécialistes par territoire limite le surdéveloppement des MVZ.
- ▶ Pour les MVZ hospitaliers, il n'est pas facile de trouver le bon créneau pour une population donnée afin de ne pas être en compétition avec les médecins généralistes (qui leur envoient les patients). En outre, les patients souffrent souvent de maladies multiples et une spécialisation excessive pourrait dans ce contexte être contre-productive.
- ▶ Les systèmes d'information ne sont pas connectés : même dans les MVZ liés à un hôpital, le partage d'informations est très complexe. La contribution des MVZ à l'amélioration du parcours de soins n'est, par conséquent, pas toujours évidente.

Leviers

- ▶ La flexibilité du travail en équipe est un facteur essentiel de l'attractivité des MVZ pour les médecins :
 - Dans le cadre du MVZ, le risque économique et les tâches administratives sont partagés.
 - Pour les médecins employés, la possibilité d'être salariés et l'emploi à temps partiel sont des facteurs attractifs.
 - Les professionnels de santé apprécient les échanges interdisciplinaires.
- ▶ Le partage des plateaux techniques et les économies d'échelle contribuent aussi à la qualité des soins. Les MVZ proposant un nombre plus important de procédures et d'actes techniques participent à l'introduction de protocoles et de normes de qualité.
- ▶ Pour les hôpitaux, les MVZ peuvent contribuer à atténuer la distinction stricte qui prévaut en Allemagne entre soins hospitaliers et soins ambulatoires. Les hôpitaux ont la possibilité de rejoindre le secteur des soins ambulatoires, de transférer certains services en ambulatoire et de créer un réseau efficace (en intégrant les soins pré- et post-opératoires).

- ▶ Les caisses d'assurance maladie voient aussi l'opportunité de réduire les dépenses de soins en évitant les examens et diagnostics inappropriés ou redondants en milieu ambulatoire et hospitalier, comme c'est souvent le cas actuellement.
- ▶ Pour les patients, la facilité d'accès aux MVZ et la disponibilité d'un éventail de médecins sur un même lieu constituent un avantage certain. L'organisation des soins, qui s'appuie sur les assistants médicaux, permet aux médecins des MVZ de consacrer plus de temps aux patients, d'investir dans des programmes de *disease management*, etc. L'implication du MVZ dans un réseau de fournisseurs de soins (Praxisnetz) semble favoriser de manière significative la continuité des soins.
- ▶ Dans le même temps, en Allemagne, les MVZ semblent faciliter la mise en place des Praxisnetz – ou Réseaux de pratique – qui rassemblent des professionnels de santé exerçant dans différents centres et cabinets médicaux autour de thématiques spécifiques (notamment les maladies chroniques, l'obésité, les soins aux personnes âgées, etc.), avec l'objectif de mieux organiser la prise en charge de la population d'un territoire donné.

4. Références bibliographiques

Busse R., Blümel M. (2014). *Health Systems in Transition*. Germany: *Health System Review*, Vol. 16, Issue 2. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/255932/HiT-Germany.pdf?ua=1

Commonwealth Fund (2019). *The German Health Care System*, Blümel, M., Busse, R., *International Health Care System Profiles*, accessed November 2019. <https://international.commonwealthfund.org/countries/germany/>

Gibis B., Hofmann M., Armbruster S. (2016). « MVZ im Krankenhaus ». In: Klauber J., Geraedts M., Friedrich J., Wasem J. (Hrsg) *Krankenhaus-Report; Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus*. Schatterauer Verlag, Berlin, S 111-126.

Imbaud C., Garassus P., André J., Langevin F. (2016). « Le développement de centres de santé pluridisciplinaires de proximité en Allemagne : les Medizinische Versorgungszentren ». *Santé Publique*, Vol. 28(5), 555-568. doi:10.3917/spub.165.0555.

Obermann K., Müller P., Müller H.H., Schmidt B., Glazinski B. (2016). *The German Health Care System. A concise overview*. Mannheim Institute of Public Health (MIPH), Heidelberg University.

1-5a

Études de cas

Comparaison internationale de l'organisation de la médecine spécialisée : innovations dans cinq pays

Allemagne • Angleterre • États-Unis • Italie • Pays-Bas

Des centres de soins ambulatoires interdisciplinaires à Berlin (MVZ)

Lucie Michel, Zeynep Or (Irdes)

Dans un contexte de demande croissante de soins liée à une population vieillissante souffrant de multiples maladies chroniques, la France, comme d'autres pays, cherche à faire progresser la coordination des soins dans les secteurs des soins primaires, hospitaliers et de longue durée. Les médecins spécialistes jouent un rôle essentiel dans la prise en charge de ces patients mais, jusqu'ici, peu d'attention a été accordée à leurs modes d'organisation en dehors de l'hôpital et à leur rôle dans l'amélioration de la coordination des soins centrés sur le patient.

Afin d'étudier les différentes façons dont les spécialistes travaillent hors de l'hôpital pour intégrer les soins de ville, nous avons réalisé des études de cas dans cinq pays (Allemagne, Angleterre, États-Unis, Italie et Pays-Bas). Dans chaque cas, nous avons examiné comment les soins spécialisés s'organisent autour de patients atteints de pathologies spécifiques. Ces études de cas, conduites sur le terrain entre juin 2018 et mars 2019, ont permis d'explorer les modalités d'organisation autour des parcours de soins des patients, en décrivant la coordination des rôles et des tâches entre les médecins spécialistes et les autres professionnels impliqués, ainsi que les caractéristiques innovantes et les modèles financiers sous-jacents. Une synthèse des résultats pour les cinq pays peut être consultée sur : www.irdes.fr/recherche/2020/qes-248-decloisonner-les-prises-en-charge-entremecine-specialisee-et-soins-primaires-experiences-dans-cinq-pays.html

L'étude de cas sur l'organisation de la médecine spécialisée en Allemagne porte sur trois Medizinische Versorgungszentren – ou MVZ –, des centres de soins ambulatoires interdisciplinaires, situés ici à Berlin. Elle s'appuie sur des visites de sites conduites en octobre 2018, au cours desquelles nous avons interviewé les propriétaires ou les gestionnaires de ces structures, ainsi que deux représentants de l'Association nationale des médecins de l'assurance maladie obligatoire (KBV), le secrétaire général de l'Union des MVZ, des représentants de fédérations hospitalières, ainsi que deux experts de premier plan du système de santé allemand.