



CONFERENCE INTERNATIONALE SUR LES LABORATOIRES  
DE BIOLOGIE MEDICALE : PRATIQUE, GESTION ET  
UTILISATION

Bruxelles, Belgique, 25-28 novembre 1980

Point I.B.5 de l'ordre du jour



MAITRISE DES DEPENSES DE LABORATOIRE DANS LES SOINS MEDICAUX AMBULATOIRES  
EN REPUBLIQUE FEDERALE D'ALLEMAGNE

par

le Dr Kaufmann Gerhard Brenner  
Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung  
in der Bundesrepublik, Cologne, République fédérale d'Allemagne

Importance des dépenses de laboratoire

Le nombre des analyses de laboratoire effectuées dans le cadre des soins médicaux ambulatoires a progressé de 200 % depuis 1970, tandis que l'augmentation était identique pour les dépenses des Krankenkassen (Caisses du Régime général d'assurance-maladie) au titre des services de laboratoire. La progression a donc été beaucoup plus rapide que celle des dépenses totales consacrées aux traitements en ambulatoire qui a seulement été d'environ 150 %. Ces chiffres font du secteur des laboratoires l'un de ceux qui connaissent l'expansion la plus rapide en médecine. Sur 7 Deutsche Marks consacrés aux traitements médicaux ambulatoires, 1 Mark environ va aux analyses de laboratoire. En 1979, les dépenses totales associées au traitement ambulatoire des patients par des praticiens privés relevant du Régime général (au nombre de 55 000 environ) se sont élevées à quelque 14 milliards de Marks, dont 2 milliards environ pour les seuls examens complémentaires. (Les analyses et examens de laboratoire effectués dans les hôpitaux ne sont pas compris dans ces montants.)

Cette expansion des examens complémentaires, depuis une dizaine d'années, a été rendue possible en partie par les nouvelles méthodes et matériels d'analyse qui permettent à la plupart des praticiens de s'appuyer sur les examens complémentaires pour poser le diagnostic chez les patients qu'ils traitent en ambulatoire. Cependant, l'emploi optimal, économiquement parlant, d'équipements de laboratoire entièrement automatiques n'a été possible que lorsque les praticiens se réunissaient pour partager les mêmes équipements et le même personnel dans des laboratoires de groupe. La réalisation des examens complémentaires dans un laboratoire de groupe permet de plus longues séries et cette charge de travail plus élevée aboutit à un abaissement du coût unitaire des analyses. Cependant, les prix indiqués dans le barème général des honoraires ne tiennent pas compte du coût effectif, plus ou moins élevé, des analyses. Autrement dit, les membres des laboratoires de groupe réalisaient un profit sur chaque analyse effectuée, par suite de l'existence du barème. Cette circonstance a donc conduit, également pour des raisons économiques, au développement du diagnostic de laboratoire.

The issue of this document does not constitute formal publication. It should not be reviewed, abstracted or quoted without the agreement of the World Health Organization. Authors alone are responsible for views expressed in signed articles.

Ce document ne constitue pas une publication. Il ne doit faire l'objet d'aucun compte rendu ou résumé ni d'aucune citation sans l'autorisation de l'Organisation Mondiale de la Santé. Les opinions exprimées dans les articles signés n'engagent que leurs auteurs.

Types de limitation des coûts

La limitation des dépenses médicales globales peut être recherchée, dans le secteur des laboratoires, sur deux plans : le plan médical et le plan financier. Du point de vue médical, il faut envisager le nombre d'analyses effectuées et s'efforcer d'éliminer au maximum celles qui sont inutiles ou qui n'ont pas d'objectif précis. Le succès de cette tentative exigerait qu'on dispose de données scientifiques précises sur la nature et l'importance du diagnostic de laboratoire en fonction des symptômes que présente le patient ou même en fonction seulement des symptômes subjectifs qu'il évoque lui-même. Essayer de limiter les coûts en distinguant les analyses de laboratoire qui ont une indication médicale de celles qui n'en ont pas, ne semble guère pouvoir aboutir. Les analyses de laboratoire, tout comme la médecine dans son ensemble, ne ressortissent pas à des critères d'efficacité. Dans de nombreux cas, il n'est pas possible d'établir l'existence d'un lien indiscutable entre la réalisation d'un examen complémentaire et l'amélioration du traitement donné au patient. Au stade de développement actuel des techniques de laboratoire et vu qu'elles sont presque immédiatement à la disposition du médecin, force est d'admettre que les examens complémentaires sont pratiqués non seulement à des fins de strict diagnostic mais aussi, dans une assez large mesure, pour confirmer un diagnostic que le médecin a déjà posé et pour suivre en permanence l'évolution de la maladie. Si l'on considère la gamme des 25 analyses de laboratoire les plus importantes, qui représentent au total 85 à 90 % de l'activité globale des laboratoires pour le compte des généralistes et des spécialistes de la médecine interne, on comprend que les mesures visant à limiter les coûts doivent porter non pas tellement sur la nature des épreuves effectuées que sur l'ampleur du recours qui est fait à chacune d'elles (voir le tableau ci-après).

NOMBRE ANNUEL MOYEN DES ANALYSES DE LABORATOIRE EFFECTUEES  
A LA DEMANDE DES GENERALISTES

Nature de l'analyse	Nombre d'analyses	
	Médecin appartenant à un laboratoire de groupe	Médecin n'appartenant pas à un laboratoire de groupe
Glycémie	653	326
Bandelette réactive	616	429
Sédiments urinaires	611	425
Cholestérol	343	142
Triglycérides	323	95
Gamma-GT	302	92
GPT	302	121
Acide urique	280	106
Créatinine	202	56
Hémoglobine	190	150
Numération leucocytaire	185	117
Numération érythrocytaire	175	128
Examen hématologique complet	136	71
Phosphatase alcaline	131	44
Fer	126	
Urée	82	26
Bilirubine	79	54
TPZ	77	33
Potassium	55	
Numération globulaire et hémoglobine	43	
Formule sanguine	33	8
Dosage des protéines électrophorétiques	3	
Urobiline		7
Glucose (bandelette réactive)		69
Glycosurie		58
Autres	925	314
Totaux	6 146	2 989

A partir de 1977, on s'est donc efforcé en République fédérale d'Allemagne d'obtenir une limitation des coûts dans le secteur des laboratoires par des moyens purement financiers. Le total des dépenses des Caisses du Régime général d'assurance-maladie consacrées aux services de laboratoire fait l'objet d'un plafond annuel fixé à l'avance. De la sorte, le risque financier qu'entraîne pour les Caisses un recours plus fréquent aux examens complémentaires est limité. En effet, puisque le budget total des dépenses de laboratoire est fixé à l'avance, si les examens effectués sont plus nombreux, il doit en résulter une diminution des honoraires du médecin pour chaque épreuve.

#### Législation et application aux traitements effectués dans le cadre du Régime général d'assurance-maladie

La base juridique de l'accord contractuel conclu entre les Caisses du Régime général d'assurance-maladie (Krankenkassen) et les Associations de médecins conventionnés (Kassenärztliche Vereinigung) est la Reichsversicherungsordnung (RVO) (Ordonnance fédérale régissant le régime d'assurance). Les Associations de médecins conventionnés sont des organisations qui représentent légalement les médecins praticiens et qui défendent leurs intérêts contre les Caisses du Régime général. Leur base statutaire a été étendue le 1<sup>er</sup> juillet 1978 par une Loi sur la limitation des coûts de l'assurance-maladie. Désormais, les Caisses du Régime général doivent se mettre d'accord avec les Associations de médecins conventionnés sur le montant global de la rémunération qui sera versée pour l'ensemble des services assurés. Cette rémunération globale est ensuite répartie entre les médecins praticiens conventionnés par les Associations dont ils relèvent, conformément à un barème qui est généralement fondé sur le Barème général des honoraires. La valeur attribuée aux différents services prévus dans le Barème général est exprimée de façon relative par un nombre de points. La valeur financière du point n'est établie qu'en fin d'exercice budgétaire en divisant le montant global convenu pour la rémunération par le nombre total de points effectivement facturés par les médecins pour services rendus. Les deux parties disposent d'une assez large latitude dans la fixation de la rémunération globale, laquelle peut consister en un montant fixe, un montant variable ou une combinaison des deux. Par conséquent, il est également possible d'introduire des règles stipulant que l'extension des services n'est possible que lorsqu'elle est justifiée par des raisons médicales. De même, les variations de la rémunération globale sont régies par la Loi, en fonction de l'évolution moyenne des salaires et traitements des assurés du Régime général d'assurance-maladie, des coûts supportés par les praticiens et du nombre d'heures de travail des médecins. Les Organisations fédérales des Caisses du Régime général d'assurance-maladie et des Associations de médecins conventionnés doivent se mettre d'accord et recommander chaque année la modification qu'ils jugent approprié d'apporter à la rémunération globale, sur la base des critères ci-dessus. Cette recommandation formulée au niveau fédéral doit ensuite être prise en considération quand des accords régionaux sont conclus entre les Caisses et les Associations. La recommandation fédérale est généralement mise au point dans le cadre d'un Comité d'action concertée ou en liaison directe avec celui-ci. Ce comité réunit des représentants de toutes les organisations concernées par les questions de santé, par exemple les médecins, les Caisses du Régime général, les hôpitaux, les ministères, les syndicats, etc. Le Ministère fédéral de l'emploi et de l'ordre social impose aux représentants des organisations appropriées de participer aux travaux du Comité. La tâche de ce dernier consiste à rassembler des données médicales et économiques pouvant guider la décision et à formuler des suggestions en vue de la rationalisation des services de santé.

Chaque année à la date du 31 mars, le Comité d'action concertée formule une recommandation concernant la modification jugée appropriée pour la rémunération globale.

En s'appuyant sur la dernière décision juridique ainsi prise, les organes directeurs des Caisses du Régime général et de l'Organisation fédérale des médecins conventionnés se sont mis d'accord sur une recommandation valable pour la période allant du 1<sup>er</sup> juillet 1979 au 31 décembre 1980 (première période au cours de laquelle les dépenses de laboratoire associées aux traitements ambulatoires sont couvertes dans le cadre de la rémunération de l'ensemble des services médicaux relevant du Régime général). La recommandation stipule que le montant des services de laboratoire par cas traité ne doit pas dépasser, pour chaque trimestre, le montant relatif au trimestre correspondant de l'année précédente.

Effet du budget imposé aux services de laboratoire

Du fait de l'existence d'un budget pour les services de laboratoire, même si le nombre d'analyses pratiquées par cas augmente, les Caisses du Régime général n'ont pas à déboursier davantage. Si le nombre de services assurés augmentent, les honoraires du médecin pour un service donné doivent diminuer en proportion. Les Caisses ne sont appelées à supporter des coûts supplémentaires que si le nombre de cas exigeant un traitement au cours d'un trimestre particulier augmente. Cette éventualité ne se produit que si les consultations médicales au cours d'un trimestre déterminé sont elles-mêmes plus nombreuses. Mais il s'agit là d'un risque classique en matière d'assurance et il échappe donc aux contraintes du budget. Les accords conclus dans le cadre des contrats globaux ne s'appliquent qu'aux relations financières entre les Caisses du Régime général et les Associations de médecins conventionnés. Le mode de répartition de la rémunération globale entre les médecins conventionnés est fixé par les Associations dont ceux-ci relèvent et il est régi par les systèmes de répartition des honoraires adoptés par les diverses Associations. Chacune des 18 Associations peut utiliser un système qui lui est propre, ce qui lui fournit un moyen de contrôle complémentaire. C'est ainsi qu'en Bavière on a mis en application un système de répartition qui prévoit la diminution progressive des honoraires à mesure que le nombre d'actes facturés par le médecin augmente. La diminution est fixée par référence au Barème général des honoraires, selon les pourcentages indiqués ci-dessous.

Nombre d'actes facturés par trimestre	Réduction des honoraires (%)
351-500	5
501-750	10
751-1000	15
1001-1250	20
1251-1500	30
1501-2000	35
plus de 2000	40

Ces abattements progressifs sont justifiés par le fait qu'à mesure que le nombre d'actes augmente au laboratoire, il est possible de tirer avantage de la rationalisation. La conséquence est que les analyses de laboratoire sont généralement confiées à des laboratoires de groupe qui conduisent leur gestion de façon que les coûts représentent une part relativement faible du chiffre d'affaires. Les analyses sur la structure des coûts montrent que, dans ces laboratoires, la proportion est en général de l'ordre de 30 % au plus. Quand un médecin praticien assure à titre isolé la même gamme de services de laboratoire, les coûts représentent 70 % et même davantage du prix facturé.

L'objectif du barème de répartition des honoraires qui est appliqué en Bavière est de réduire les marges bénéficiaires associées aux services de laboratoire, grâce à une réduction progressive des honoraires. Ces profits découlent en effet de la rationalisation qui a accompagné le progrès technique et, jusqu'ici, ils n'ont pas été répercutés sur les Caisses du Régime général, par suite de la rigidité du Barème général des honoraires. La fixation d'un plafond pour le budget des services de laboratoire et l'application d'un barème des honoraires au sein des Associations de médecins conventionnés réduisent l'incitation économique à faire effectuer des analyses. La pratique qui consistait jusqu'ici à demander des examens complémentaires sans indication médicale réelle ne devrait désormais présenter aucun intérêt financier. La réglementation budgétaire de ce secteur aura pour effet que la rémunération globale des services de laboratoire sera désormais en rapport étroit avec les coûts correspondants. La réduction du prix facturé pour les services de laboratoire incite en outre à une gestion aussi rationnelle que possible, ce qui conduit à la formule des laboratoires de groupe. C'est uniquement ainsi qu'il sera possible de concilier la réalisation des examens nécessaires sur le plan médical avec la baisse générale du prix des analyses, tout en permettant au médecin isolé de couvrir ses frais. Ces efforts de rationalisation servent également les intérêts des institutions qui supportent les coûts, autrement dit les Caisses du Régime général d'assurance-maladie. La méthode adoptée en République fédérale d'Allemagne pour limiter les coûts médicaux prouve que les dépenses consacrées aux services de laboratoire paraissaient plus élevées qu'elles ne le sont en réalité, du fait des méthodes d'évaluation appliquées.