

points de repere

Le suivi du codage des actes de biologie médicale, qui permet de connaître la structure des dépenses de biologie pour les actes réalisés en ambulatoire ou dans le cadre d'une hospitalisation en établissements de santé privés à but lucratif, constitue un outil indispensable d'analyse de la consommation des soins et de son évolution.

En 2009, les dépenses des actes de biologie médicale codés ont représenté environ 4,36 milliards d'euros facturés à l'ensemble des régimes d'assurance maladie. Le taux d'augmentation de ces dépenses, + 2,0 % par rapport à 2008, est le plus bas observé depuis 2000, du fait de la baisse des prix de certains actes courants pour lesquels des économies d'échelle importantes avaient été obtenues par les laboratoires de biologie médicale. A l'opposé, les modifications tarifaires ont conduit à l'amélioration de la rémunération des frais fixes d'un dossier de biologie (frais d'accueil du patient et frais liés à la phase pré-analytique et post-analytique). A cet égard, en 2009, un nouveau forfait de prise en charge pré-analytique du patient a été créé, augmentant mécaniquement la part d'actes de « dispositions générales » dans le total des dépenses.

Cinq groupes d'actes de biologie : « Exploration thyroïdienne », « Métabolisme phospho-calcique », « Exploration lipidique », « Marqueurs biologiques du pancréas » et « Immunohématologie » ont fait l'objet d'une analyse plus détaillée qui montre des pistes d'amélioration de la prescription et de réduction des volumes. Elle illustre des actions de maîtrise médicalisées qui ont d'ores et déjà été réalisées, ou souligne à l'inverse l'existence de champs d'efficacité encore inexploités.

● Laurence Robba, Anne Françoise Kuhn, Nathalie Vielfaure, Sophie Delcroix-Lopes (CNAMTS)

Les actes de biologie médicale : analyse des dépenses en 2008 et 2009

En 2008, le ministère de la santé a lancé un chantier de réforme de la biologie médicale. Cette réforme vise à ce que chacun puisse avoir accès, sur le territoire français, à une biologie médicale de qualité, prouvée et rémunérée à sa juste valeur.

L'efficacité du secteur de la biologie médicale fait partie intégrante de cette réforme ; elle dépend notamment de la fixation de tarifs de biologie adaptés et de la maîtrise des volumes d'exams de biologie, par la réduction d'exécution des actes inutiles et redondants. Dans ce contexte, le suivi détaillé du codage des actes de biologie médicale permet de disposer d'éléments pertinents pour travailler sur ces deux axes.

En 2009, environ 4,36 milliards d'euros¹ ont été facturés à l'ensemble des régimes d'assurance maladie au titre des actes de biologie médicale codés, réalisés en ambulatoire ou lors d'une hospitalisation en établissement de santé privé à but lucratif².

¹ Dépenses en montants remboursables, extrapolées à partir des données du Régime général hors sections locales mutualistes (SLM) et hors Départements d'Outre Mer (DOM) qui représentent, en 2009, 72,4 % des dépenses de biologie médicale pour l'ensemble des régimes.

² Ce champ, ainsi que les prélèvements biologiques réalisés par les laboratoires de biologie médicale, représentent 2,55 % de la consommation de soins et biens médicaux (source : Comptes nationaux de la santé 2008).

La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) a réalisé une analyse des remboursements d'actes de biologie médicale sur le seul champ du Régime général (hors sections locales mutualistes - SLM) en France métropolitaine, qui représente 3,15 milliards d'euros de dépenses remboursables (encadré 1 : définition des différents champs et notions utilisés pour les dépenses et les volumes d'activité).

Ces 3,15 milliards d'euros se composent de 2 957 millions d'euros d'actes de biologie médicale proprement dits et de 188 millions d'euros de facturation d'actes dits de dispositions générales : forfait de prise en charge du patient, de traitement des échantillons sanguins, d'urgence etc. (tableau 1).

● La plus faible augmentation des dépenses depuis 2000

L'augmentation des dépenses remboursables de biologie médicale de 2008 à 2009 (+ 2,0 %) est la plus faible observée depuis

2000 (figure 1). En revanche, les volumes (nombre d'actes) en 2009 - actes de dispositions générales exclus - présentent un rythme de croissance annuel de + 4,1 %, proche de celui observé au cours des huit dernières années (figure 2).

La différence d'évolution entre les volumes et les montants s'explique par les diminutions de tarifs appliquées en février 2009 (encadré 2). Conformément aux économies attendues, ces mesures tarifaires ont permis de réduire les dépenses de l'Assurance maladie d'environ 64 millions d'euros (en montant remboursé) en 2009³.

Depuis juillet 2006, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) a diminué à trois reprises les cotations d'un certain nombre d'actes courants pour tenir compte des gains de productivité réalisés dans les années passées du fait de l'évolution des techniques. Ces baisses de tarifs, appliquées en juillet 2006, novembre

2007 et février 2009, expliquent l'évolution modérée des dépenses depuis 2006, alors que la croissance des volumes reste soutenue.

● Une évolution de la structure des tarifs de biologie médicale

L'Assurance maladie et les syndicats de biologistes ont souhaité faire évoluer les tarifs de biologie en améliorant la rémunération des frais fixes d'un dossier de biologie - frais d'accueil du patient, frais liés d'une manière générale à la phase pré-analytique et post-analytique - au détriment du coût de la phase analytique proprement dite. En effet la phase analytique a fait l'objet d'économies d'échelle grâce à l'automatisation des analyses et la création de plateaux techniques interlaboratoires (via les sociétés d'exercice libérale ou les contrat de collaboration). Les regroupements de laboratoire consécutifs à la réforme de la biologie médicale devraient encore intensifier ces économies d'échelle sur les actes les plus courants.

Encadré 1

Codage de la biologie médicale et source des données

Environ un millier d'actes sont inscrits à la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) et l'on connaît pour chacun d'entre eux : le volume prescrit (dénombrement), le prix unitaire de prise en charge par l'Assurance maladie et le montant total des dépenses correspondantes. L'exploitation du codage de la biologie a fait l'objet de plusieurs publications. La dernière portait sur les résultats de 2007^(a).

Les résultats du codage des actes de biologie sont issus des données de consommation interrégimes (DCIR). Ce sont des données en date de remboursement, pour des assurés du Régime général en France métropolitaine, hors sections locales mutualistes, tous risques confondus.

Ces résultats portent sur l'ensemble des actes de biologie facturés à l'acte et codés. Ils ne portent pas sur les actes de prélèvements ni sur les frais de déplacement, qui ne font pas l'objet d'un codage.

Il s'agit d'actes de biologie réalisés par les laboratoires de biologie médicale, en ambulatoire ou durant une hospitalisation en établissements de santé privés à but lucratif, ainsi que ceux réalisés dans le cadre de l'activité libérale des biologistes praticiens hospitaliers temps plein. En revanche, ces résultats ne comprennent pas les actes de biologie réalisés dans les établissements de santé publics ou privés participant au service public hospitalier, que ce soit en hospitalisation ou en consultations externes.

On distingue dans l'analyse :

- les volumes (nombre d'actes),
- les dépenses remboursables, c'est-à-dire le nombre d'actes valorisés par leur prix unitaire,
- les dépenses remboursées au patient par l'Assurance maladie obligatoire, après application des règles du ticket modérateur (le taux de remboursement des actes de biologie médicale est de 60 %), variant selon la situation médico-administrative du patient.

Remarque : les participations forfaitaires versées par les assurés – soit 1 euro par acte de biologie avec un plafond de 4 euros par jour - n'ont pas été déduites des montants remboursés indiqués dans ce numéro de Points de repère.

Le champ considéré (Régime général hors DOM et sections locales mutualistes) représente en 2009 environ 72,4 % des dépenses remboursables d'actes de biologie de l'ensemble des régimes d'Assurance maladie en France entière. Le montant total pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie peut donc être évalué à 4,36 milliards d'euros.

(a) Robba L, Kuhn A-F, Vielfaure N, Rigollot N. Les données 2007 du codage de la biologie médicale. Points de repère n° 19, CNAMTS, octobre 2008.

³ Pour le champ : Régime général hors SLM, hors DOM ; l'extrapolation pour l'ensemble des régimes est de 89 millions d'euros.

Tableau 1

Évolution du nombre d'actes de biologie, du montant remboursable et du montant remboursé de 2007 à 2009

	2007	2008	2009	Évolution 2008-2009
Ensemble des actes de biologie médicale (en millions d'actes)	409,6	428,3	510,8	19,3 %
- hors actes de dispositions générales	323,0	338,8	352,7	4,1 %
- actes de dispositions générales uniquement	86,6	89,6	158,1	76,5 %
Montant remboursable (en millions d'euros)	3 006,9	3 082,9	3 145,3	2,0 %
- hors actes de dispositions générales	2 901,1	2 955,9	2 957,4	0,1 %
- actes de dispositions générales uniquement	105,9	127,0	187,9	47,9 %
Montant remboursé^(a) (en millions d'euros)	2 299,7	2 356,5	2 406,4	2,1 %
- hors actes de dispositions générales	2 214,4	2 254,2	2 256,5	0,1 %
- actes de dispositions générales uniquement	85,4	102,2	149,9	46,6 %
Montant moyen par acte de biologie (en euros), hors actes de dispositions générales	9,0	8,7	8,4	

(a) participations forfaitaires non déduites

Champ : Régime général hors SLM - France métropolitaine
Source : DCIR (CNAMTS)

Une comparaison avec des nomenclatures d'autres pays de l'Union européenne a montré que la Belgique notamment a choisi d'appliquer un important forfait journalier par patient, de l'ordre de 22 à 44 euros selon les cas, auquel s'ajoute une très faible rémunération des actes de biologie (encadré 3).

Depuis novembre 2007, une tendance s'est donc amorcée en France dans la fixation des tarifs des analyses, avec une baisse des tarifs d'examen de biologie médicale et une hausse des tarifs des actes de dispositions générales (encadré 2) :

- novembre 2007 : revalorisation du tarif du forfait de traitement d'un échantillon sanguin de B 4 à B 5 (soit de 1,08 euros à 1,35 euros) ;
- février 2009 : création d'un nouveau forfait de prise en charge pré-analytique du patient d'une valeur B 3 (0,81 euros) ;
- janvier 2010 : revalorisation de ce forfait de B 3 (0,81 euros) à B 7 (1,89 euros).

Ainsi entre 2006 et 2009, le montant consacré aux dispositions générales a été multiplié par 1,9 (figure 3) et représente, en 2009, 6 % des dépenses. Entre 2008 et 2009 les dépenses en montants remboursables ont ainsi progressé de seulement 0,1 % (pour une progression en volume de 4,1 %) pour les actes de biologie médicale alors que le montant des actes de dispositions générales a augmenté de 47,9 % (et + 76,5 % en volume).

L'Assurance maladie souhaite simplifier la tarification actuelle - il existe actuellement 20 codes possibles pour ces actes de dis-

Figure 1

Évolution des dépenses (en montant remboursable) de biologie médicale (actes codés) de 2000 à 2009

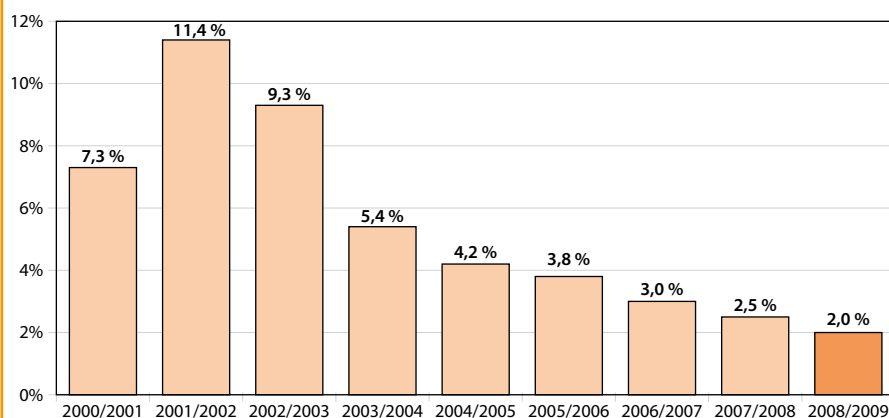
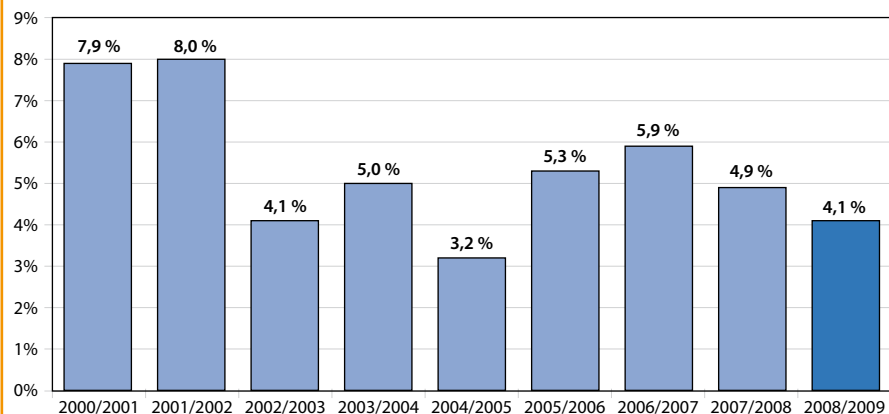
Champ : Régime général hors SLM - France métropolitaine
Source : DCIR (CNAMTS)

Figure 2

Évolution du nombre d'actes (hors actes de dispositions générales) de 2000 à 2009

Champ : Régime général hors SLM - France métropolitaine
Source : DCIR (CNAMTS)

Les évolutions de la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) de 2007 à 2009

Version NABM	Date d'effet	
Version 26	11/11/2007	<p>Diminution de cotation de 51 actes dont notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les peptides natriurétiques de B 100 à B 90 (soit de 27 € à 24,30 € selon le tarif en France métropolitaine), - le fer sérique de B 20 à B 15 (soit de 5,40 € à 4,05 €), - la troponine de B 70 à B 65 (soit de 18,90 € à 17,55 €), - l'apolipoprotéine A1 de B 30 à B 10 (soit de 8,10 € à 2,70 €), - l'apolipoprotéine B de B 30 à B 20 (soit de 8,10 € à 5,40 €), - le temps de céphaline activée de B 25 à B 20 (soit de 6,75 € à 5,40 €) - la gamma glutamyl transférase de B 20 à B 15 (soit de 5,40 € à 4,05 €). <p>Augmentation de la cotation du forfait de sécurité d'un échantillon sanguin de B 4 à B 5 (soit de 1,08 € à 1,35 €).</p>
Version 27	25/12/2008	<p>Révision du sous-chapitre « Coprologie fonctionnelle ».</p> <p>Révision du diagnostic sérologique de la maladie coeliaque et de la polyarthrite rhumatoïde.</p>
Version 28	08/02/2009	<p>Diminution des cotations de 86 actes dont notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'exploration d'une anomalie lipidique de B 45 à B 40 (soit de 12,15 € à 10,80 € selon le tarif en France métropolitaine), - la thyrostimuline (TSH) de B 55 à B 51 (soit de 14,85 € à 13,77 €), - l'association TSH + thyroxine libre (T4L) de B 100 à B 91 (soit de 27 € à 24,57 €), - la C réactive protéine de B 30 à B 25 (soit de 8,10 € à 6,75 €), - la glycémie de B 10 à B 5 (soit de 2,70 € à 1,35 €). <p>Augmentation de la cotation des forfaits pour actes réalisés en urgence la nuit ou les dimanches et jours fériés de B 20 (5,40 €) à B 25 (6,75 €).</p> <p>Création d'un nouveau forfait de prise en charge pré-analytique du patient, ce forfait dont la cotation a été fixée à B 3 (0,81 €) s'applique une fois par jour par patient.</p> <p>L'objectif d'économie estimé était de 100 millions d'euros en montant remboursé, en année pleine (tous régimes confondus).</p>
Version 29	19/10/2009	Inscription de trois actes d'anatomie et de cytologie pathologiques.
Version 30	27/11/2009	<p>Nouvelles indications pour les examens lipidiques.</p> <p>Révision du dépistage et du diagnostic prénatals de la trisomie 21.</p>

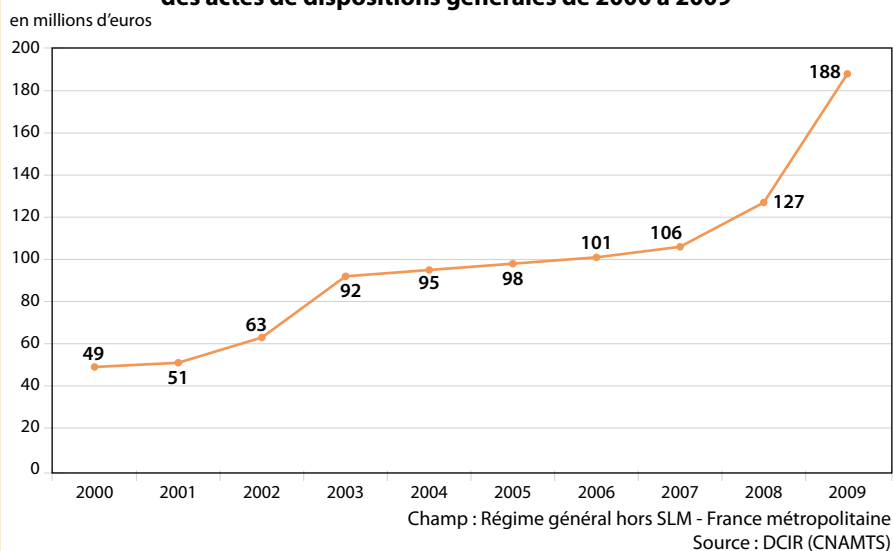
positions générales - en créant un forfait unique facturable une fois par jour et rétribuant l'accueil du patient et la gestion de son dossier. L'évolution tarifaire amorcée en 2007 devrait être poursuivie avec la diminution de la cotation des actes courants et l'augmentation de la rémunération sous forme de forfait.

● La progression des dépenses de biologie liées aux affections de longue durée

Sur 3,15 milliards d'euros de dépenses d'actes de biologie facturées par les laboratoires, l'Assurance maladie prend en charge 2,41 milliards d'euros (tableau 1), ce qui correspond à un taux moyen de remboursement de 76,5 % en 2009 hors participations forfaitaires.

Figure 3

Évolution des dépenses (en montant remboursable) des actes de dispositions générales de 2000 à 2009



Encadré 3

Méthode de l'étude de comparaison de coûts de dix ordonnances de biologie en France, en Belgique et en Allemagne

La CNAMTS a réalisé une étude de comparaison des tarifs des actes de biologie et des coûts associés de la chaîne de soins d'un patient pour dix ordonnances en France, en Belgique et en Allemagne ^(a) sur le champ des analyses de biologie en ambulatoire prises en charge par l'assurance maladie publique. L'année 2009 a servi de référence pour la comparaison des modèles d'organisation ainsi que des tarifs des actes.

Les dix ordonnances ont été sélectionnées à partir d'une analyse des données de l'Assurance maladie, en fonction de leur importance en termes de dépenses de biologie ou de fréquence des actes. Les dix ordonnances ainsi retenues couvraient environ 40 actes parmi ceux les plus fréquemment prescrits et remboursés :

- suivi d'un patient sous anti-vitamine K (INR) ;
- test de grossesse ;
- sérologie des hépatites virales A, B et C ;
- bilan biologique prénatal (sérologies de la syphilis, de la rubéole, de la toxoplasmose, du VIH, de l'antigène HBs, groupe sanguin) ;
- bilan thyroïdien (TSH, T4 libre et T3 libre) ;
- bilan général d'une infection (NFS, CRP, VS et ECBU) ;
- suivi biologique d'un patient diabétique (HbA1c, microalbuminurie, créatininémie, exploration d'une anomalie lipidique, glycémie) ;
- bilan phosphocalcique (calcium, phosphore, dosage de la vitamine D et de la parathormone) ;
- bilan allergique (IgE totales et spécifiques) ;
- bilan global biochimique (ionogrammes sanguins et urinaires transaminases, gaz du sang, phosphatases alcalines etc.).

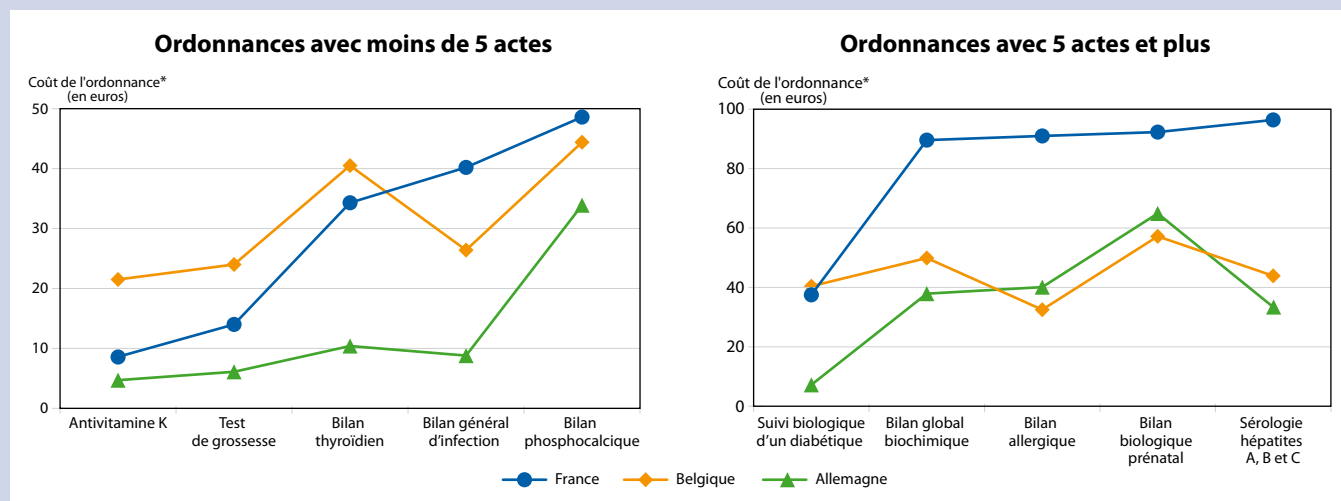
L'objectif de l'analyse était de prendre en compte dans la comparaison non seulement les tarifs des actes, mais aussi et surtout, les coûts associés liés à la prise en charge du patient dans son ensemble. Pour étudier les différences d'organisations importantes de la biologie entre les trois pays, concernant le prélèvement (lieu, préleveur), le transport des échantillons et la phase post-analytique (interprétation des résultats et remise des résultats aux patients), la cartographie du parcours du patient et de l'échantillon biologique a été réalisée pour les trois pays.

Une analyse microéconomique approfondie de ces différents coûts associés a été réalisée. Des échanges avec des experts des assurances maladies et des biologistes belges et allemands ont été organisés. Le recueil d'informations a été complété à l'aide d'un questionnaire.

La valorisation du prélèvement est très différente d'un pays à l'autre. De manière caricaturale, on peut opposer l'organisation française dans laquelle le prélèvement est un acte proprement dit fréquemment réalisé au laboratoire, avec un tarif associé selon le type de préleveur, à l'Allemagne où il est le plus fréquemment (dans près de 90 % des cas) réalisé au cabinet du médecin souvent par un assistante médicale salariée. Le prélèvement n'est pas valorisé en tant que tel, mais intégré dans le mode de rémunération des médecins allemands selon un budget trimestriel par patient ^(b). En Belgique, environ la moitié des prélèvements sont réalisés au laboratoire mais sans valorisation ; une partie importante des autres prélèvements est réalisée dans des sites dédiés. En revanche il existe des honoraires forfaitaires importants pour le laboratoire ^(c) dont on peut considérer qu'ils peuvent couvrir l'acte de prélèvement. Il n'existe pas de rémunération à l'acte spécifique pour les médecins réalisant les prélèvements à leur cabinet.

Les coûts liés aux transports des échantillons biologiques et les coûts de la phase post-analytique ont également été étudiés. En France, les transports d'échantillons biologiques ne sont pas facturables et la phase post-analytique est sous la responsabilité du biologiste et comprise dans les tarifs des actes de biologie. En revanche, en Allemagne où le transport des échantillons est généralisé, celui-ci peut représenter une part significative des revenus pour les laboratoires dits spécialisés selon la définition allemande ^(d). La phase post-analytique est réalisée par les médecins allemands et rémunérée par le forfait de « biologie efficiente » ^(b).

Comparaison du coût des ordonnances* en France, en Belgique et en Allemagne (tarifs 2009 en euros)



* Par souci de comparabilité, le coût des ordonnances présenté exclut le coût du prélèvement en France (environ 3,8 euros en 2009) et pour l'Allemagne les frais de transport ^(d) et la rémunération de biologie du médecin (forfait de biologie efficiente ^(b)).

Encadré 3 (suite)

Au regard des résultats (figures ci-dessus), il ressort que la France a tendance à mieux rémunérer les ordonnances comportant un nombre plus élevé d'exams (bilan allergique, bilan biologique prénatal, sérologie des hépatites virales, etc.), les tarifs à l'acte en Allemagne et en Belgique étant plus bas en général et les autres coûts identifiés du parcours de soins ne compensant pas la différence avec les tarifs français. Sur les ordonnances les moins chères (par exemple comportant un seul examen : INR, test de grossesse par exemple), les différences entre les pays sont moins significatives, l'Allemagne se distinguant par les coûts les plus bas, et la Belgique par les coûts les plus élevés, en raison de la valeur élevée des honoraires forfaitaires.

- (a) Les tarifs étudiés ici sont ceux de l'assurance maladie « publique », il existe également un système d'assurance maladie privé en Allemagne (pour 10 % de la population environ) où les prix sont plus élevés.
- (b) Dans le budget trimestriel du médecin allemand, un forfait de « biologie efficiente » par patient est prévu allant d'environ 1,7 euro pour un généraliste à 8,4 euros pour un hématologue dans la limite des objectifs fixés.
- (c) Ce forfait est fixé entre 22 et 44 euros par jour environ selon les coefficients des actes biologiques de l'ordonnance, il s'y ajoute 25 % du tarif des actes de l'ordonnance.
- (d) La notion de laboratoire de biologie spécialisé diffère entre les pays. En Allemagne, on appelle laboratoire spécialisé les laboratoires dont l'activité n'est pas limitée aux analyses dites « de base » du chapitre 32.2 de la nomenclature. Un forfait de transport de 2,6 euros par trimestre et par patient est versé à ces laboratoires spécialisés pour tout échantillon envoyé hors analyses du chapitre 32.2.

Références :

Allemagne : Nomenclature allemande : « Arztgruppen-EBM Laborarz », téléchargeable sur le site de « Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) » : www.kbv.de/print/8170.html

Belgique : Nomenclature belge (articles 3, 24 et 24 bis, 32, 33 et 33 bis), téléchargeable sur le site de l'Inami : www.inami.fgov.be/care/fr/nomenclature/chapters.htm

Pour l'ensemble des honoraires des laboratoires - actes de biologie et actes de prélèvements - et en déduisant les participations forfaitaires, le taux de prise en charge est de 71,9 %⁴.

Les dépenses de biologie médicales exonérées du ticket modérateur en lien avec une affection de longue durée (ALD) évoluent deux fois plus vite que les dépenses non exonérées (tableau 2). Ce constat reflète à la fois la croissance globale du nombre de personnes inscrites en ALD⁵, de même que la progression plus dynamique des

ALD fortement consommatrices d'exams biologiques (pathologies cardiovasculaires, tumeurs malignes et diabète).

● Deux tiers des dépenses de biologie concernent les femmes

La dépense moyenne annuelle de biologie médicale en montant remboursable est de 66 euros par personne protégée⁶ en 2009, cette dépense est moins importante pour les hommes (51 euros) que pour les femmes (80 euros).

Alors que les femmes ne représentent que 51,8 % de la population protégée étudiée ici, leurs dépenses de biologie représentent 62,4 % de l'ensemble des dépenses de biologie médicale. En effet, les bilans de contraception, les bilans de fertilité, le suivi biologique de la grossesse et, d'une manière générale, le suivi gynécologique induisent des dépenses de biologie importantes. De plus, les femmes représentent une part importante des personnes âgées de 60 ans et plus (58 %) qui sont plus consommatrices de soins (figure 4) : ces dernières représentent 20 % de la popu-

Tableau 2

Évolution des dépenses de biologie^(a) en montant remboursable de 2007 à 2009 selon le motif d'exonération du ticket modérateur

	Montant remboursable (en millions d'euros)			Évolution 2008-2009
	2007	2008	2009	
Pas d'exonération	1 739	1 789	1 827	2,1 %
Exonération du ticket modérateur^(b)	1 282	1 303	1 331	2,1 %
dont :				
Affection de longue durée (ALD)	724	750	783	4,4 %
Maternité	153	154	155	0,25 %
Régimes exonérant (invalidité, rente d'accident de travail etc.)	124	128	127	-0,95 %
Autres motifs d'exonération (pensionnés de guerre, actes de biologie en rapport avec un acte technique exonérant etc.)	281	271	267	-1,47 %

(a) dont les actes de dispositions générales

(b) prise en charge à 100 %

Champ : Régime général hors SLM - France métropolitaine
Source : TANDEM (CNAMTS)

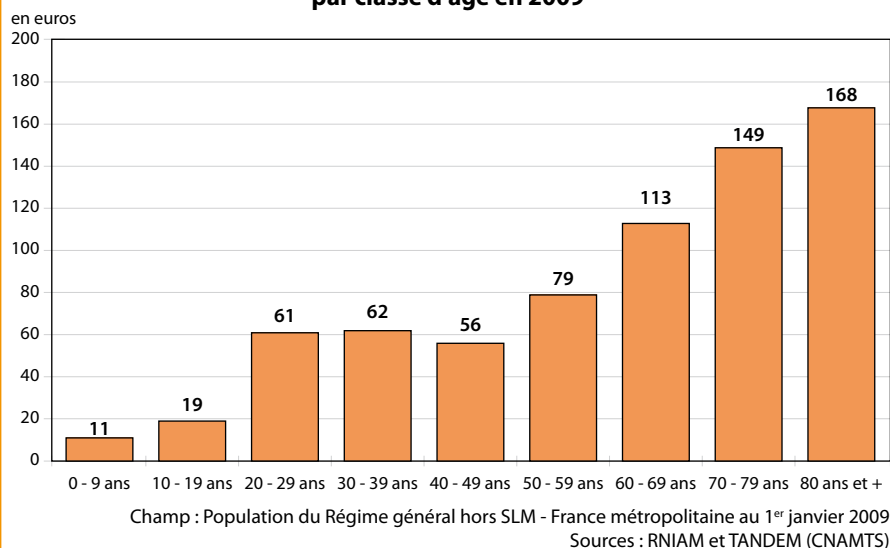
⁴ Source : CNAMTS, résultats du Régime général en France métropolitaine à fin décembre 2009.

⁵ Païta M, Weill A. Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2008. Points de repère n° 27, CNAMTS, décembre 2009.

⁶ Assurés du Régime général hors SLM en France métropolitaine, estimation au 1^{er} janvier 2009.

Figure 4

Montant moyen de dépenses de biologie remboursable par classe d'âge en 2009



lution générale mais sont à l'origine de 40 % des dépenses de biologie médicale.

● Une concentration des dépenses sur un petit nombre d'actes

Les dépenses de biologie sont concentrées sur un faible nombre d'actes : parmi le millier d'actes inscrits à la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) - hors actes de dispositions générales, seulement vingt suffisent pour décrire plus de deux tiers de l'activité de biologie médicale en volume et plus de la moitié en dépenses (57 % - tableaux 3 et 4).

A eux seuls, les six premiers actes (qui génèrent chacun plus de 90 millions d'euros de dépenses) représentent 30 % des dépenses totales. Il s'agit de la numération formule sanguine, de l'exploration d'une anomalie lipidique, de l'examen microbiologique urinaire, des dosages de la thyroïdostimuline, des transaminases et de la C réactive protéine (CRP). La numération formule sanguine reste le premier acte en volume et en dépense avec un montant qui représente plus de 10 % du total des dépenses.

A l'exception de l'examen microbiologique des urines, des selles et des prélèvements gynécologiques, qui sont encore le plus sou-

vent réalisés par des techniques manuelles, les autres principaux actes, parmi les vingt premiers en volume et les vingt premiers en dépenses (soit 28 actes différents au total), sont des actes automatisés, ce qui a généré d'importants gains de productivité. Depuis 2006, vingt et un de ces actes ont fait l'objet de baisses de tarifs.

La hiérarchie des actes n'a que très peu évolué depuis la dernière analyse⁷, à l'exception de l'apparition dans la liste des vingt premiers actes en montant du dosage de la vitamine D qui passe ainsi du 31^e au 18^e rang de 2008 à 2009 (voir ci-dessous l'analyse spécifique relative aux actes du métabolisme phospho-calcique).

● L'évolution des dépenses classées par groupe physiopathologique est fortement liée aux mesures tarifaires

Dans sa configuration actuelle, la NABM permet difficilement de dégager des tendances générales sur l'évolution de l'activité. Aussi, l'Assurance maladie a-t-elle effectué des regroupements des codes élémentaires en trente groupes physiopathologiques, afin d'analyser de façon plus médicalisée la structure des dépenses de biologie médicale (encadré 4).

La contribution des différents groupes physiopathologiques à la croissance des dépenses en 2009 est très variable (figure 5 et tableau 5), elle est liée principalement aux mesures tarifaires appliquées en février 2009.

Les deux groupes qui contribuent le plus à la croissance totale des dépenses sont les groupes « Dispositions générales » et « Biochimie courante ».

Le groupe « Dispositions générales » progresse de + 77 % en volume de 2008 à 2009, et de + 48 % en montant. Ces augmentations sont liées principalement à la création à partir du 8 février 2009, du nouveau forfait de prise en charge pré-analytique du patient, coté B 3 (soit 0,81 euros). Ce forfait s'applique pour chaque patient, une fois par jour et quel que soit le nombre de laboratoires exécutants. La progression du groupe est aussi liée, dans une moindre mesure, à la revalorisation des suppléments pour urgence la nuit, les dimanches et les jours fériés, de B 20 à B 25, ainsi qu'à l'augmentation du nombre de compléments à la cotation minimale⁸.

A l'exception du groupe « Dispositions générales », la progression la plus rapide en dépenses concerne celui de la « Biochimie courante » (+ 8,9 % entre 2008 et 2009). L'augmentation est due à la fois à un effet volume important (+ 6,2 %) et à un effet structure : l'acte qui progresse le plus au sein de ce groupe est le dosage de la vitamine D dont la cotation est supérieure à la moyenne des actes du groupe (soit B 90 après le 8 février 2009) – voir ci-dessous l'analyse de l'évolution des actes relatifs au métabolisme phospho-calcique.

Les dépenses de biologie médicale diminuent pour dix groupes physiopathologiques. Parmi ceux-ci, cette diminution est liée uniquement à une baisse des volumes pour le groupe « Infections à Mycobactéries ». Les groupes « Diagnostic prénatal » et « Infections à VIH » enregistrent à la fois une baisse des volumes entre 2008 et 2009 et une baisse de prix du principal acte du groupe⁹. La baisse de montant du groupe « Exploration thyroïdienne » s'explique par un effet prix mais également par un effet structure lié à des actions de maî-

⁷ Robba L, Kuhn A-F, Vielfaure N, Rigollot N. Les données 2007 du codage de la biologie médicale. Points de repère n° 19, CNAMTS, octobre 2008.

⁸ En effet la règle de la cotation minimale prévoit que lorsqu'un examen sanguin est isolé et si sa valeur est inférieure à B 20, celle-ci est portée à un montant minimal de B 20 par l'application d'un complément. Or la cotation de la glycémie est passée de B 10 à B 5 ce qui a entraîné une forte progression du complément de valeur B 15 en cas de réalisation de glycémie isolée (en post prandial par exemple). La cotation de la numération des plaquettes est passée de B 20 à B 15, ce qui a entraîné l'augmentation du complément de valeur B 5 en cas de réalisation de numération de plaquette isolée.

⁹ La décision UNCAM du 5 décembre 2008 (applicable le 8 février 2009) a diminué la cotation des marqueurs sériques dans le sang maternel de la trisomie 21 de B 145 à B 130 (soit de 39,15 euros à 35,10 euros) et celle de la sérologie du VIH est passée de B 70 à B 60 (soit de 18,90 euros à 16,20 euros).

Tableau 3

Sélection des 20 actes de biologie^(a) les plus remboursés en 2009 en volume

Libellé de l'acte	Nombre d'actes remboursés (en milliers d'actes)			Part de l'acte en 2009
	2007	2008	2009	
Hémogramme y compris plaquettes (NFS, NFP)	30 273	31 676	32 726	9,28 %
Glycémie	20 973	21 581	21 864	6,20 %
Transaminases (ALAT + ASAT)	15 419	16 301	16 964	4,81 %
Ionogramme sanguin (Na + K + éventuellement Cl)	13 701	14 767	15 774	4,47 %
Créatininémie	14 389	15 128	15 698	4,45 %
Vitesse de sédimentation (VS)	14 728	15 131	15 360	4,36 %
Exploration d'une anomalie lipidique (EAL)	13 316	13 946	14 583	4,13 %
INR : temps de Quick en cas de traitement par antivitamines K (AVK)	12 484	13 152	13 658	3,87 %
Protéine C réactive (CRP)	11 161	12 293	13 328	3,78 %
Gamma glutamyl transférase	10 430	11 167	11 849	3,36 %
Urée et créatinine	7 673	8 422	9 038	2,56 %
Thyréostimuline (TSH)	7 031	7 938	8 587	2,43 %
Examen microbiologique urines (ECBU)	6 848	7 066	7 180	2,04 %
Acide urique	6 410	6 572	6 746	1,91 %
HbA1c	5 458	5 945	6 347	1,80 %
Calcémie (Ca)	5 164	5 628	6 107	1,73 %
Ferritine	4 917	5 436	5 847	1,66 %
Phosphatases alcalines (PAL)	4 783	5 298	5 648	1,60 %
Temps de Quick (TQ, TP) en l'absence de traitement par AVK	4 695	4 763	4 787	1,36 %
Protéinurie	4 601	4 692	4 724	1,34 %
Ensemble des 20 premiers actes	214 454	226 903	236 814	67,14 %
Ensemble des actes^(a)	322 967	338 763	352 704	100,00 %

(a) hors actes de dispositions générales

Champ : Régime général hors SLM - France métropolitaine

Source : DCIR (CNAMTS)

trise médicalisée (voir analyse du groupe ci-dessous).

Pour les six autres groupes « Protéines sériques », « Exploration lipidique » et « Exploration hépatique », « Exploration glucidique », « Immunohématologie » et « DHEA et dérivés » la baisse des dépenses s'explique uniquement par une diminution des tarifs des principaux actes de ces groupes.

Une analyse plus détaillée de cinq groupes d'examen de biologie médicale présentant un potentiel de diminution en termes de volume est présentée ci-après. Elle illustre des actions de maîtrise médicalisée qui ont d'ores et déjà été réalisées, ou souligne à l'inverse l'existence de champs d'efficacité encore inexploités.

● Groupe Exploration thyroïdienne : baisse des prix et modification de la structure de prescription

Le groupe « Exploration thyroïdienne » est le troisième groupe physiopatho-

Encadré 4

La NABM et les groupes physiopathologiques

La nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) est la liste des actes et prestations de biologie médicale pris en charge par l'Assurance maladie.

La NABM est actuellement composée de deux parties : une partie comprenant les actes de dispositions générales (forfait de traitement d'un échantillon sanguin, suppléments pour urgences etc.) et une deuxième partie, organisée en chapitres et sous-chapitres, correspondant aux actes de biologie médicale proprement dits.

Étant donné l'absence d'organisation actuelle de la NABM par pathologie, il est apparu nécessaire de regrouper les actes les plus intéressants du point de vue médical, en groupes appelés « physiopathologiques » permettant une analyse plus médicalisée des dépenses de biologie. Trente groupes ont ainsi été définis. L'orientation médicale adoptée suit notamment plusieurs axes :

- les regroupements peuvent concerner une exploration biologique particulière comme l'exploration thyroïdienne, l'allergologie ;
- ils peuvent également rassembler tous les actes d'un même thème tel que le diagnostic et le dépistage d'une pathologie infectieuse : par exemple les infections à virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ;
- certains groupes plus hétérogènes ont été créés pour pouvoir étudier des actes à forte fréquence de prescription comme les groupes « Biochimie courante », « Microbiologie courante » ;
- un groupe correspond aux actes codés des dispositions générales de la NABM ;
- le groupe « autres codes » correspond aux codes non répertoriés par ailleurs.

Tableau 4

Sélection des 20 actes de biologie^(a) les plus remboursés en 2009 en montant remboursable

Libellé de l'acte	Montant remboursable (en millions d'euros)			Part de l'acte en 2009	Contribution à la croissance 2008-2009
	2007	2008	2009		
Hémogramme y compris plaquettes (NFS, NFP)	285,8	299,4	309,3	10,5 %	0,32
Exploration d'une anomalie lipidique	193,6	169,7	160,0	5,4 %	-0,31
Examen microbiologique urines (ECBU)	129,3	133,6	135,7	4,6 %	0,07
Thyréostimuline (TSH)	104,3	117,9	119,4	4,0 %	0,05
Transaminases (ALAT + ASAT)	91,5	96,8	92,9	3,1 %	-0,13
C réactive protéine (CRP)	90,3	99,6	92,6	3,1 %	-0,23
HbA1c	86,7	80,3	85,7	2,9 %	0,17
Ionogramme sanguin (Na + K + éventuellement Cl)	73,9	79,7	85,2	2,9 %	0,18
Ferritine	72,9	80,7	82,7	2,8 %	0,06
INR : temps de Quick en cas de traitement par antivitamines K (AVK)	67,4	71,0	73,8	2,5 %	0,09
Antigène prostatique spécifique (PSA) total	54,1	56,0	57,0	1,9 %	0,03
Gamma glutamyl transferase	54,8	45,3	48,0	1,6 %	0,09
Recherche d'agglutinines irrégulières (RAI) : dépistage	50,9	50,8	47,6	1,6 %	-0,10
TSH + thyroxine (T4) libre	57,7	52,8	46,5	1,6 %	-0,20
Créatininémie	38,8	40,8	42,4	1,4 %	0,05
Vitesse de sédimentation (VS)	39,7	40,9	41,5	1,4 %	0,02
Sérodiagnostic de dépistage du VIH	46,5	46,0	40,3	1,4 %	-0,18
25-hydroxycholecalciferol (25-OHD3)	13,0	23,4	38,1	1,3 %	0,48
Phénotypes Rh (C, c, E, e) et Kell (K)	37,8	36,7	38,0	1,3 %	0,04
Examen microbiologique sécrétions, exsudats génitaux chez la femme (PV)	36,2	36,9	36,6	1,2 %	-0,01
Ensemble des 20 premiers actes	1625,2	1658,4	1673,2	56,6 %	0,48
Ensemble des actes^(a)	2901,1	2955,9	2957,4	100,0 %	0,05

(a) hors actes de dispositions générales

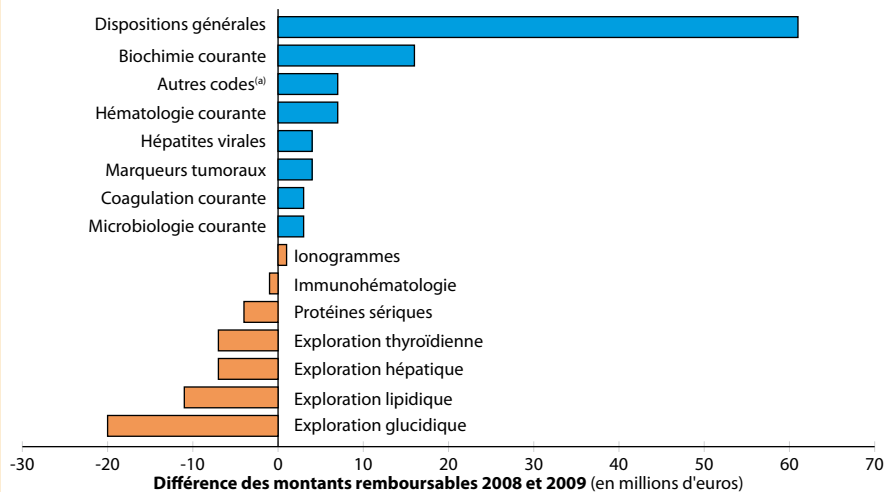
Champ : Régime général hors SLM - France métropolitaine
Source : DCIR (CNAMTS)

logique en termes de montants remboursables et représente 215 millions d'euros en 2009.

Entre 2008 et 2009 ce montant a diminué de 6,6 millions d'euros (soit -3,0 %). Les volumes ont en revanche augmenté de 5,1 % (tableau 5). Ce décalage entre l'évolution des volumes et des montants remboursables est lié à la fois à une baisse des prix et à une modification de la structure des prescriptions. La cotation du dosage de thyroïdostimuline (TSH) est passée de B 55 (14,85 euros) à B 51 (13,77 euros), celle du dosage de TSH + thyroxine libre (T4L) de B 100 (27 euros) à B 91 (24,57 euros), celle du dosage de TSH + T4L + triiodothyronine libre (T3L) de B 145 (39,15 euros) à B 130 (35,10 euros). Parallèlement, les prescriptions des associations de deux dosages d'hormones ont diminué au profit de dosages de TSH isolés (tableau 6), conformément aux recommandations

Figure 5

Évolution des montants remboursables des principaux groupes physiopathologiques entre 2008 et 2009



(a) ensemble des codes non rattachés à un groupe spécifique

Champ : Régime général hors SLM - France métropolitaine
Source : DCIR (CNAMTS)

Tableau 5

Dénombrements et montants remboursables des groupes physiopathologiques en 2008 et 2009

Groupe physiopathologique	Nombre d'actes (en milliers)		Évolution 2008-2009	Montant remboursable (en millions d'euros)		Évolution 2008-2009	Contribution à la croissance des montants 2008-2009
	2008	2009		2008	2009		
Dispositions générales	89 571	158 112	76,5 %	127,0	187,9	47,9 %	1,97
Biochimie courante (en dehors des groupes physiopathologiques)	48 162	51 143	6,2 %	179,2	195,2	8,9 %	0,52
Autres (tous les autres codes)	8 320	8 773	5,5 %	141,0	148,1	5,0 %	0,22
Hématologie courante	50 628	51 865	2,4 %	361,5	368,2	1,8 %	0,22
Hépatites virales	6 145	6 383	3,9 %	121,7	125,9	3,5 %	0,14
Marqueurs tumoraux	6 389	6 579	3,0 %	120,3	124,0	3,1 %	0,12
Exploration cardiaque	6 074	6 500	7,0 %	65,6	69,2	5,5 %	0,12
Fer - Ferritine	9 486	10 127	6,7 %	99,9	103,0	3,1 %	0,10
Coagulation courante	25 117	25 757	2,5 %	140,4	143,3	2,1 %	0,10
Microbiologie courante	11 021	11 165	1,3 %	259,8	262,8	1,1 %	0,10
Allergologie	1 592	1 694	6,5 %	24,1	25,7	6,5 %	0,05
Hormonologie courante	5 695	5 929	4,1 %	90,3	91,6	1,4 %	0,04
Ionogrammes	21 496	22 663	5,4 %	122,9	124,1	1,0 %	0,04
Infections à Epstein Barr virus	511,36	545,88	6,7 %	10,1	11,0	9,1 %	0,03
Toxoplasmose	3 324	3 374	1,5 %	44,1	44,9	1,8 %	0,03
Infections à Chlamydia	850,08	880,51	3,6 %	14,7	15,5	5,1 %	0,02
Infections à Cytomégalo virus	364,21	380,39	4,4 %	12,1	12,6	4,5 %	0,02
Assistance médicale à la procréation - Biologie interventionnelle	55,51	57,74	4,0 %	16,6	16,8	1,6 %	0,01
Rubéole	1 100	1 113	1,2 %	13,1	13,3	1,3 %	0,01
Syphilis	1 103	1 126	2,1 %	6,2	6,3	2,3 %	0,00
Infections à Mycobactéries	212,15	204,56	-3,6 %	2,6	2,6	-2,5 %	-0,00
DHEA et dérivés	91,49	91,79	0,3 %	1,9	1,8	-5,9 %	-0,00
Immunohématologie courante	10 804	11 128	3,0 %	122,6	121,9	-0,6 %	-0,02
Diagnostic prénatal (Marqueurs risque trisomie 21 + Caryotype fœtal)	514,83	505,64	-1,8 %	29,4	28,2	-4,2 %	-0,04
Protéines sériques	15 784	17 315	9,7 %	153,4	149,6	-2,4 %	-0,12
Infections à VIH	2 541	2 532	-0,3 %	52,0	46,3	-11,0 %	-0,19
Exploration thyroïdienne	11 703	12 300	5,1 %	221,1	214,5	-3,0 %	-0,22
Exploration hépatique	38 066	40 166	5,5 %	198,0	190,7	-3,7 %	-0,24
Exploration lipidique	19 815	19 922	0,5 %	183,6	172,4	-6,1 %	-0,36
Exploration glucidique	31 798	32 483	2,2 %	147,6	127,9	-13,3 %	-0,64
Ensemble des groupes	428 334	510 835	19,3 %	3082,9	3145,5	2,0 %	2,03

Champ : Régime général hors SLM - France métropolitaine
Source : DCIR (CNAMTS)

Tableau 6

**Évolution du nombre de dosages de TSH et d'hormones thyroïdiennes :
TSH + T4L, TSH + T4L + T3L de 2005 à 2009**

Libellé de l'acte	Code de l'acte	Nombre d'actes (en milliers d'actes)					Évolution
		2005	2006	2007	2008	2009	2008-2009
TSH	1208	5 985,5	6 463,8	7 031,3	7 937,5	8 586,6	8,2 %
TSH + T4L	1211	1 990,2	2 057,0	2 140,5	1 954,9	1 867,7	-4,5 %
TSH + T4L + T3L	1212	589,1	657,6	737,6	714,9	740,6	3,6 %
Total des 3 actes		8 564,8	9 178,4	9 909,5	10 607,4	11 194,9	5,5 %

Champ : Régime général hors SLM - France métropolitaine
Source : DCIR (CNAMTS)

de la Haute Autorité de santé (HAS) en matière de diagnostic et de suivi biologiques des dysthyroïdies qui préconisent en première intention, dans de nombreuses situations cliniques, de prescrire uniquement un dosage de TSH¹⁰.

Plusieurs études du service médical de l'Assurance maladie¹¹ ont montré qu'il existait des prescriptions inappropriées dans ce domaine et les résultats du codage montrent une part trop importante des prescriptions associant des dosages de TSH avec des dosages d'hormones thyroïdiennes. Les prescriptions associant les dosages des trois hormones associées (TSH + T4L + T3L) sont notamment beaucoup trop fréquentes puisqu'elles devraient être exceptionnelles ou quasi nulles.

Devant ce constat, l'Assurance Maladie a lancé une action de maîtrise médicalisée. Celle-ci comprenait deux phases :

- un envoi à l'ensemble des médecins libéraux d'une fiche Mémobiologie sur la dysthyroïdie (fiche de bon usage de la prescription des dosages de TSH et d'hormones thyroïdiennes) jointe à la lettre mensuelle de l'Assurance maladie de septembre 2007. Cette fiche a été réalisée par les représentants des directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales, des médecins libéraux, la Haute Autorité de santé, afin d'aider les prescripteurs dans l'application des référentiels de bonne pratique ;
- la réalisation de 7 500 entretiens confraternels d'avril à octobre 2008 - par des pharmaciens conseils ou médecins conseils - en direction de gros prescripteurs ciblés

sur leur pratique en matière de dosages concomitants de TSH + T4 libre + T3 libre et de TSH + T4 libre.

Cette campagne a eu un impact positif sur les pratiques des médecins : le nombre de dosages de TSH isolés augmente de 22,1 % entre 2007 et 2009 et le nombre de dosages de TSH + T4 libre baisse de 12,7 %. En revanche les prescriptions associant les dosages des trois hormones (TSH + T4 libre + T3 libre) ne diminuent pas (+ 0,4 % entre 2007 et 2009) et la part de ces prescriptions demeure trop élevée.

Un effet structure s'est cependant appliqué sur ce groupe : augmentation des prescriptions de l'acte le moins cher (dosage de TSH : 13,77 euros) au détriment des deux actes plus coûteux (TSH + T4L : 24,57 euros, TSH + T4L + T3L : 37,10 euros)¹².

● **Les examens de biologie explorant le métabolisme phosphocalcique : une surprescription du dosage de la vitamine D ?**

Les principaux actes explorant le métabolisme phosphocalcique ont connu une forte progression ces dernières années. En particulier, le volume de dosages de la vitamine D (ou 25 OH hydroxycalciférol) a augmenté de 250 % entre 2007 et 2009 (tableau 7) et été multiplié par 10 depuis 2005. Cet acte, dont les dépenses en montant remboursable s'élèvent à 38 millions d'euros, est celui qui contribue le plus à la croissance en montant entre 2008 et 2009. Le prix de l'acte a pourtant été baissé à trois reprises depuis novembre

2007 passant ainsi de à 29,70 euros à 21,60 euros.

Le bilan phosphocalcique avec dosage de la calcémie de la phosphorémie de la vitamine D et de la parathormone (PTH) est pratiqué chez les patients atteints d'ostéoporose dans le cadre du bilan étiologique.

Mais d'une manière plus large, l'évaluation du statut individuel de vitamine D est devenue très fréquente chez les femmes (4 dosages sur 5 concernent les femmes) pendant leur grossesse ainsi qu'à partir de 50 ans (figure 6). De nombreuses études ont montré une grande fréquence d'insuffisance de vitamine D¹³ en France ce qui a contribué à l'augmentation fulgurante des prescriptions. Cette progression ne s'est pas appuyée sur des recommandations de la Haute Autorité de santé, ainsi les indications et la population cible du dosage de la vitamine D n'ont pas été définies.

Par ailleurs il est nécessaire que soit réalisée une étude médico-économique évaluant les stratégies potentielles : traitement systématique d'emblée des populations à risque, sans réalisation préalable du dosage biologique ou bien réalisation du dosage biologique et traitement médicamenteux des patients réellement insuffisants en vitamine D avec suivi éventuel par un nouveau dosage de l'efficacité du traitement. En effet, le faible coût du traitement médicamenteux par vitamine D (traitement de plusieurs mois par une ampoule buvable de vitamine D2 ou D3, coût inférieur à 2 euros) est à mettre en

¹⁰ Diagnostic et surveillance biologiques de l'hypothyroïdie de l'adulte. Paris : Anaes ; décembre 1998. Diagnostic et surveillance biologiques de l'hyperthyroïdie de l'adulte. Paris : Anaes ; février 2000.

¹¹ CNAMTS. Dosage d'hormones thyroïdiennes. Faits Marquants Assurance maladie : Des soins de qualité pour tous, édition 2001, p. 87-91.

¹² Tarifs en France métropolitaine au 8 février 2009.

¹³ Notamment les recommandations du groupe de recherche et d'information sur les ostéoporoses (GRIO) : Briot K. et coll. Vitamine D : effet osseux et extra-osseux ; recommandations de bon usage. Presse Med. 2009 ; 38-1 : 43-54.

Tableau 7

Évolution en volume et en montant remboursable des principaux actes explorant le métabolisme phosphocalcique, des marqueurs pancréatiques ainsi que des principaux actes des groupes « Exploration lipidique » et « Immunohématologie » de 2007 à 2009

Libellé de l'acte	Nombre d'actes (en milliers)			Évolution 2008-2009	Montant remboursable (en millions d'euros)			Évolution 2008-2009
	2007	2008	2009		2007	2008	2009	
Principaux actes du groupe « Exploration lipidique »								
Cholestérol total	2 519	2 247	1 967	-12,5 %	3,4	3,0	2,7	-12,4 %
Triglycérides	2 535	2 277	2 010	-11,8 %	6,8	6,1	5,4	-11,8 %
Exploration d'une anomalie lipidique (EAL)	13 316	13 946	14 583	4,6 %	193,6	169,7	160,0	-5,7 %
Apolipoprotéine A1	1 009	1 028	1 039	1,0 %	7,6	2,8	2,8	-0,4 %
Apolipoprotéine B	237	233	232	-0,5 %	1,8	1,3	0,7	-43,9 %
Dosage direct de LDL cholestérol	67	83	92	11,3 %	0,5	0,7	0,7	11,3 %
Total des 6 actes	19 681	19 815	19 922	0,5 %	213,9	183,6	172,4	-6,1 %
Principaux actes du groupe « Immunohématologie »								
RAI : dépistage	3 777	3 763	3 852	2,3 %	50,9	50,8	47,6	-6,2 %
Groupage sanguin ABO-RH (D)	3 571	3 460	3 576	3,3 %	33,7	32,7	33,8	3,4 %
Phénotypes RH (C, c, E, e) et Kell	3 510	3 397	3 515	3,5 %	37,8	36,7	38,0	3,5 %
Total des 3 actes	10 858	10 621	10 943	3,0 %	122,4	120,2	119,4	-0,7 %
Marqueurs pancréatiques								
Lipase	684	799	922	15,5 %	5,4	5,4	5,2	-4,3 %
Amylase (sang)	1 023	1 086	1 107	2,0 %	6,9	7,3	6,2	-15,1 %
Total des 2 actes	1 707	1 884	2 029	7,7 %	12,3	12,7	11,4	-10,6 %
Actes explorant le métabolisme phosphocalcique								
Calcémie	5 164	5 628	6 107	8,5 %	20,9	22,8	17,7	-22,5 %
Phosphorémie	1 714	1 886	2 042	8,3 %	6,7	5,1	5,5	7,7 %
25-hydroxycholecalciferol (25 OH-D3)	442	868	1 550	78,6 %	13,0	23,4	38,1	62,7 %
Dérivés dihydroxylés de la vitamine D	29	43	73	70,6 %	0,9	1,3	1,8	43,4 %
Parathormone (1-84 ou bioactive)	255	325	387	19,2 %	5,4	6,1	7,3	19,1 %
Total des 5 actes	7 604	8 749	10 159	16,1 %	46,9	58,8	70,4	19,9 %

Champ : Régime général hors SLM - France métropolitaine
Source : DCIR (CNAMTS)

regard du coût important du dosage biologique (21,60 euros) et de la proportion de la population effectivement traitée.

● **Groupe Exploration lipidique : une modification de nomenclature basée sur une évaluation de la Haute Autorité de santé**

Les dépenses (en montant remboursable) du groupe « Exploration lipidique » ont fortement décru depuis 2007 (-14,1 % entre 2007 et 2008 et -6,1 % entre 2008 et 2009 - tableau 7) en raison notamment de deux baisses successives de cotation du principal examen du groupe : l'exploration d'une anomalie lipidique (EAL)¹⁴. Elles s'élèvent à plus de 171 millions d'euros en 2009.

Ce groupe montre une proportion beaucoup trop importante de dosage d'apolipoprotéine A1. A la suite d'une modification de nomenclature en décembre 2005 permettant aux biologistes de réaliser ce dosage à leur initiative, en complément d'une exploration d'anomalie lipidique (sous certaines conditions), le volume de cet acte a connu une progression très importante. Aussi l'Assurance maladie a-t-elle demandé à la Haute Autorité de santé de préciser les indications des dosages des apolipoprotéines. A la suite de cette demande, la Haute Autorité de santé a réalisé l'évaluation de ces actes¹⁵ et rédigé une fiche de bon usage¹⁶. Cette évaluation limite les indications des dosages d'apolipoprotéines notamment de l'apolipoprotéine A1.

L'Assurance maladie a modifié la nomenclature en novembre 2009 en encadrant strictement les conditions de prescription et de réalisation de ces dosages. Des économies de l'ordre de 1,3 millions d'euros en montant remboursable (pour le Régime général) liées aux baisses de volume sont attendues.

● **Les marqueurs biologiques pancréatiques : les effets d'une nouvelle rédaction de la nomenclature**

Une conférence de consensus en 2001 a préconisé de remplacer le dosage de l'amylasémie par celui de la lipasémie dans le diagnostic de la pancréatite aiguë¹⁷. Les indications du dosage de l'amylasémie

¹⁴ La cotation de l'EAL est passée de B 55 (14,85 euros) à B 45 (12,15 euros) le 11 novembre 2007 puis à B 40 (10,80 euros) le 08 août 2009.

¹⁵ Place des dosages des apolipoprotéines A1 et B dans le bilan lipidique. Rapport d'évaluation technologique, Haute Autorité de santé, septembre 2008.

¹⁶ Exploration d'une dyslipidémie : quelle place pour le dosage des apolipoprotéines A1 et B ? Fiche de bon usage des technologies de santé, Haute Autorité de santé, juin 2009.

¹⁷ Pancréatite aiguë. Conclusions et recommandations du jury. Les conférences de consensus, Société nationale française de gastro-entérologie, Paris, janvier 2001.

sont par ailleurs très limitées. On constate cependant que le nombre de dosages de l'amyasémie est encore supérieur en 2009 à celui des dosages de la lipasémie, même si l'écart se réduit depuis 2007 (tableau 7). Le montant des dépenses pour ces deux actes est de 11 millions d'euros.

Selon la répartition des dosages de l'amyasémie seuls, des dosages de la lipasémie seuls et des associations de dosages de l'amyasémie et de la lipasémie (données d'avril 2008), l'acte performant – c'est-à-dire le dosage de la lipasémie – n'est réalisé que dans 6 cas sur 10. En outre, il n'est réalisé seul (conformément aux recommandations) que dans 16,6 % des cas.

A la demande de l'Assurance maladie, la Haute Autorité de santé a réalisé une évaluation de ces deux actes¹⁸ et rédigé une fiche de bon usage¹⁹.

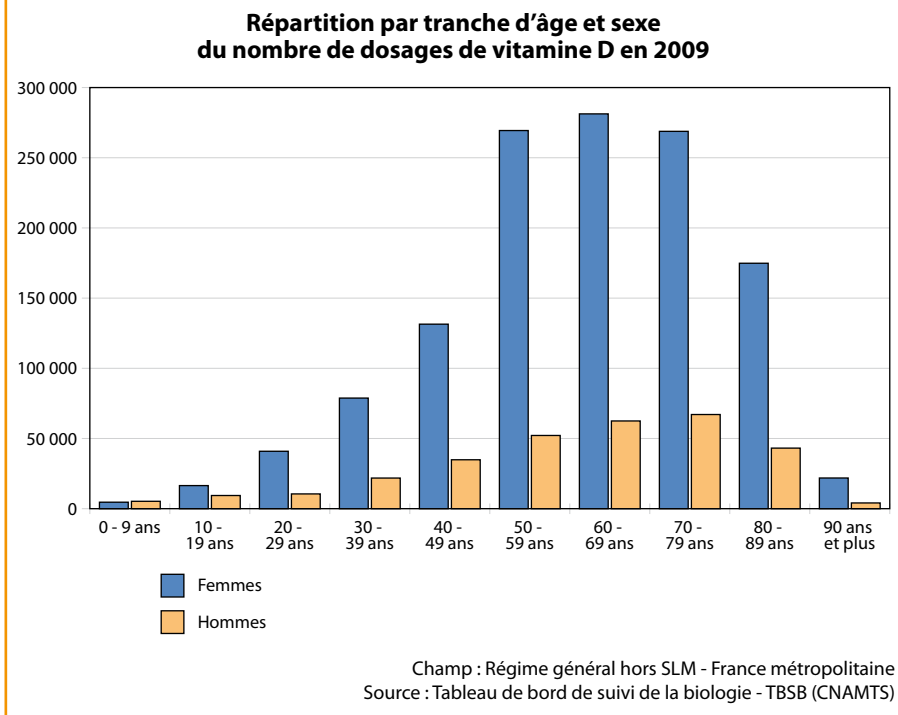
La NABM a été modifiée en janvier 2010 pour tenir compte de ce travail : dorénavant les cotations des dosages de l'amyasémie et de la lipasémie ne sont plus cumulables. Le biologiste doit réaliser en lieu et place le dosage de la lipasémie devant une prescription de dosage de l'amyasémie seule ou de l'association des dosages de la lipasémie et de l'amyasémie. Cette nouvelle rédaction va dans le sens de la médicalisation de la biologie médicale – un des axes principaux de la réforme – qui se traduit notamment par une initiative accrue du biologiste médical dans le choix des examens à réaliser conformément aux référentiels de bonne pratique et notamment ceux de la Haute Autorité de santé.

Les économies liées à cette modification ont été évaluées à 3,4 millions d'euros (en montant remboursé, tous régimes pour 2010).

● Groupe Immunohématologie : une évolution en 2011 du cadre réglementaire ?

Les principaux actes du groupe « Immunohématologie » ont progressé entre

Figure 6



2008 et 2009 de 3 % en volume et diminué de 0,6 % en montant remboursable, (tableau 7). Ce décalage est lié à la baisse de cotation appliquée pour la recherche d'agglutinines irrégulières le 8 février 2009 de B 50 à B 45.

Les volumes et les montants consacrés aux actes d'immunohématologie sont très importants en France : 122 millions d'euros en montant remboursable en 2009. Cela s'explique par :

- une réglementation de santé publique très contraignante. L'arrêté du 26 avril 2002, fixant les bonnes pratiques en immunohématologie érythrocytaire impose une double détermination du groupe sanguin et du phénotype réalisée dans le même laboratoire, pour pouvoir établir une carte de groupe²⁰ ;
- des prescriptions pas toujours réalisées à bon escient (répétition d'établissement de cartes de groupes sanguins, déterminations inutiles faites en dehors d'un contexte périnatal ou transfusionnel –

par exemple groupe sanguin demandé par les établissements scolaires ou dans le cadre d'activités sportives).

L'arrêté de santé publique est en cours de révision par la Direction générale de la santé.

L'Assurance maladie souhaite également agir en direction des prescripteurs et des biologistes en rédigeant des référentiels de bon usage sur la prescription et la réalisation des groupes sanguins et en révisant la nomenclature des actes afin de la mettre en conformité avec les textes de santé publique et les évolutions techniques.

Enfin, à moyen terme, dans le cadre de la mise en place du dossier médical partagé, il est capital que cette information médicale immuable pendant toute la durée de vie du patient soit accessible aux professionnels de santé afin de limiter la répétition inutile et coûteuse de ces examens.

¹⁸ Évaluation de l'amyasémie et de la lipasémie pour le diagnostic initial de la pancréatite aiguë. Rapport d'évaluation technologique, Haute Autorité de santé, juillet 2009.

¹⁹ Diagnostic biologique de pancréatite aiguë. Fiche de bon usage des technologies médicales, Haute Autorité de santé, juillet 2009.

²⁰ Une détermination légale de groupe nécessite deux groupes, deux phénotypes et une recherche d'agglutinines irrégulières (RAI), soit 53 euros.



Conclusion

La rationalisation des dépenses de biologie médicale nécessite d'une part une rémunération plus juste des actes au regard de leur coût de production, et d'autre part la maîtrise médicalisée des volumes. Le suivi du codage de la biologie médicale constitue un outil indispensable pour travailler sur ces deux axes.

Des économies importantes sur les tarifs des actes ont été réalisées depuis 2006. Les baisses tarifaires ont concerné principalement des actes courants et automatisés pour lesquels des économies d'échelle avaient été obtenues. Au-delà de cette adaptation tarifaire au coût réel des actes, une démarche de forfaitisation de la rémunération de la biologie a été amorcée avec notamment l'introduction, en 2009, du forfait de prise en charge pré-analytique du patient. Cette

politique de rémunération qui permet de se rapprocher de modèles de tarification européens comme par exemple celui de la Belgique, va être poursuivie. Elle va dans le sens de la réforme de la biologie médicale qui conduit à des regroupements de laboratoires et à la poursuite des économies d'échelle sur les actes courants automatisés.

L'analyse fine des données du codage de la biologie permet également de déterminer les domaines sur lesquels une maîtrise des volumes est nécessaire.

Un des axes principaux de la réforme est la médicalisation de la biologie ce qui se traduit notamment par une initiative accrue du biologiste médical dans le choix des examens à réaliser. Ce choix doit s'appuyer sur des recommandations des agences sanitaires

nationales notamment la Haute Autorité de santé ou l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. A titre d'exemple, la Haute Autorité de santé a publié en 2009 des recommandations sur l'exploration lipidique et sur les marqueurs pancréatiques. Ces recommandations ont été déclinées en 2010 en modifications de la NABM. Cette nouvelle rédaction de la NABM ouvre la possibilité au biologiste médical de remplacer les examens prescrits par des examens plus adaptés au contexte clinique - par exemple remplacement du dosage de l'amylasémie par celui de la lipasémie.

D'autres thèmes devraient faire l'objet de recommandations et de modifications de nomenclature en 2010 et 2011, notamment l'immunohématologie, les marqueurs cardiaques et le métabolisme phospho-calcique.



Collection des points de repère

- N° 1 – Disparités géographiques de la santé en France : les affections de longue durée
- N° 2 – La progression des génériques au premier trimestre 2006
- N° 3 – Coût des trente affections de longue durée pour l'Assurance maladie
- N° 4 – L'utilisation des systèmes d'information de l'assurance maladie pour l'analyse des pratiques de prescription : quelques exemples
- N° 5 – Déterminants de l'évolution des indemnités journalières maladie
- N° 6 – La consommation d'antibiotiques : situation en France au regard des autres pays européens
- N° 7 – Prise en charge de la mucoviscidose en affection de longue durée
- N° 8 – Les affections de longue durée des bénéficiaires de la CMU Complémentaire
- N° 9 – Les bénéficiaires d'affection de longue durée au 31 décembre 2006
- N° 10 – Hypertension artérielle et facteurs de risque associés : évolutions des traitements entre 2000 et 2006
- N° 11 – Les disparités géographiques de consommation d'indemnités journalières en maladie
- N° 12 – Comparaisons européennes sur huit classes de médicaments
- N° 13 – Démographie et honoraires des médecins libéraux en 2005
- N° 14 – Un an de codage CCAM en secteur libéral - premiers résultats sur une année complète : 2006
- N° 15 – Les dispositifs médicaux : situation et évolution en 2007
- N° 16 – Les causes médicales de l'invalidité en 2006
- N° 17 – Les réformes dans l'organisation des soins primaires en Angleterre
- N° 18 – Les maladies chroniques psychiatriques et neurologiques des enfants et adolescents en France : prévalence des affections de longue durée en 2004
- N° 19 – Les données 2007 du codage de la biologie médicale
- N° 20 – Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2007
- N° 21 – Évolution des actes techniques en secteur libéral en 2007
- N° 22 – Mieux connaître les dépenses de médicaments : une comparaison méthodique de deux sources de données GERS et CNAMTS
- N° 23 – Démographie et honoraires des médecins libéraux en 2006
- N° 24 – Remboursement de médicaments antiasthmatiques : une approche de la prévalence et du contrôle de l'asthme
- N° 25 – L'Échantillon généraliste de bénéficiaires : représentativité, portée et limites
- N° 26 – Évolution des actes techniques en secteur libéral en 2008
- N° 27 – Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2008
- N° 28 – La participation des médecins au dispositif de permanence des soins ambulatoire
- N° 29 – Les associations d'actes CCAM en 2008
- N° 30 – Les traitements médicamenteux en grand conditionnement : la situation 5 ans après l'autorisation
- N° 31 – Évolution des actes techniques en secteur libéral en 2009
- N° 32 – Baisse des accidents du travail sur le long terme : sinistralité et éléments explicatifs par secteur d'activité

Contact : laurence.robba@cnamts.fr ou nathalie.vielfaure@cnamts.fr