



DITO Relancer notre partenariat sur des bases solides et structurantes pour vos laboratoires

Cette Lettre, dédiée aux biologistes médicaux, nourrit plusieurs ambitions : informer, nouer le dialogue, préparer l'avenir. Elle concrétise notre partenariat, renforcé récemment par le protocole d'accord conclu en octobre 2013 avec les représentants des laboratoires de biologie médicale.

Une nouvelle donne dans nos relations

Il faut en convenir, les laboratoires de biologie médicale ont largement participé à l'effort de réduction des dépenses de l'Assurance Maladie ces sept dernières années. Cet effort était nécessaire dans la période de fortes contraintes budgétaires qui est la nôtre, mais les baisses tarifaires successives ont évidemment impacté l'économie de la biologie médicale.

Les laboratoires de biologie médicale sont un maillon indispensable du système de soins. Sans actes de biologie médicale, pas de prévention ni de dépistage efficient, pas de diagnostic ni de suivi médical possibles, à la condition qu'ils aient été prescrits à bon escient. Le protocole d'accord signé en octobre 2013 entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et les trois syndicats représentatifs de la profession le reconnaît.

Une meilleure visibilité économique pour vos laboratoires

Cet accord répond à un double objectif. Il entend favoriser « le juste recours » aux actes de biologie médicale en instaurant une maîtrise médicalisée des volumes. Il instaure une régulation concertée des tarifs qui tient compte des pressions financières pesant sur le système de soins, mais aussi des impératifs économiques des laboratoires. Ainsi, il donne à la profession une visibilité indispensable pour la gestion prévisionnelle de son activité. En période de croissance restreinte des dépenses de santé, il convient de le mettre en œuvre sans tarder ●

Frédéric van Rookeghem
Directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie

Protocole d'accord du 10 octobre 2013 : des perspectives partagées

FAISONS AVANCER LA SANTÉ

Maîtrise médicalisée et objectif de dépenses négocié

Garantir une stabilité économique aux laboratoires de biologie médicale tout en maîtrisant les dépenses d'assurance maladie, c'est le double objectif auquel répond l'accord signé par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et les trois syndicats représentatifs de la profession.

La maîtrise médicalisée des volumes est un préalable à l'optimisation des ressources allouées au financement des actes de biologie médicale. La maîtrise des volumes devrait progressivement monter en puissance pour atteindre quelque 60 millions d'euros d'économies réalisées sur trois années. Elle vise à éviter la prescription et la réalisation d'actes inutiles et s'appuie principalement sur trois leviers fournis par les caisses d'assurance maladie.

Maîtrise des volumes : trois leviers de régulation

L'accompagnement des médecins dans la durée constitue le premier levier de la régulation : diffusion des référentiels de bonne pratique pour éviter la prescription d'actes inutiles et redondants.

Deuxième levier, l'accompagnement des biologistes vise à les informer précisément des

possibilités de modifier par eux-mêmes certaines prescriptions médicales.

**+ 0,25 %
par an :**

c'est l'objectif d'évolution des dépenses de l'Assurance Maladie en matière de biologie médicale pour les trois années à venir.

Enfin, la révision de la Nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) constitue un troisième levier : radiation des actes obsolètes, interdiction de cumul d'actes redondants.

Le deuxième volet de l'accord porte sur l'évolution des dépenses de biologie médicale. Les parties signataires sont convenues d'un objectif d'évolution des remboursements d'assurance maladie sur trois ans, à raison de 0,25% par an. Le respect de cet objectif sera garanti par, outre la maîtrise médicalisée, un ajustement à la hausse ou à la

baisse des cotations des actes inscrits à la nomenclature. C'est l'ensemble des remboursements, prélèvements et activités hors prélèvements, au titre des branches maladie - maternité et accidents du travail - et maladies professionnelles, qui servira de base à ces calculs.

Évolution des dépenses : pour une stabilité économique

L'objectif de 0,25% est conçu pour garantir aux laboratoires de biologie une stabilité et une viabilité économiques. Le protocole d'accord vise ainsi à les mettre à l'abri des aléas conjoncturels. Les décisions de baisse tarifaire prises dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité Sociale devront se conformer à cette programmation pluriannuelle des dépenses de biologie médicale.

Dans un contexte économique contraint, le mécanisme stabilisateur mis en place par l'accord d'octobre 2013 s'inscrit dans une logique gagnant-gagnant. Il assure à la profession une stabilité économique sur trois ans et garantit le maintien de prestations de qualité pour les patients.

Dans le même temps, il garantit à l'Assurance Maladie une évolution soutenable de ses dépenses et respectueuse des grands équilibres économiques. ●



Les économies attendues de la maîtrise médicalisée

EN CHIFFRES

10 MILLIONS
d'euros en 2014.

20 MILLIONS
d'euros en 2015.

30 MILLIONS
d'euros en 2016.



Chiffres clés

EN CHIFFRES

. 3 693 M€ en 2015

. 3 703 M€ en 2016

C'est en montants remboursés, les dépenses de biologie équivalent au taux d'évolution de 0,25 % défini par le protocole d'accord de 2013 ●

Sécuriser la facturation électronique

SIMPLIFIONS NOS RELATIONS

L'Assurance Maladie va bientôt mettre à la disposition des laboratoires un service en ligne nommé « ADR » pour « acquisition des droits en ligne ». Il sera intégré à leur logiciel d'élaboration de feuilles de soins électroniques et leur permettra de mettre à jour les droits des patients avec lesquels ils ne sont pas toujours en contact direct, en cas de carte non mise à jour ou d'oubli par le patient.

Ce service devrait contribuer à la réduction des rejets de facturation ●

Dosage de la vitamine D : des indications cliniques limitées

REPÈRES POUR LA PRATIQUE

Si le traitement par vitamine D est nécessaire dans certaines situations cliniques, son dosage sanguin en routine n'apporte aucun renseignement utile, rappelle la Haute Autorité de santé (HAS).

Le dosage sanguin de la vitamine D doit être réservé :

- à la suspicion de rachitisme ;
- à la suspicion d'ostéomalacie ;
- dans le cadre du suivi ambulatoire de l'adulte transplanté rénal au-delà de trois mois après transplantation ;
- avant et après un acte de chirurgie bariatrique ;
- lors de l'évaluation et de la prise en charge des personnes âgées sujettes aux chutes répétées ;
- dans le respect des résumés des caractéristiques du produit (RCP) des médicaments préconisant la réalisation du dosage de la vitamine D ●

> Pour en savoir plus : has-sante.fr

Trois mémos accompagnent cette Lettre. Ce sont des repères pratiques pour le dosage de la vitamine D, la réalisation du groupe sanguin, ainsi que l'exploration et la surveillance biologiques thyroïdiennes.

Dépenses de biologie

Un mécanisme de régulation sécurisant

Les parties signataires se sont accordées sur un objectif d'évolution des dépenses de biologie médicale de 0,25% par an. Il s'agit de l'évolution des remboursements de l'Assurance Maladie dont le respect sera évalué par les parties signataires.

La mise en œuvre du protocole est assurée par un comité de suivi composé des parties signataires : le Syndicat des biologistes (SDB), le Syndicat des laboratoires de biologie clinique (SLBC), le Syndicat national des médecins biologistes (SNB) et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). Le comité se réunit à date fixe, en janvier et en juin de chaque année couverte par le protocole d'accord. Il a pour mission :

- d'établir, en janvier, la prévision des dépenses pour l'année afin de définir, le cas

échéant, le montant des ajustements de cotisation, à la baisse comme à la hausse, nécessaires pour atteindre l'évolution cible des remboursements de 0,25 %, en tenant compte des économies prévues au titre de la maîtrise médicalisée ;

des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et les syndicats de biologistes ;

Ajustement possible en milieu d'année

- de s'assurer, en juin de chaque année, que les données de remboursement des premiers mois de l'année confortent la validité des prévisions réalisées en janvier. Si tel n'est pas le cas, le comité propose éventuellement une liste de nouveaux ajustements pour « corriger le tir » ;

- d'apprécier en juin de l'année suivante le respect du taux d'évolution de 0,25 %, au cours de l'année passée, des remboursements de l'assurance maladie obligatoire. Une régularisation définitive pourra alors intervenir en fonction des remboursements constatés ●

3 684 M€

C'est en montant remboursé l'équivalent du taux d'évolution de 0,25 % pour 2014.

- de proposer, en janvier de chaque année, la liste des actes qui pourraient faire l'objet d'un ajustement tarifaire, établie dans le cadre d'une concertation entre l'Union nationale

Tiers payant pour les examens de biologie en lien avec la contraception des mineures

EXTENSION DE LA DISPENSE D'AVANCE DE FRAIS

Afin de favoriser l'accès à la contraception des jeunes filles mineures, il est désormais obligatoire pour les médecins ou les sages-femmes qui prescrivent un contraceptif à des jeunes filles mineures de leur permettre l'accès au tiers payant légal. Ainsi ces patientes n'auront-elles pas à faire l'avance des frais sur la part des dépenses prises en charge par l'Assurance Maladie.

Depuis le mois de janvier, cette dispense d'avance de frais s'applique également aux actes permettant la pose, le changement ou le retrait d'un contraceptif ainsi qu'à tous les examens de biologie médicale nécessaires à la prescription de la contraception. La part complémentaire reste perçue par les professionnels de santé selon les modalités habituelles. Cette disposition nouvelle vient compléter la délivrance en pharmacie sans avance de frais, des contraceptifs remboursables aux mineures, en vigueur depuis 2013 ●

> Pour en savoir plus : ameli.fr > Médecins > Exercer au quotidien > Aide à la pratique : Mémos.

Détermination du groupe sanguin

REPÈRES POUR LA PRATIQUE

Éviter les prescriptions doublons

Un Mémo d'aide à la prescription validé par la Haute Autorité de santé (HAS) a été réalisé pour préciser les conditions de prise en charge des examens d'immunohématologie (IH) et notamment celles des groupes sanguins.

Comme le groupe sanguin d'un individu est immuable tout au long de sa vie, sauf éventuellement en cas de greffe de cellules souches hématopoïétiques allogéniques, il n'y a pas lieu de réaliser plusieurs fois la détermination du groupe sanguin chez un adulte.

Avant de prescrire ou de réaliser un groupe sanguin, il convient de demander au patient s'il

n'a pas déjà bénéficié de cet examen. Si le patient possède une carte de groupe sanguin valide, il est essentiel de vérifier son identité authentifiée par le patient lui-même, sauf impossibilité.

Prise en charge limitée à certaines situations

Le groupe sanguin est uniquement pris en charge par l'Assurance Maladie chez la femme enceinte dans le cadre de la prévention de la maladie hémolytique du nouveau-né et chez un patient dans un contexte transfusionnel avéré (anémie mal tolérée, acte chirurgical à prévision hémorragique, première transfusion dans un contexte d'urgence).

Les demandes pour convenance personnelle (voyage à l'étranger, demande de passeport, pratique d'un sport, départ en colonie de vacances, régime amaigrissant...) ne sont pas prises en charge par l'Assurance Maladie.

Dans ces situations, le médecin prescripteur se doit d'ajouter la mention « Non Remboursable » sur l'ordonnance ●

> Pour en savoir plus : ameli.fr (> Médecins > Exercer au quotidien > Aide à la pratique > Les mémos de bonne pratique).