

**Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés**

Direction des Risques Maladie

**ENQUETE NATIONALE SCHEMA REGIONAL  
D'ORGANISATION SANITAIRE DE L'INSUFFISANCE  
RENALE CHRONIQUE TERMINALE (SROS/IRCT) -  
JUN 2003**

**VOLET DEPENSES**

**Octobre 2005**



## SOMMAIRE

<b>PREAMBULE : Présentation de l'enquête et ses trois volets</b>	<b>3</b>
1. Eléments de contexte et de politique générale	4
2. Evolution de la réglementation	6
3. Enquête SROS-IRCT	6
3.1 Les objectifs de l'enquête	7
3.2 La méthode	7

## ENQUETE SROS IRCT : LE VOLET "DEPENSES"

<b>1 INTRODUCTION</b>	<b>12</b>
<b>1.1 Objectifs</b>	<b>12</b>
<b>1.2 Contexte</b>	<b>12</b>
1.2.1 Contexte tarifaire au moment de l'enquête	12
1.2.2 Données disponibles	14
<b>2 METHODE</b>	<b>16</b>
<b>2.1 Champ de l'enquête</b>	<b>16</b>
<b>2.2 Mode d'enquête</b>	<b>16</b>
<b>2.3 Validation des données</b>	<b>16</b>
<b>2.4 Traitement des données</b>	<b>17</b>
2.4.1 Détermination du mode de prise en charge	17
2.4.2 Regroupement des postes de dépenses	18
2.4.3 Rapprochement des données du volet "patients"	19
<b>2.5 Présentation des résultats</b>	<b>20</b>
<b>3 RESULTATS</b>	<b>21</b>
<b>3.1 Dépenses des patients dialysés du Régime Général</b>	<b>21</b>
3.1.1 Caractéristiques des 20 496 patients dialysés du Régime Général	21
3.1.2 Dépenses par grandes catégories de prestations des 20 496 patients dialysés	22
<b>3.2 Dépense annuelle par patient selon le profil (mode de prise en charge et financement DG/hors DG)</b>	<b>24</b>
3.2.1 Caractéristiques des patients étudiés	24
3.2.2 Dépense annuelle totale par patient	25
<b>3.3 Principaux postes de dépenses des patients dialysés</b>	<b>29</b>
3.3.1 Séances	29
3.3.2 Transport	32
3.3.3 Actes techniques et diagnostics pour les patients dialysés en centre hors dotation globale	35
3.3.4 Pharmacie	36
3.3.5 Biologie	36
3.3.6 Consultations et visites	37

**4 DISCUSSION** \_\_\_\_\_ **40**

Annexe 1 : Regroupement des prestations "soins de ville" retrouvées

Annexe 2 : Dépenses des 20 496 patients dialysés du Régime Général

Annexe 3 : Evaluation de la gravité médicale et de l'handicap

Annexe 4 : 4 656 patients dialysés manquants du Régime Général

Annexe 5 : Récapitulatif des données par profil

Annexe 6 : Nouveaux tarifs T2A

Annexe 7 : Informations recueillies par la MREIC

Bibliographie

PREAMBULE : Présentation de l'enquête et ses trois volets

## 1. Les éléments de contexte et de politique générale

La fréquence de l'insuffisance rénale, les nécessaires actions de prévention, les difficultés d'organisation de la dialyse, le coût de la prise en charge et le développement de la greffe ont amené le Ministre à placer la prise en charge de l'insuffisance rénale au rang des priorités de santé dans le programme de santé publique présenté en mars 2001.

Cette volonté de faire évoluer et d'améliorer le cadre et les conditions de prise en charge s'est traduite par l'élaboration d'un Programme d'actions Insuffisance rénale chronique s'articulant autour de 8 grands objectifs :

- 1- Mieux prévenir l'insuffisance rénale chronique
- 2- Mieux connaître la situation et les besoins des personnes en insuffisance rénale chronique terminale
- 3- Régionaliser et redéfinir l'organisation des soins de la dialyse
- 4- Promouvoir la qualité des soins des personnes en insuffisance rénale chronique
- 5- Favoriser la réinsertion sociale et professionnelle
- 6- Améliorer l'accès à la greffe de rein
- 7- Développer la recherche clinique
- 8- Améliorer la situation démographique des néphrologues

Parallèlement, la nécessité de mieux connaître les besoins de la population en matière de greffe rénale et l'absence de registre des traitements de suppléance de l'insuffisance rénale chronique ont conduit l'Etablissement Français des Greffes (EFG), à la demande de la Société de Néphrologie, à mettre en place en 2001 un programme dénommé Réseau Epidémiologie et Information en Néphrologie (REIN). Ce registre a pour objectif général de décrire l'incidence et la prévalence des traitements de suppléance de l'insuffisance rénale chronique, les caractéristiques de la population traitée, les modalités de prise en charge, la qualité du traitement ainsi que la mortalité des malades. Il a pour finalité de contribuer à l'élaboration et à l'évaluation de stratégies sanitaires visant à améliorer la prévention et la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique et de favoriser la recherche clinique et épidémiologique.

Enfin, préfigurant l'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé, qui supprime la carte sanitaire et les indices encadrant l'offre de soins et crée un nouveau système de régulation fondé sur le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS), les décrets du 23 septembre 2002 relatifs au traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extra-rénale anticipent la mise en œuvre de ce dispositif en supprimant les indices de besoins en matière d'équipements lourds.

C'est dans ce contexte, et afin de fournir les éléments de réflexion nécessaire à l'élaboration des volets IRCT des SROS 3, que la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie et la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins ont réalisé en juin 2003 une enquête nationale couvrant l'ensemble des patients dialysés et l'ensemble des structures de prise en charges des traitement de l'IRCT.

## 2. L'évolution de la réglementation

Depuis la réforme hospitalière de 1991 la régulation en matière d'insuffisance rénale chronique s'appuyait sur un double régime d'autorisation reposant sur une autorisation d'activité de soins (« traitement de l'insuffisance rénale chronique ») et une autorisation, au titre des équipements lourds, portant sur les appareils de dialyse à l'exception de ceux utilisés pour la dialyse péritonéale. Ces autorisations étaient délivrées pour une période de 7 ans.

Les conditions applicables aux structures de dialyse étaient définies, pour les seuls centres d'hémodialyse privés (lourds et ambulatoires) dans l'annexe C de l'arrêté du 29 juin 1978 et pour les structures hors centre (autodialyse et dialyse à domicile) dans la circulaire du 25 octobre 1983.

A l'exception de l'insuffisance rénale aiguë, tous les modes d'exercice de l'activité en centre et hors centre étaient soumis à autorisation : dialyse ambulatoire, dialyse en centre allégé, entraînement à l'autodialyse et à la dialyse à domicile, dialyse pédiatrique, autodialyse, dialyse à domicile, dialyse péritonéale et entraînement à la dialyse péritonéale.

Les autorisations étaient délivrées sur la base du SROS et d'un indice de besoin exprimé en nombre d'appareils par habitants pour les appareils en centre. En l'absence de tout autre texte opposable, cadre de mise en place des autorisations, conditions d'implantation ou conditions techniques de fonctionnement, l'indice constituait ainsi un des deux verrous (avec le SROS) motivant les refus d'autorisation.

La carte sanitaire était arrêtée sur la base d'une mesure des besoins de la population et de leur évolution. Un indice national de besoins, servant de limite aux indices régionaux, était fixé (arrêté du 27 juillet 1999) pour les appareils de dialyse installés dans les centres de traitement de l'insuffisance rénale chronique des adultes. Les appareils hors centre n'étaient pas soumis à indice. En conséquence, les appareils d'autodialyse et de dialyse à domicile pouvaient être autorisés « dès lors que le besoin s'en faisait sentir », et le nombre d'appareils de ce type non limité.

L'augmentation continue du nombre de patients, associée au contingentement des appareils en centre lourd, a eu pour conséquence majeure le développement des alternatives hors centre, seul moyen de répondre à l'augmentation de la demande de soins.

Cette restructuration « sous contrainte » de l'offre de soins a entraîné des effets pervers amenant certains centres de dialyse à étirer les plages horaires ou à raccourcir les durées de dialyse afin de satisfaire la demande. Parallèlement, la limitation des places en centre ne permettant pas d'y traiter l'ensemble des patients relevant de ce type de prise en charge, la prise en charge « hors centre » s'est développée pour des patients peu autonomes et/ou polyopathologiques.

Au final, le recours à une modalité de traitement de l'insuffisance rénale chronique est devenu davantage liée à l'offre de soins disponible qu'à une indication médicale ou au choix de la personne concernée.

Le nouveau système de régulation introduit par les décrets du 23 septembre 2002 relatifs au traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extra-rénale a abrogé l'ancien indice de besoins qui limitait le nombre de postes de traitement par millions d'habitants et y a substitué un régime fondé sur les besoins des patients en terme de niveau de prise en charge comme en terme de proximité de traitement.

Quatre modalités de dialyse ont été retenues : hémodialyse en centre, hémodialyse en unité de dialyse médicalisée (ex- centre allégé de dialyse qui n'avait pas de statut légal), hémodialyse en unité d'autodialyse, dialyse à domicile par hémodialyse ou dialyse péritonéale, outre l'hémodialyse en unité saisonnière.

Le nouveau dispositif proposé s'appuie sur un SROS, qui devient obligatoire et constitue le pilier du dispositif, sur la définition des conditions d'implantation de l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra-rénale et sur la définition de conditions techniques de fonctionnement. Celles-ci précisent les plateaux techniques minimaux, établis pour chacune des modalités de traitement. Elles correspondent à ce qui est nécessaire, au minimum, pour que chacune de ces structures fonctionnent dans des conditions suffisantes de sécurité et de qualité des soins, quel que soit le mode d'exercice : public, associatif ou libéral.

Il n'y a donc plus de carte sanitaire des appareils mais une seule autorisation portant sur l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique. Le nouveau SROS, les définitions d'activité du traitement et les conditions techniques constituent la base des autorisations d'activité dont la durée, calquée sur celle du SROS, est réduite à 5 ans.

Ce nouveau régime juridique, basé sur les besoins de la population, a pour objectifs de garantir le libre choix du patient, permettre une prise en charge adaptée et de qualité, tout en assurant la continuité de la prise en charge et l'orientation des patients entre les diverses modalités de traitement.

### **3. L'enquête SROS-IRCT**

#### **3.1 Les objectifs de l'enquête**

Dans le cadre du nouveau SROS, les nouvelles autorisations de mise en œuvre ou d'extension des activités de traitement de l'insuffisance rénale chronique (IRC) par épuration extra-rénale seront accordées, pour chaque territoire de santé, en fonction des besoins de la population. Le volet IRCT des SROS doit fixer les objectifs à cinq ans d'organisation du traitement de l'insuffisance rénale chronique et déterminer la répartition de l'offre de soins entre les différentes modalités de traitement. Les autorisations étant délivrées dans le cadre des besoins ainsi définis.

L'élaboration du volet IRCT des SROS nécessitait donc la réalisation d'un état des lieux concernant à la fois les patients et les structures intervenant dans la dialyse afin, outre la connaissance épidémiologique, d'estimer l'impact des nouveaux textes en terme de structures à autoriser et d'incidence financière pour répondre aux besoins.

L'objectif général de l'enquête était donc de décrire les caractéristiques de la population des insuffisants rénaux traités par dialyse (morbidity, modalités de traitement, prévalence...) et de permettre une analyse de l'offre de soins existante ainsi qu'une approche des dépenses à la charge par l'assurance maladie.

Les objectifs de l'enquête, menée conjointement par la DHOS et la CNAMTS, ont donc été formulés pour répondre aux besoins propres d'élaboration des volets IRCT des SROS, articulant politique nationale de santé et d'organisation sanitaire et déclinaisons régionales correspondant aux objectifs spécifiques des régions.

Trois objectifs opérationnels, déclinés en trois volets distincts, ont donc été assignés à l'étude :

Un objectif relatif aux patients : décrire les caractéristiques des patients et mesurer, en terme de prévalence, la répartition actuelle des patients selon les différentes modalités de prise en charge de l'IRCT (« volet patient ») ;

Un objectif relatif aux moyens humains et matériels : connaître les moyens dont disposaient les structures et apprécier la situation existante au regard des nouveaux textes (« volet structure ») ;

Un objectif relatif aux moyens financiers : mesurer les dépenses, globales et par modalités de prise en charge, de l'Assurance Maladie (régime général) pour les patients dialysés (« volet dépenses »).

#### **3.2 La méthode**

##### **Les spécificités de l'enquête**

En liant l'autorisation d'activité à l'évaluation des besoins de la population et en encadrant l'activité par le biais d'un nombre minimal et maximal de patients pris en charge annuellement, les dits décrets du 23 septembre 2002 ont préfiguré la réforme de la planification sanitaire inscrite dans l'ordonnance du 4 septembre 2003 et portant simplification du système de santé.

Les évolutions contenues dans ces textes ont imposé un nouveau cadre de réflexion pour l'élaboration des SROS, cadre qui a nécessité l'utilisation de nouveaux outils.

Cependant, au moment de la mise en place de la réflexion sur la méthodologie d'élaboration des volets IRCT des SROS, le Registre d'Epidémiologie et d'Information en Néphrologie (REIN), encore en phase expérimentale, ne comprenait que 4 régions. Il ne pouvait donc fournir l'intégralité des données nécessaires. C'est ce constat qui a conduit la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) à mettre en œuvre courant 2003, une enquête spécifique.

Une des originalités de cette enquête est d'avoir été construite en recherchant la plus grande articulation possible entre les deux démarches. C'est ainsi que l'enquête SROS a repris l'intégralité des items habituellement recueillis dans REIN. Critères auxquels sont venus s'ajouter des items plus spécifiques liés à l'objectif de planification. Au final l'enquête a permis de réaliser la première cohorte nationale de cas prévalents et l'ensemble des observations recueillies a pu être intégré dans le registre. Les régions ont ainsi pu profiter de l'enquête SROS-IRCT pour entrer dans le registre REIN et, de manière incontestable, ce lien a contribué de façon majeure au déploiement du registre (qui couvrait fin 2004 13 régions et 70% du territoire).

Un des autres apports de l'enquête est de s'être doublée d'un recensement exhaustif de l'ensemble des structures de dialyse autorisées permettant une analyse des moyens humains et matériels disponibles. La revue de la littérature sur des données équivalentes à l'étranger étant restée vaine, la CNAMTS a mené une enquête complémentaire via sa Mission Recherche Internationale.

C'est enfin la première enquête nationale réalisée conjointement par la DHOS et CNAMTS. Et il faut également souligner l'implication forte des professionnels qui ont été étroitement associés à l'enquête, que ce soit lors de la construction de la méthodologie, de la validation des données ou lors des différentes opérations de validation des exploitations réalisées en région et au niveau national.

## **Les instances de pilotage et la conduite de l'enquête**

Trois structures ont été mises en place pour la réalisation de l'enquête<sup>1</sup> :

- un groupe de travail « ingénierie » chargé de l'élaboration de la méthode, du test préliminaire, du lancement de l'enquête et de l'analyse nationale des résultats ;
- un groupe « expert », composé de représentants de sociétés savantes et de représentants des patients (FNAIR<sup>2</sup>). Co-piloté par la DHOS et la CNAMTS ce groupe a apporté son expertise et validé les travaux du groupe ingénierie ;
- un comité de concertation, composé de l'ensemble des partenaires (syndicats de néphrologues et d'infirmiers, sociétés savantes, représentants des patients, des fédérations hospitalières, des associations de dialyse et des institutionnels concernés - Assurance Maladie, ARH, DRASS -), à qui les orientations majeures des différentes étapes de l'enquête ont été soumises.

## **Les orientations méthodologiques**

Pour décrire la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale traitée par dialyse, le principe d'une enquête transversale a été retenu.

L'enquête a concerné l'exhaustivité des patients dans l'ensemble des structures de dialyse fonctionnant en juin 2003, quels que soient leur statut, leur mode de financement et les modalités de prise en charge proposées.

L'enquête (recueil et saisie) a été réalisée dans les 22 régions de la France métropolitaine et les 4 Départements d'Outre Mer de juin à septembre 2003 selon une méthodologie commune et un questionnaire identique.

---

<sup>1</sup> La composition de ces groupes est présentée en annexe.

<sup>2</sup> Fédération Nationale d'Aide aux Insuffisants Rénaux



L'enquête questionnaire "patient" devait permettre de décrire la file active des patients dialysés la semaine du lundi 2 juin au dimanche 8 juin.

Les données ont été recueillies sur une fiche pour chaque patient traité par épuration extra-rénale dans la structure enquêtée, quelle que soit l'ancienneté de la dialyse (retours de greffe inclus).

Ont aussi été inclus les patients en entraînement et les patients absents, en repli ou en déplacement saisonnier dans une autre structure.

L'enquête questionnaire "structure" était constituée de deux types de fiches :

une fiche entité gestionnaire correspondant à l'entité juridique détentrice de (ou des) autorisation(s) d'activité,

une fiche décrivant chaque unité de dialyse dépendant de cette entité gestionnaire, chaque modalité de dialyse faisant l'objet d'une fiche spécifique.

Les modalités de traitement au sens de l'enquête s'appuyaient pour l'essentiel sur les catégories prévues par les décrets parus en septembre 2002.

Les données ont fait l'objet d'une validation conjointe niveau régional/niveau national (exhaustivité du champ et qualité des données recueillies).

Les professionnels de santé néphrologues ont été associés à tous les temps de l'enquête des volets "patients" et "structures" :

constitution de la méthode et validation par les groupes constitués ad hoc,

validation conjointe sur site des données avec enquêteurs médicaux et administratifs de l'assurance maladie,

validation conjointe des exploitations et résultats tant en région qu'au niveau national dans les instances de concertation,

élaboration des normes concernant les locaux et installations.

L'étude des "dépenses" a été réalisée principalement au moyen d'une requête d'extraction des données de remboursements contenues dans les bases ERASME version régionale<sup>3</sup>. L'enquête s'est attachée à étudier de façon rétrospective sur la période d'un an toutes les dépenses engagées par l'Assurance Maladie pour les patients du régime général<sup>4</sup> recensés dans le volet "patient" entre le 1<sup>er</sup> juin 2002 et au 31 mai 2003.

Le fichier national "dépenses" issu de la requête ERASME a été enrichi de certaines variables traitées dans le volet "patient" (comorbidités et handicaps).

---

<sup>3</sup> ERASME : Extraction, recherches et analyses pour un suivi médico-économique

<sup>4</sup> Hors Section Locales Mutualiste - SLM.

## **ENQUETE SROS IRCT : LE VOLET "DEPENSES"**

# ENQUETE SROS INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE VOLET DEPENSES

## **MAITRISE D'OUVRAGE**

*M Frédéric Van Roekeghem      directeur de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie  
des Travailleurs Salariés (CNAMTS)*

## **CHEF DE PROJET NATIONAL**

*Mme Françoise d'ESPARRON-CHAPTAL      CNAMTS / DRM*

## **MAITRISE D'ŒUVRE DELEGUEE**

*Mme Françoise d'ESPARRON-CHAPTAL      CNAMTS / DRM*

*Mlle Armelle PALU-LABOUREU      CNAMTS / DRM*

*Mlle Nadine COUSTAR      CNAMTS / DRM*

## **CONCEPTION DE LA REQUETE D'EXTRACTION DES DEPENSES**

*Dr BOURREL      DRSM de la région Midi Pyrénées*

## **TEST DE LA REQUETE D'EXTRACTION DES DEPENSES**

*ELSM DE TOULOUSE  
ELSM DE STRASBOURG*

## **GROUPE DE TRAVAIL SUR LA DEFINITION DU BESOIN**

*Joseph EICHENLAUB (CRAM d'Alsace)  
Françoise d'ESPARRON (CNAMTS/DRM)  
Roselyne JAUME (CPAM de Toulouse)  
Armelle PALU-LABOUREU (CNAMTS/DRM)  
Anita PARRE (CRAM Aquitaine)  
Xavier ROMULUS (CNAMTS/DRM)  
Nathalie TABARDEL (CNAMTS/DRM)  
Jacqueline SEZEPAN (CRAM du centre)*

## Résumé du volet "Dépenses"

**Les objectifs du volet "dépenses"** étaient d'évaluer et de décrire d'une part la dépense annuelle pour l'Assurance Maladie des patients dialysés et d'autre part la dépense moyenne annuelle d'un patient dialysé selon son mode de prise en charge et le type de financement de sa structure de soins.

**Le champ de l'enquête** était les remboursements des soins (hors prestations en espèces) reçus entre le 1<sup>er</sup> juin 2002 et le 31 mai 2003 par les 25 152 patients dialysés du régime général.

Une requête d'extraction des dépenses dans les bases régionales de liquidation a permis de remonter les remboursements de 82% des patients dialysés du régime général (20 496 patients).

**La dépense totale** de ces 20 496 patients s'élevait à 1,3 milliards d'euros (Md €).

Les séances de dialyse représentaient 63% de la dépense totale soit 847 millions € (M €). Les dépenses de "soins de ville" s'élevaient à 345 M € et représentaient 26% de l'ensemble des dépenses. Le poste de prestation de soins de ville le plus élevé était le transport avec 175,5 M€ ce qui correspondait à 50% des dépenses "soins de ville" et à 13% de l'ensemble des dépenses.

Les dépenses de 7 723 patients ont été sélectionnées (même mode de prise en charge et même type de financement) et réparties dans 7 groupes de patients afin d'étudier les dépenses moyennes annuelles. Notons que les méthodes d'appréciation des dépenses hospitalières entre les établissements sous dotation globale et hors dotation globale interdisent toute comparaison entre les deux secteurs.

Pour les 1 544 dialysés en centre d'hémodialyse **sous dotation globale** la dépense annuelle totale était en moyenne de 111 006 € (coef<sup>5</sup> V 33).

Ces patients avaient principalement une dépense annuelle moyenne de séances de 85 852 € (coef V 35) et de transport de 13 310 euros (coef V 86).

**Pour les patients dialysés dans des structures hors dotation globale**, la dépense annuelle totale était en moyenne de 42 004 € (coef V 24) pour les 64 patients en hémodialyse à domicile et de 75 125 € (coef V 23) pour les 3 538 patients dialysés en centre.

Les patients dialysés en centre d'hémodialyse hors dotation globale avaient en moyenne une dépense annuelle de séances de 45 485 € (coef V 10), d'actes en K (techniques et diagnostics) de néphrologues de 3 940 € (coef V 55) et de transport de 13 166 euros (coef V 84) outre d'autres dépenses moindres.

Les 2 047 patients dialysés en unités d'autodialyse avaient quant à eux en moyenne une dépense annuelle totale de 49 133 € (coef V 21) dont principalement une dépense moyenne annuelle de séances de 34 284 € (coef V 9) et de transport de 7 280 € (coef V 87).

En se basant sur les moyennes de dépenses annuelles par grands postes et sur le mode de prise en charge des patients manquants, la dépense annuelle des patients dialysés du régime général a été estimée à 1,7 Md € (soit 2% de l'ensemble des dépenses du régime général).

---

<sup>5</sup> Coef V : coefficient de variation

# 1 INTRODUCTION

L'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) occupe une place particulière en santé publique compte tenu de l'évolution des besoins sanitaires de la population et des coûts de traitement de suppléance élevés.

L'étude des dépenses est un des volets de l'Enquête Nationale de l'Assurance Maladie relative à l'insuffisance rénale chronique terminale, thème inscrit dans les actions prioritaires du ministère.

## 1.1 Objectifs

Les objectifs du volet "dépenses" étaient d'évaluer et de décrire :

- la dépense annuelle pour l'Assurance Maladie des patients dialysés
- la dépense moyenne annuelle d'un patient dialysé selon son mode de prise en charge et le type de financement de sa structure de soins.

Le mode de prise en charge du patient se définit selon la technique de dialyse utilisée (dialyse péritonéale et hémodialyse) et du lieu de prise en charge (centre<sup>6</sup>, unités d'autodialyse et domicile du patient).

Les structures de soins prenant en charge les dialysés sont de statuts variés. On distingue les structures ayant un financement sous dotation globale (statut public, privé non lucratif participant au service public et ex-Prix de Journée Préfectoral) et les autres structures privées.

## 1.2 Contexte

### 1.2.1 Contexte tarifaire au moment de l'enquête

#### • Les structures

En 2003, les tarifs de séance alloués aux structures étaient arrêtés par l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) pour chaque établissement de santé et association selon le dispositif applicable à chacun des statuts juridiques et modes de financement.

Il convient de distinguer la dialyse en centre de la dialyse à domicile ou en unités d'autodialyse.

#### *La dialyse en centre*

Dans les établissements de santé publics et privés sous Dotation Globale :

- un tarif de prestation était arrêté annuellement par le directeur de l'ARH permettant de valoriser la séance de dialyse,

---

<sup>6</sup> Y compris les unités de dialyse médicalisées (ex. centre allégé) dont le fonctionnement était expérimental au moment de l'enquête et qui ne pouvaient pas être distinguées des centres d'hémodialyse dans le système de liquidation.

- dans le cas d'une dialyse avec hospitalisation, il était facturé un prix de journée. La facturation des forfaits de séances et celle des prix de journée n'étaient pas cumulables.

Dans les établissements de santé privés hors Dotation Globale :

- la séance de dialyse était remboursée par un forfait de séance, fixé au terme d'un avenant tarifaire au contrat d'objectif et de moyen signé avec l'ARH sur la base d'un contrat-type.

- les forfaits de dialyse pouvaient être revalorisés au cours de l'année civile. A compter de la loi n°99-1140 du 29 décembre 1999, les taux d'évolution moyens des tarifs des prestations afférentes aux activités alternatives à la dialyse en centre étaient fixés dans le cadre de l'accord Objectif Quantifié National (OQN) publié par arrêté ministériel<sup>7</sup>.

### *La dialyse à domicile ou en unités d'autodialyse*

Ce type de dialyse était également régie par des conventions-type qui se sont additionnées, en marge de la convention type de l'hospitalisation privée, à partir de 1977, la dernière relative à l'autodialyse datant de 1983. Le régime des circulaires CNAMTS 1979-1983 avait prévalu jusqu'à ce jour encore dans certaines régions, la plupart des ARH utilisant depuis mai 2002 le contrat-type de l'hospitalisation privée avec quelques allègements pour tenir compte de la particularité des activités de dialyse, dans l'attente d'un véritable contrat-type.

Pour la dialyse à domicile lorsqu'il s'agissait de la technique "hémodialyse" le tarif était facturé par séance tandis que pour la technique "dialyse péritonéale" (simple ou continue) la facturation était hebdomadaire.

Les montants du tarif de prestation et du forfait de séances étaient initialement établis sur la base d'une grille d'évaluation<sup>8</sup>. Peu de régions semblaient encore l'utiliser au moment de l'enquête comme support des revalorisations tarifaires.

#### • **La rémunération des professionnels de santé**

Pour les établissements de santé sous Dotation Globale

La rémunération des professionnels de santé médicaux et para-médicaux était comprise dans le tarif de prestation valorisant la séance de dialyse.

Dans les établissements de santé privés hors Dotation Globale

Le forfait de séance ne couvrait pas la surveillance médicale du néphrologue, facturée à l'acte directement par les néphrologues libéraux dans le cadre de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP).

Toutefois certains établissements privés sans but lucratif employaient des médecins salariés : dans ce cas, la surveillance médicale était financée dans le cadre du forfait de séance.

Pour l'hémodialyse en centre, l'acte de surveillance médicale était cotée K17,5 à la NGAP.

---

<sup>7</sup> Ce dernier déterminait également les variations maximale et minimale des taux d'évolution des tarifs des prestations qui pouvaient être alloués à ces établissements par les ARH au titre de l'accord régional relatif aux règles de modulation des tarifs de prestations des établissements de la région (Art L 162-224 du CSS).

<sup>8</sup> La dernière grille d'évaluation résulte de la circulaire CNAMTS n° 279/1977

Dans le cadre d'une prise en charge à domicile, les cotations utilisées par l'infirmière étaient fixées à la NGAP, soit le plus fréquemment l'AMI 4 pour le changement de la poche de dialysat , 2 AMI 3 pour la pose de la ponction (réalisation de l'accès à la fistule).

- **Les autres prestations**

Les dépenses de transport étaient toujours facturées en sus des tarifs de prestations ou forfait de dialyse.

Dans les établissements hors DG, le forfait de séance ne couvrait pas :

- Les dépenses induites (radiologie, explorations fonctionnelles, actes chirurgicaux, ...)
- Les dépenses de produits sanguins

L'érythropoïétine (EPO<sup>9</sup>), non disponible en officine de ville jusqu'en 2005, faisaient l'objet d'une prise en charge spécifique par le biais d'une majoration du forfait de séance de base.

## 1.2.2 Données disponibles

### Les données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI)

Le PMSI ne permettait pas un suivi exhaustif et précis de l'activité de dialyse :

- L'acte dialyse n'était pas classant au sens du PMSI, la dialyse hors séance pouvait ainsi se retrouver dans le Groupe Homogène de Malades (GHM) 470 des "insuffisances rénales avec dialyse" ou dans n'importe quel autre GHM.  
Les séances étaient prises en compte dans le GHM 680 "Epuration extra-rénale" correspondant aux actes relatifs à l'activité de dialyse ventilés dans la CM (Catégorie Majeure) 24 "séances et séjours de moins de 24 heures".
- Les Résumés de Sortie Anonymes (RSA) qui pouvaient compter un nombre de séances multiples entraînaient des difficultés pour décompter les séances.

### Les bases de liquidation de l'Assurance Maladie

L'ensemble des dépenses remboursées par l'Assurance Maladie était enregistré dans les bases ERASME régionale Version 0. Ces bases conservaient la trace de tous les éléments de tarification et caractéristiques des prestations remboursées par l'Assurance Maladie, que ce soit au titre des prestations hospitalières ou au titre des prestations de ville.

Les dépenses correspondant **aux séances de dialyse** étaient repérables par les codes "**nature de prestations**" :

- SNS (forfait séance de soins<sup>10</sup>)
- FSE (forfait de dialyse<sup>11</sup>)
- FS (frais de soins<sup>12</sup>)

---

<sup>9</sup> L'EPO était commercialisée sous les noms d'EPREX, de Nérécormon et d'Aranesp.

<sup>10</sup> Le code nature de prestation SNS n'a plus été utilisé pour la dialyse à partir de 2003.

<sup>11</sup> Code introduit en 2002 en application de l'arrêté de classification des prestations du 23 août 2003.

<sup>12</sup> Cette facturation correspond à des établissements anciennement à prix de journée préfectoral.

**correspondant aux codes de disciplines médico-tarifaires (DMT) suivants :**

- entraînement à l'hémodialyse à domicile (code 552)
- entraînement à la dialyse péritonéale à domicile (code 553)
- entraînement à la dialyse péritonéale continue (code 554)
- dialyse péritonéale (code 555)
- dialyse péritonéale continue (code 556)
- autodialyse (code 723)
- hémodialyse et hémofiltration pour chroniques adultes (code 797)
- hémodialyse et hémofiltration pour chroniques enfants (code 798)

A noter que les forfaits de séances ou les tarifs de prestations pour chaque établissement étaient répertoriés en fonction des DMT et des modes de traitement dans la BREX<sup>13</sup>.

**Pour les médecins et para-médicaux d'exercice libéral**, la tarification reposait au moment de l'enquête sur la NGAP en l'attente de la mise en œuvre complète de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM). Ces actes et prescriptions étaient identifiés dans le système de liquidation de l'assurance maladie à partir des cotations suivantes :

- Les consultations (C), les consultations de spécialistes (CS)<sup>14</sup>
- Les honoraires de surveillance facturés en K
- Les actes de biologie (B) et les actes de biologie pathologie (BP),
- La pharmacie prise en charge à 100% (PH1), à 65% (PH7) et à 35% (PH4)
- Les transports en ambulances (ABA), en véhicules sanitaires légers (VSL) , en taxis (TXI), en voitures particulières (VP) ...
- Les actes infirmiers (AMI et AIS), les actes de kinésithérapie (AMK et AMC) ...

Seuls les médicaments délivrés en officine de ville faisaient l'objet d'un codage qui permettait de les repérer dans la base ERASME régionale. Les délivrances d'EPO n'étaient ainsi pas identifiables dans le système d'information.

Les patients dialysés faisaient l'objet d'une exonération du ticket modérateur dans le cadre d'une Affection de Longue Durée (ALD 19 = Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif). Les données de liquidation permettaient d'identifier les prestations exonérées du ticket modérateur au titre d'une ALD mais non le motif d'exonération interdisant d'isoler les prestations bénéficiant d'une exonération au titre de la dialyse.

*Suite à la mise en place de la Tarification A l'Activité (TAA) et de la CCAM en 2005 le contexte réglementaire et les données disponibles ont évolué après le lancement de l'enquête.*

*En outre, La CNAMTS, via sa Mission de Recherche et d'Etudes Internationales Comparées a pu, à l'occasion de cette étude, élargir son investigation à la recherche d'informations concernant la rémunération des traitements de dialyse à l'étranger.*

---

<sup>13</sup> BREX ou Base Régionale des Etablissements sous UNIX est le système d'information de l'Assurance Maladie du Régime Général qui recense de façon exhaustive, pour chaque région, les établissements relevant de la loi hospitalière et de la loi sur les institutions sociales et médico-sociales. Les informations relatives à chaque établissement comportent l'identification, l'équipement et la tarification.

<sup>14</sup> A noter que les consultations externes qui seraient effectuées dans des établissements sous DG ne sont pas identifiables en tant que telles.



*Ces points seront abordés dans la partie "discussion" de ce rapport.*

## 2 METHODE

Compte tenu des difficultés posées par le PMSI pour l'étude de la dialyse, une enquête basée sur les données de liquidation de l'Assurance Maladie a été retenue.

D'autres études sur les dépenses des dialysés avaient déjà été réalisées (cf bibliographie) à partir d'Erasmus Régionale Version O mais elles concernaient peu de patients sur des zones géographiques ou entités juridiques limitées.

### 2.1 Champ de l'enquête

L'enquête visait à étudier :

- les remboursements des soins (actes professionnels, prestations sanitaires<sup>15</sup> et hospitalisation) du régime général reçus entre le 1<sup>er</sup> juin 2002 et le 31 mai 2003<sup>16</sup>
- pour tous les patients traités par dialyse la semaine du 2 au 8 juin 2003 résidant en France et dont le lieu de prise en charge habituel était en France.

Les dépenses dont les prestations ne relevaient pas des soins et les prestations en espèce, soit les versements des capitaux décès, les pensions d'invalidité, les rentes accidents du travail, ainsi que les indemnités journalières ne font pas partie du champ de l'enquête.

### 2.2 Mode d'enquête

Tous les patients recensés dans le volet "patient" (totalité des patients dialysés la semaine du 2 au 8 juin 2003) ont constitué des dossiers éligibles à l'étude des dépenses.

Une requête d'extraction des dépenses dans ERASME Version O régionale a été développée par l'ELSM de Toulouse et testée en région Midi-Pyrénées et en région Alsace.

Cette requête contenant l'ensemble des identifiants<sup>17</sup> récoltés dans les fiches patient a été diffusée dans les régions en mars 2003<sup>18</sup>.

Chaque région a ensuite fait remonter un fichier anonymisé enrichi des données de liquidation.

### 2.3 Validation des données

La requête concernait les dépenses de tous les dialysés enquêtés par le volet patient (30 696 patients).

Les dépenses de 5 544 patients (18% des 30 696 patients éligibles) se sont révélées **hors champ de l'enquête** car ces patients n'appartenaient pas au régime général.

**Sur les dépenses de 25 152 patients appartenant au champ de l'enquête :**

---

<sup>15</sup> Pharmacie, transport, forfait thermal, forfait optique ...

<sup>16</sup> Il s'agit des dates de soins et non de remboursements

<sup>17</sup> Numéro d'Inscription au Répertoire National d'identification des personnes physiques (NIR) et identifiant constitué à partir de la date de naissance et du sexe.

<sup>18</sup> Une recherche à partir de chaque NIR de la base "patient" nationale a été effectuée dans chaque région afin de récupérer les dépenses des patients ayant éventuellement changé de domicile au cours de la période d'étude.

Les dépenses de 3 267 patients n'ont pas été remontées<sup>19</sup> des bases de liquidation (13% du champ).

Les dépenses de 1 389 patients ont été jugées inexploitables (5% du champ) :

- 1 163 patients ne possédaient pas de dépenses hospitalières sur les disciplines de prestations dialyses
- 226 patients ne possédaient aucune dépense hospitalière.

Ainsi, les dépenses de **20 496 patients (82% du champ Régime Général)** ont été remontées et ont été jugées exploitables.

**Par la suite, l'analyse des dépenses moyennes annuelles** devait concerner les dépenses de patients ayant été traités pendant les 12 mois d'étude, n'ayant pas changé de mode de traitement et n'étant pas passé d'un établissement sous Dotation Globale à un établissement hors Dotation Globale durant l'année (et vice versa).

Les dépenses de 7 880 patients correspondaient à ce critère.

Les dépenses de 157 patients ont été écartées de l'analyse et celles de **7 723 patients ont donc été étudiées** .

## 2.4 Traitement des données

### 2.4.1 Détermination du mode de prise en charge

Dans les bases de liquidation de l'Assurance Maladie étaient associés à chaque séance de dialyse un code de Discipline Médico-Tarifaire (DMT) et un code appelé "Mode de Traitement" (MDT).

Le croisement de ces deux codes permettait de déterminer à quel mode de prise en charge correspondait la séance de dialyse (cf. tableau 1) :

Pour l'hémodialyse

- Entraînement à l'hémodialyse à domicile ("Ent HDD")
- Autodialyse
- Hémodialyse en centre ("HD centre")
- Hémodialyse à domicile ("HDD")

Pour la dialyse péritonéale

- Dialyse péritonéale à domicile ("DP domicile")
- Dialyse péritonéale continue à domicile ("DPC domicile")
- Entraînement à la dialyse péritonéale ("Ent DP")
- Entraînement à la dialyse péritonéale continue ("Ent DPC")
- Dialyse péritonéale en centre ("DP centre")

A noter que les termes "dialyse péritonéale" et "dialyse péritonéale continue" ne correspondaient pas à une technique de prise en charge particulière telle aujourd'hui la dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA) et la dialyse péritonéale automatisée (DPA).

Les bases de liquidation ne permettaient pas de déterminer à partir de ces codes de disciplines médico-tarifaires s'il s'agit de la technique DPCA ou DPA.

---

<sup>19</sup> Erreur dans la saisie du NIR et date de naissance, patients appartenant aux sections locales mutualistes, mise à jour du Répertoire national inter-régimes de l'assurance maladie ayant entraîné des modifications d'identifiant des bénéficiaires ...

**Tableau I. Détermination des modes de prise en charge selon la discipline médico-tarifaire et le mode de traitement**

Mode de prise en charge	dmt	Discipline de prestation	mdt	Mode de traitement
"Ent HDD"	552	entraînement à l'hémodialyse à domicile	19	Ambulatoire
"Ent DP"	553	entraînement à la dialyse péritonéale à domicile	19	Ambulatoire
"Ent DPC"	554	entraînement à la dialyse péritonéale continue	19	Ambulatoire
			3	Hosp. complète
"DP domicile"	555	dialyse péritonéale	6	A domicile
"DPC domicile"	556	dialyse péritonéale continue	6	A domicile
			3	Hosp. complète
			4	<i>Hosp. De jour</i>
			5	<i>Hosp. De nuit</i>
			20	<i>Hosp. De semaine</i>
"DP centre"	555	dialyse péritonéale	19	Ambulatoire
			3	Hosp.complète
"Autodialyse"	723	autodialyse	19	Ambulatoire
			4	Hosp. De jour
"HD centre"	797	hémodialyse et hémofiltration pour chroniques adultes	3	Hosp. complète
			19	Ambulatoire
			4	<i>Hosp. De jour</i>
"HDD"	798	hémodialyse et hémofiltration pour chroniques enfants	19	Ambulatoire
			3	Hosp. complète
"HDD"	797	hémodialyse et hémofiltration pour chroniques adultes	6	A domicile

*NB : Les combinaisons dmt/mdt en italiques correspondent à des règles de facturation non autorisées mais retrouvées dans les données de liquidation remontées.*

Source : CNAMTS-DHOS/ Enquête SROS insuffisance rénale chronique/ volet "dépenses"/ octobre 2005

## 2.4.2 Regroupement des postes de dépenses

Le regroupement des postes de dépenses effectué correspond au découpage par enveloppe de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM<sup>20</sup>).

### *Les prestations hospitalières*

Ces dépenses ont été réparties :

- selon le secteur de financement : produits de liquidation pour le secteur hors Dotation Globale (DG) ou prix de journée (tarif de prestations servant au calcul du ticket modérateur) pour le secteur sous DG.

- selon les disciplines médico-tarifaires (DMT) :

<sup>20</sup> L'ONDAM instauré par la loi du 22 juillet 1996 permet un suivi des dépenses d'assurance maladie principalement sur les postes :

- "soins de ville"
- "établissements sanitaires", pour lesquels on distingue trois enveloppes principales (établissements sanitaires publics et privés sous dotation globale / établissements médico-sociaux / cliniques privées (hors consommations intermédiaires et hors DOM)

- prestations liquidées sous des DMT de dialyse (il s'agit essentiellement des séances de dialyse mais quelques autres prestations ont été retrouvées notamment les forfaits de prestations PMSI pour les établissements hors DG).
- prestations liquidées sous des DMT autres que celle de la dialyse

### ***Les prestations "soins de ville"***

Les prestations couvertes par l'enveloppe « soins de ville » ont été regroupées en plusieurs postes :

- Honoraires médicaux
  - Consultations et visites (C,CS,V,EXS....)
  - Actes techniques et diagnostics (K, KE,...)
  - Actes de chirurgie (KC, KCC ...)
  - Actes en Z (Z, ZN, PRA ...)
  - Frais de déplacements des praticiens
- Honoraires d'auxiliaires médicaux en distinguant les actes infirmiers (AMI, AIS, SFI...)
- Autres prescriptions
  - Biologie (B, KB, PB ...)
  - Pharmacie (PH1,PH7, PH4....)
  - Liste des Produits et des Prestations (LPP)
  - Frais de transport (SMU, ABA, VSL, TXI, VP, ATP ...)
  - Produits d'origine humaine (SNG, TSG)
  - Divers (Honoraires dentaires, Autres honoraires du secteur privé, Cures thermales ...)

Le détail exhaustif des prestations de soins de ville par regroupement se trouve en annexe 1.

Des prestations réalisées dans des établissements médico-sociaux ont été retrouvées dans les dépenses des 20 496 patients et ont été distinguées des autres dépenses<sup>21</sup>.

Les forfaits d'IRM, de scanographie et les prestations relatives à l'IVG<sup>22</sup>, dépenses exclues de l'Objectif National Quantifié (ONQ) ont été également regroupés dans un poste distinct<sup>23</sup>.

### **2.4.3 Rapprochement des données du volet "patients"**

La base nationale "dépenses" a été enrichie de données individuelles issues de l'exploitation du volet "patient", les items concernés étaient :

- la région habituelle de prise en charge
- le sexe
- l'âge
- la modalité et méthode de dialyse avec précision si assistance d'une infirmière ou non
- la distance du lieu de la prise en charge au domicile du patient en kilomètres
- le niveau d'état de santé : il a été défini en fonction de la gravité médicale (faible, moyenne, élevée) et du handicap (nul ou léger, moyen, sévère) du patient. La gravité médicale est déterminée à partir des comorbidités et de l'âge du patient (voir en annexe 2 les critères de regroupement utilisés).

<sup>21</sup> Il n'en est pas fait mention dans la partie 3.2 du document car aucune prestation réalisée dans des établissements médico-sociaux n'a été retrouvée pour les 7 723 patients étudiés.

<sup>22</sup> Interruption Volontaire de Grossesse

<sup>23</sup> Il n'en est pas fait mention dans la partie 3.2 du document car aucune de ces prestations n'a été retrouvée pour les 7 723 patients étudiés

## 2.5 Présentation des résultats

Le chapitre 3 "RESULTATS" se compose en trois parties distinctes :

- Les dépenses des patients dialysés du Régime Général sur un an

Il s'agit de la présentation des dépenses agrégées des 20 496 patients dialysés ventilées par grands postes de dépenses.

- Les dépenses annuelles par patient selon leur profil

Il s'agit de l'analyse des dépenses des 7 723 patients ayant été dialysés sous le même mode de prise en charge pendant toute l'année d'étude et n'étant pas passé d'un établissement de prise en charge sous DG à un établissement hors DG (et vice-versa).

Ces patients ont été répartis selon leur mode de prise en charge tel défini supra et le type de financement de l'établissement (DG et hors DG) . 7 groupes ont été constitués.

Les méthodes d'appréciation des dépenses hospitalières entre les établissements sous dotation globale et hors dotation globale interdisent toute comparaison entre les deux secteurs.

- Les principaux postes de dépenses des patients dialysés

Il s'agit d'une présentation plus détaillée des dépenses sur les principaux postes de dépenses : les séances, le transport, les actes techniques et diagnostics, la pharmacie, la biologie, les consultations et les visites et les honoraires des auxiliaires médicaux.

Les tableaux présentant les données de distribution des dépenses contiennent :

- la moyenne (elle est calculée sur l'ensemble des patients du profil concernés qu'ils aient eu ou non des dépenses sur le poste)
- le coefficient de variation (écart-type/moyenne\*100)
- les quartiles : Q1, médiane, Q3
- le maximum
- le pourcentage de patients n'ayant pas eu de dépenses sur ce poste

ainsi que le minimum et les centiles C5 et C95 pour certains tableaux.

## 3 RESULTATS

### 3.1 Dépenses des patients dialysés du Régime Général

Les dépenses de 20 496 patients dialysés ont été remontées des bases de liquidation du Régime Général et agrégées afin d'étudier la dépense globale.

Il s'agissait des dépenses dont les dates de soins étaient comprises entre le 1<sup>er</sup> juin 2002 et le 31 mai 2003.

Ces 20 496 patients représentaient 81,5% des patients dialysés la semaine du 2 au 8 juin 2003 appartenant au Régime Général (25 152 patients)<sup>24</sup>.

#### 3.1.1 Caractéristiques des 20 496 patients dialysés du Régime Général

Les informations sur la durée de traitement et sur le changement de mode de prise en charge provenaient de l'exploitation des données de liquidation.

Les informations sur les comorbidités, l'âge et le sexe du patient étaient issues du volet "patient".

##### *Durée de traitement*

91,6% des patients ont été dialysés sans interruption pendant l'année, les autres patients ont été dialysés de 1 à 11 mois<sup>25</sup>.

##### *Changement de mode de prise en charge*

Quelque soit la durée de traitement :

- 66,7% des patients ont eu un seul mode de prise en charge pendant l'année,
- 27,7% ont changé une fois de mode de prise en charge, 5,1% trois fois et 0,5% plus de trois fois.

##### *L'âge et le sexe*

56,7% des patients étaient des hommes.

La moyenne d'âge des hommes était de 61 ans et celle des femmes de 63 ans :

- 48,0% des patients avaient de 60 à 79 ans
- 29,0% avaient de 40 à 59 ans
- 12,2% avaient 80 ans et plus
- 10,2% avaient de 20 à 39 ans
- 0,6% avaient moins de 20 ans.

##### *Gravité médicale et handicap*

- 23,6% des patients avaient une gravité médicale jugée élevée et un handicap sévère
- 18,7% des patients avaient une gravité médicale jugée faible et un handicap nul ou léger.

Entre ces deux états médicaux extrêmes, 3/5 avaient un handicap nul ou léger et une gravité médicale de moyenne à élevée.

---

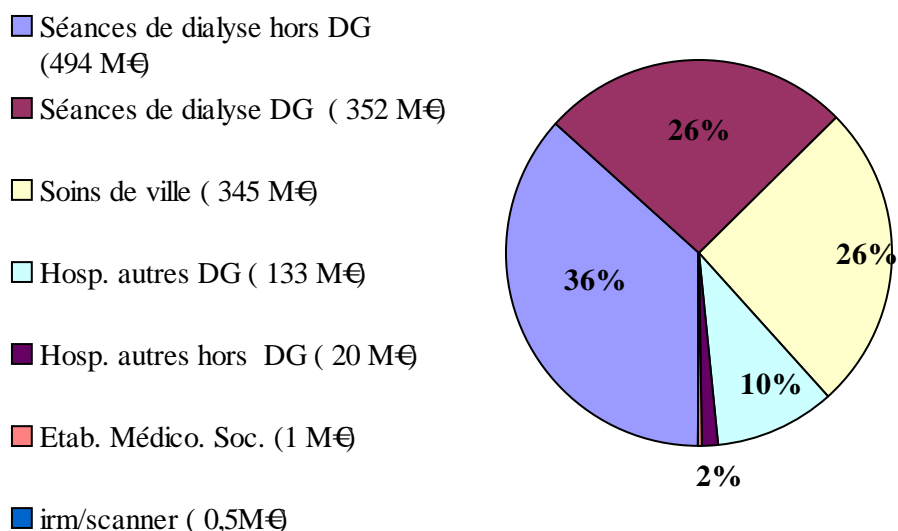
<sup>24</sup> Les caractéristiques des 4 656 patients manquants sont présentées en annexe.

<sup>25</sup> 11,5% (198) avaient 1 à 4 mois de traitement, 10,4% (180) avaient 5 à 6 mois, 13,9% (239) avaient 7 à 8 mois, 26,4% (455) avaient 9 à 10 mois, 37,7% (648) avaient 11 mois de traitement.

### 3.1.2 Dépenses par grandes catégories de prestations des 20 496 patients dialysés

La dépense totale des 20 496 patients dialysés étudiés s'élevait à environ 1,3 milliards d'euros (Md €).

Figure 1. Répartition de la dépense totale de 20 496 patients dialysés du Régime Général



Source : CNAMTS-DHOS/ Enquête SROS insuffisance rénale chronique/ volet "dépenses"/ octobre 2005

Les séances de dialyse représentaient 63% de la dépense totale soit 847 millions € (M €).

- 3/5 de cette dépense provenait des établissements hors DG :

51% de ces dépenses correspondaient à des séances d'hémodialyse en centre, 36% à des séances d'autodialyse, 7% à des séances de DP/DPC à domicile, 4% à des dépenses d'entraînement et 2% des séances d'HDD.

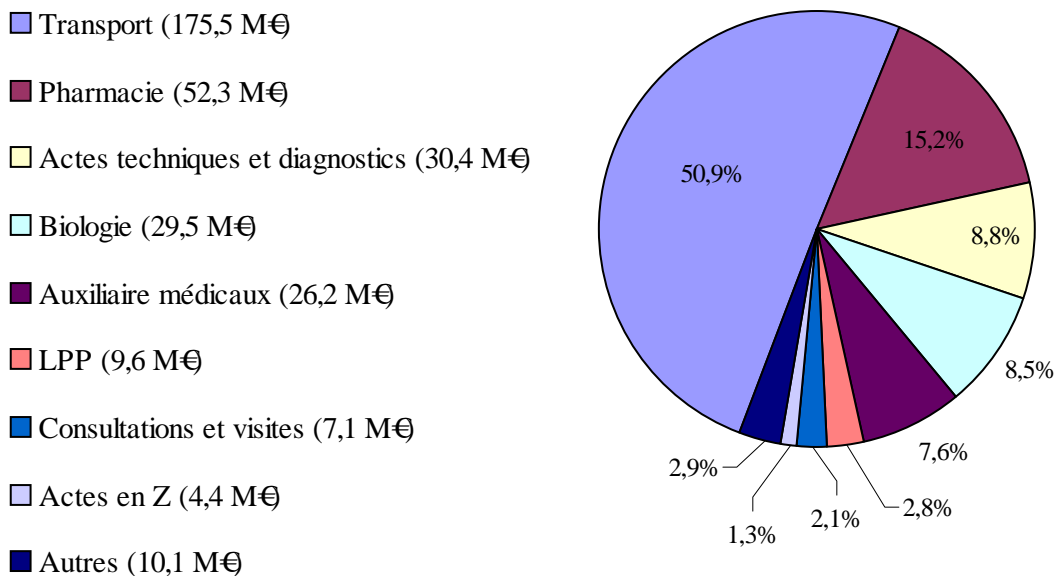
- 2/5 de cette dépense provenait des établissements sous DG :

90% de ces dépenses correspondaient à des séances d'hémodialyse en centre, 7% à des séances de DP/DPC en centre, 1% à des dépenses d'entraînement, 1% à des séances en pédiatrie et 1% à d'autres modes de prise en charge.

Les dépenses de "soins de ville" s'élevaient à 345 M € et représentaient 26% de l'ensemble des dépenses.

Le poste de prestation de soins de ville le plus élevé était le transport avec 175,5 M€ ce qui correspond à 51% des dépenses "soins de ville" et à 13% de l'ensemble des dépenses.

**Figure 2. Répartition de la dépense "soins de ville" des 20 496 patients dialysés du Régime Général**

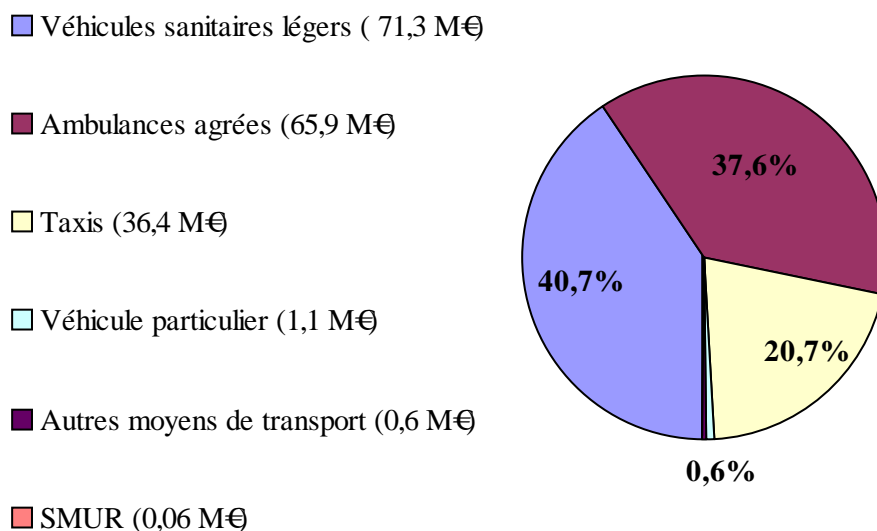


Note : Le poste "autres" est composé des actes de chirurgie (4 M€), des frais de déplacement des praticiens (1 M€), des produits d'origine humaine (1,6M€) et du regroupement "divers" (3,5M€).

Source : CNAMTS-DHOS/ Enquête SROS insuffisance rénale chronique/ volet "dépenses"/ octobre 2005

**Ainsi, les dépenses de séances de dialyse et celles de transport représentent 76% de l'ensemble des dépenses des 20 496 patients dialysés.**

**Figure 3. Répartition de la dépense "transport" des 20 496 patients dialysés du Régime Général**



Source : CNAMTS-DHOS/ Enquête SROS insuffisance rénale chronique/ volet "dépenses"/ octobre 2005

78% des dépenses de transport correspondaient soit à des dépenses de véhicules sanitaires légers (40%) soit de dépenses d'ambulances (38%).



## 3.2 Dépenses annuelles par patient selon le profil (mode de prise en charge et financement DG/hors DG)

Les patients dialysés sous la même modalité de prise en charge pendant toute l'année d'étude devaient être sélectionnés pour calculer des dépenses annuelles. La prise en charge en dialyse de ces patients pour une même modalité devait également s'effectuer au cours de l'année dans un ou plusieurs établissements de santé ayant le même mode de financement<sup>26</sup>.

Les dépenses moyennes annuelles de **7 723 patients** ont été sélectionnées et 7 profils de patients, combinant le mode de prise en charge et le type de financement, ont été ainsi constitués :

### - 3 profils de patients hémodialysés en structure

1 544 étaient en "centre sous DG"  
3 538 en "centre hors DG"  
et 2 047 en "autodialyse hors DG"

### - 3 profils de patients dialysés à domicile et pris en charge par des établissements hors DG

346 en Dialyse Péritonéale Continue ("DPC")  
121 en Dialyse Péritonéale ("DP")  
et 64 en hémodialyse ("HDD")

- **1 profil de patients identifiés comme ayant été dialysés toute l'année en "DP en centre DG"**. Ce profil était constitué de 63 patients.

## 3.2.1 Caractéristiques des patients étudiés

### • sexe et âge

Les hommes et les femmes se retrouvaient approximativement dans les mêmes proportions pour les profils de patients en "centre sous DG", en "centre hors DG" et en "DP centre".

La population masculine était plus représentée pour les profils de patient en "HDD", "autodialyse", "DP" avec respectivement un pourcentage d'hommes de 82,8%, 60,3%, 57,0%.

La population féminine représentait 56,6% des patients du profil "DPC".

La moyenne d'âge variait de 66 à 67 ans pour les patients en "centre sous DG", en "centre hors DG" et en "DP centre".

Elle était de 69 ans pour les patients de profil "DPC" et de 56 ans pour les patients de profil "autodialyse" et "DP".

Les patients du profil "HDD" avaient eux en moyenne 50 ans.

### • gravité médicale et handicap

Plus de la moitié des patients en "centre sous DG", en "centre hors DG" et en "DPC" avaient une gravité médicale élevée (respectivement 68,5%, 65,9% et 58,1%).

Tandis que moins de 40% des patients en "HDD", en "autodialyse" et en "DP" avaient une gravité médicale élevée (respectivement 28,1%, 35,1% et 38,8%).

Plus de 65% des patients en "HDD", en "autodialyse" et en "DP" avaient un handicap nul ou léger (respectivement 79,7%, 74,1% et 69,4%).

---

<sup>26</sup> Compte tenu des différences de fixation de tarif pour les établissements en DG et ceux hors DG, les dépenses de séances pour un patient devaient être de même financement afin d'être comparables à celle d'un autre patient.

Tandis que moins de 40% des patients en "DPC", "centre hors DG" et en "centre sous DG" avaient un handicap nul ou léger (respectivement 39,6%, 38,0% et 28,2%).

## 3.2.2 Dépenses annuelles totale par patient

### 3.2.2.1 Distribution des dépenses annuelles par patient

La dépense totale variait de 24 373 € pour un patient du profil "DPC à domicile" à 269 786 € pour un patient du profil "HD centre sous DG".

Les coefficients de variation, de l'ordre de 30%, étaient plus importants pour les patients en "centre sous DG" et en "DPC dom" (20% pour les autres profils).

**Tableau II. Distribution des dépenses totales en euros par profil**

Profil de patients		Distribution des dépenses totales en euros								
Fi.	prise en charge	moyenne	Coef V	Min	C5	Q1	Mediane	Q3	C95	Max
DG	centre (n = 1544)	111 106	33	43 081	66 581	84 420	101 953	131 462	183 348	269 786
	centre (n = 3538)	75 125	23	25 803	54 394	63 790	71 018	83 412	108 510	173 970
	Autodialyse (n = 2047)	49 133	21	18 353	38 296	43 550	47 301	52 034	67 338	162 717
Hors DG	HDD (n=64)	42 004	24	25 784	28 591	36 883	39 723	45 647	61 371	78 749
	DPC dom (n=346)	46 298	30	24 373	29 410	34 057	43 346	55 781	74 011	85 955
	DP dom (n=121)	46 404	20	31 022	35 052	39 898	44 460	52 154	64 814	76 886
DG	DP centre (n=63)	96 584	23	61 252	70 527	83 669	93 187	104 455	148 177	182 269

Source : CNAMTS-DHOS/ Enquête SROS insuffisance rénale chronique/ volet "dépenses"/ octobre 2005

### *Les dialysés en structure*

En "centre sous DG", la moyenne était de 111 106 €. Les dépenses variaient de 43 081 € à 269 786 € avec un coefficient de variation de 33%.

50% des patients ont eu une dépense totale comprise entre 84 420 € et 131 462 €

En "centre hors DG", la moyenne était de 75 125 €. Les dépenses variaient de 25 803 € à 173 970 € avec un coefficient de variation de 23%.

50% des patients ont eu une dépense totale comprise entre 63 790 € et 83 412 €

En "autodialyse", la moyenne était de 49 133 €. Les dépenses variaient de 18 353 € à 162 717 € avec un coefficient de variation de 21%.

50% des patients ont eu une dépense totale comprise entre 43 550 € et 52 034 €

### *Les dialysés à domicile*

En "HDD", la moyenne était de 42 004 €. Les dépenses variaient de 25 784 € à 78 749 € avec un coefficient de variation de 24%.

50% des patients ont eu une dépense totale comprise entre 36 883 € et 45 647 €

En "DPC dom", la moyenne était de 46 298 € Les dépenses variaient de 24 373 € à 85 955 € avec un coefficient de variation de 30%.

50% des patients avaient eu une dépense totale comprise entre 34 057 € et 55 781 €

En "DP dom", la moyenne était de 46 404 € Les dépenses variaient de 31 022 à 76 886 € avec un coefficient de variation de 20%.

50% des patients ont eu une dépense totale comprise entre 39 898 € et 52 154 €

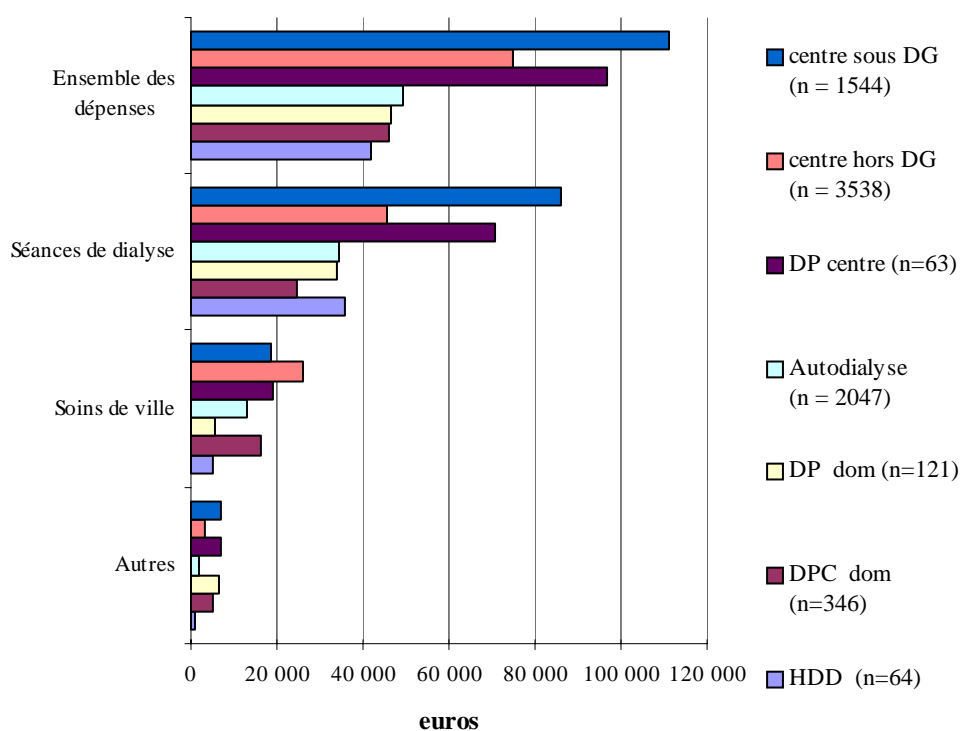
### *Les dialysés en "DP centre"*

En "DP centre sous DG", la moyenne était de 96 584 € Les dépenses variaient de 61 252 € à 182 269 € avec un coefficient de variation de 23%.

50% des patients ont eu une dépense totale comprise entre 83 669 € et 104 455 €

### 3.2.2.2 Dépenses moyennes annuelles par grands postes de dépenses

**Figure 4. Moyennes de dépenses annuelles en euros par poste selon le mode de prise en charge des patients dialysés étudiés**



Source : CNAMTS-DHOS/ Enquête SROS insuffisance rénale chronique/ volet "dépenses"/ octobre 2005

- **Les dépenses moyennes annuelles de séances** représentaient pour chaque type de prise en charge le poste de dépenses le plus élevé (ref chapitre 3.3.1).

Les dépenses moyennes de séances représentaient de 86% de la dépense moyenne globale des patients en HDD à 54% de la dépense moyenne globale des patients en DPC.

- **Les dépenses moyennes annuelles sur le poste "soins de ville"** représentaient en moyenne selon le mode de prise en charge de 12 à 35% de l'ensemble des dépenses.

#### *Les dialysés en structure*

Les patients en "centre hors DG" avaient la dépense annuelle moyenne la plus élevée, 26 199 € et le coefficient de variation le plus faible (52%) par rapport aux autres profils.

50% des patients avaient une dépense comprise entre 16 845 € et 32 604 €

Les actes en K de néphrologues expliquaient le constat précédent. A la différence de l'hémodialyse pratiquée dans un centre relevant du champ DG, la surveillance de la dialyse en centre sous OQN n'était pas comprise dans le forfait de la séance et cette dépense se retrouvait pour les patients en "centre hors dg" dans la catégorie "soins de ville". De plus comme cette dépense était élevée et fixe, cela diminue le coefficient de variation.

Les patients en "centre sous DG" avaient une dépense annuelle moyenne de 18 374 € (Coef V : 69%). 50% des patients avaient entre 9 439 € et 23 949 € de dépenses de soins de ville.

Les patients en "autodialyse" avaient une dépense annuelle moyenne de 13 121 € (Coef V : 57%). 50% des patients avaient entre 8 471 € et 15 825 € de dépenses de soins de ville.

#### *Les dialysés à domicile*

Les patients du profil "DPC" avaient des dépenses annuelles de soins de ville en moyenne 3 fois plus élevées que les autres profils de dialysés à domicile. Les dépenses d'actes de soins infirmiers nécessaires pour la moitié d'entre eux expliquaient cette différence.

Ces patients avaient ainsi en moyenne 16 180 € de dépenses de soins de ville (Coef V : 83) tandis que les patients "HDD hors DG" avaient une moyenne de 5 122 € (Coef V : 88) et les patients en "DP domicile" une moyenne de 5 796 € (Coef V : 89).

#### *Les dialysés en "DP centre"*

Les patients en "DP centre sous DG" avaient une dépense annuelle moyenne de 19 284 € (Coef V : 65%). 50% des patients avaient entre 8 276 € et 26 773 € de dépenses de soins de ville.

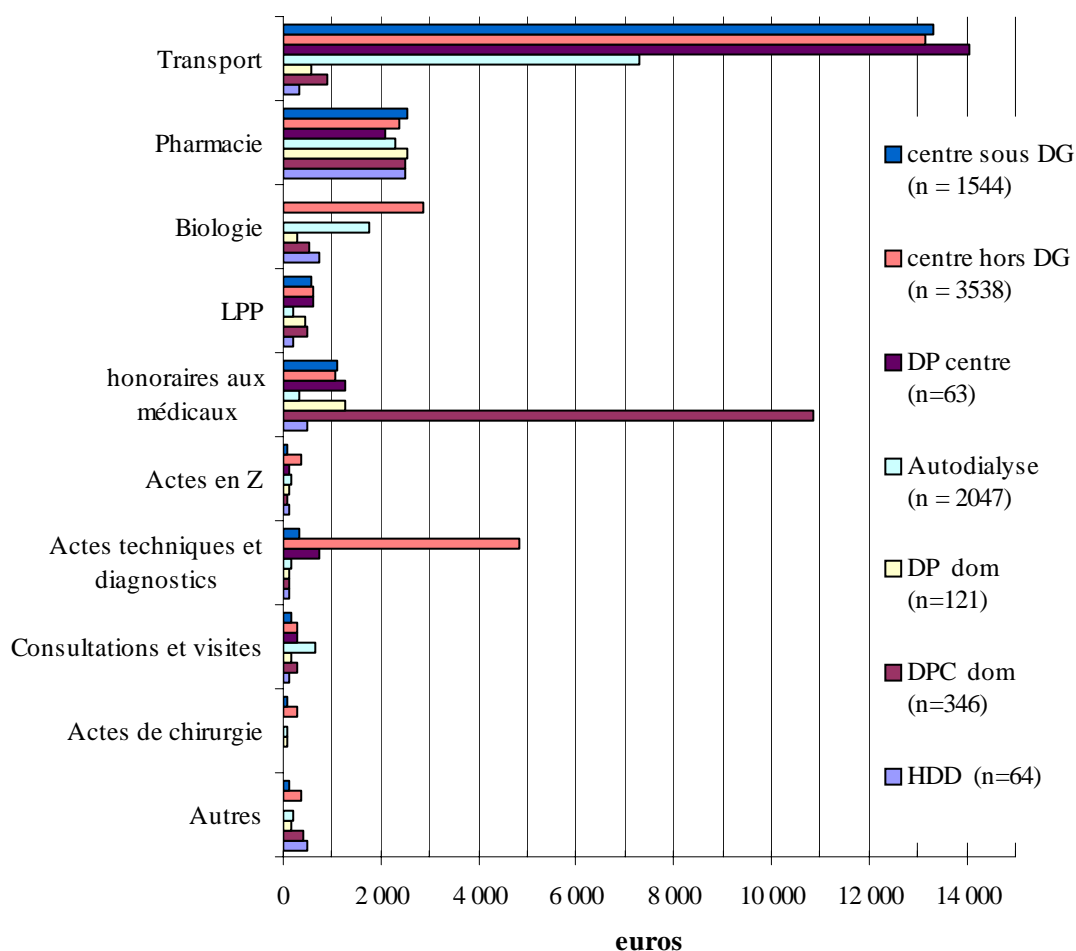
**Tableau III. Distribution des dépenses "soins de ville" en euros par profil**

Profil de patients		Distribution des dépenses annuelles en euros								
Fi.	prise en charge	moyenne	Coef V	Min	C5	Q1	Mediane	Q3	C95	Max
DG	centre (n = 1544)	18 374	69	2	4 966	9 439	15 322	23 949	40 806	121 654
	centre (n = 3538)	26 199	52	95	10 246	16 845	22 447	32 604	53 344	116 387
	Autodialyse (n = 2047)	13 121	57	73	4 745	8 471	11 868	15 825	25 438	112 243
Hors DG	HDD (n=64)	5 122	88	612	1 106	2 262	3 729	6 948	10 186	27 907
	DPC dom (n=346)	16 180	83	601	1 978	4 478	10 040	27 757	39 724	55 690
	DP dom (n=121)	5 796	89	554	1 232	2 631	4 384	6 928	14 804	30 818
DG	DP centre (n=63)	19 284	65	2 865	4 962	8 276	17 248	26 773	43 078	51 416

Source : CNAMTS-DHOS/ Enquête SROS insuffisance rénale chronique/ volet "dépenses"/ octobre 2005

- **La répartition moyenne des dépenses annuelles de "soins de ville"** par grands postes de dépenses étaient différente d'un profil à l'autre.

**Figure 5. Moyennes de dépenses annuelles en euros par poste de dépenses de l'enveloppe "soins de ville" selon le mode de prise en charge des patients dialysés étudiés**



Note : Autres = actes de chirurgie, frais de déplacement des praticiens, produits d'origine humaine et divers.

Source : CNAMTS-DHOS/ Enquête SROS insuffisance rénale chronique/ volet "dépenses"/ octobre 2005

**Le poste "transport"** était en moyenne le poste de dépenses le plus élevé pour les patients dialysés en structure.

La dépense moyenne de transport représentait de 50% à 72% de la dépense moyenne globale pour ces profils (72% pour le "centre sous DG" et la "DP centre", 55% pour l'"autodialyse" et 50% pour le "centre hors DG").

**Le poste "pharmacie"** était en moyenne le poste de dépenses le plus élevé pour les patients en "HDD" et en "DP". La dépense moyenne de "pharmacie" représentait respectivement 49% et 44% de la dépense moyenne globale.

C'était également en moyenne le deuxième poste de dépenses le plus élevé pour les patients en "centre sous DG", en "autodialyse" et en "DPC" (respectivement 14%, 17% et 15%).

**Le poste "honoraires d'auxiliaires médicaux"** (notamment les soins infirmiers) était en moyenne le poste de dépenses le plus élevé pour les patients en "DPC". La dépense moyenne de soins infirmiers représentait 66% de la dépense moyenne globale pour ces patients.

Ce poste était également le deuxième poste de dépenses le plus élevé pour les patients en "DP" (22% de la moyenne globale) et le troisième poste pour les patients en "HDD" (9% de la moyenne globale).

Le poste "actes techniques et diagnostiques" était en moyenne le deuxième poste de dépenses le plus élevé pour les patients en "centre hors DG" (18% de la dépense moyenne globale).

Le poste "biologie" était en moyenne le deuxième poste de dépenses le plus élevé pour les patients en "HDD" et le troisième poste pour les patients en "centre hors DG" et en "autodialyse" (respectivement 15%, 11% et 13% de la dépense moyenne globale).

Les dépenses moyennes du poste "consultations et visites" représentaient de 1% de la dépense moyenne globale en "centre sous DG" à 5% en "Autodialyse".

### 3.3 Principaux postes de dépenses des patients dialysés

#### 3.3.1 Séances

L'analyse des dépenses par séance et établissement a été effectuée à partir des données de remboursements de séances des 20 496 patients dialysés (cf 3.1) tandis que l'analyse des dépenses annuelles par patient selon le profil porte sur les 7 723 patients dialysés sélectionnés (cf 3.2).

##### 3.3.1.1 Dépense par séance et établissement

La base de données issues de la liquidation ne permettait pas d'étudier directement les tarifs de séances.

En observant les prix unitaires associés aux prestations de séances sur la période étudiée et pour un même établissement, on pouvait retrouver en plus des tarifs initiaux correspondant aux deux exercices (2002 et 2003) :

- des revalorisations et régularisations tarifaires
- des prix unitaires correspondant à des pratiques de facturations différentes selon les caisses pour l'Eprex ou l'indemnité de tierce personne.

Pour chaque mode de prise en charge et établissement de santé une dépense par séance a été calculée à partir de la somme des remboursements de séances sur la quantité de séances facturées.

- *Les établissements de santé hors Dotation Globale*

**Figure 6. Distribution des dépenses moyennes de séance par établissement hors dotation globale sur la période mai 2002 - juin 2003**

Mode de prise en charge	nb établis- sements*	Moyenne €	Coef V	Min	Q1	Median	Q3	Max
<b>Dépenses par séances</b>								
Hémodialyse en centre	141	290	9	209	282	294	303	355
Autodialyse	456	220	7	140	212	222	227	311
Hémodialyse à domicile	55	211	11	160	195	212	223	311
Entraînement à l'hémodialyse	61	335	10	224	317	341	357	391
<b>Dépenses hebdomadaires</b>								
Dialyse Péritonéale à domicile**	31	659	14	384	642	687	699	813
Dialyse péritonéale continue à domicile	57	481	10	316	448	487	515	589

NB : Dépenses moyennes = sommes des remboursements de séances sur la quantité de séances facturées) selon le mode de prise en charge calculées à partir des 20 496 patients dialysés de l'enquête \* Nombre d'identifiants géographiques (finess)

\*\* 6 établissements n'ont pas été pris en compte faute de pouvoir déterminer si la tarification était hebdomadaire ou non

Source : CNAMTS-DHOS/ Enquête SROS insuffisance rénale chronique/ volet "dépenses"/ octobre 2005

### ***Hémodialyse en centre***

**France entière**, on retrouvait en moyenne une dépense par séance en centre d'hémodialyse de 290 €  
La moitié des 141 établissements présents dans la base avait une dépense par séance comprise entre 282 et 303 €

**Par région**, la moyenne variait de 250 € en Poitou-Charentes à 311 € en Bourgogne.  
L'étendue des dépenses était la plus élevée en PACA avec 146 € d'écart entre la valeur minimale et maximale pour les établissements concernés, suivi des DOM (129 €) et de Rhône-Alpes (110 €).  
L'étendue des dépenses la plus faible était en Pays de la Loire (6 € pour les 4 établissements de la région).  
En Ile de France, la moyenne était de 288 € avec la moitié des établissements ayant une dépense comprise en 286 € et 297 €

### ***Autodialyse***

**France entière**, on retrouvait en moyenne une dépense par séance d'autodialyse de 220 €  
La moitié des 456 établissements présents dans la base avait une dépense par séance comprise entre 212 et 227 €

**Par région**, la moyenne variait de 205 € en Languedoc-Roussillon à 242 € dans les DOM.  
L'étendue des dépenses était la plus élevée dans les DOM avec 115 € d'écart entre la valeur minimale et maximale, suivi de Rhône-Alpes (111 €) et de la Champagne-Ardenne (102 €).  
L'étendue des dépenses la plus faible était en Franche-Comté (1 € pour les 8 établissements de la région).  
En Ile de France, la moyenne était de 222 € avec la moitié des établissements ayant une dépense comprise en 216 € et 233 €

### ***Hémodialyse à domicile***

**France entière**, on retrouvait en moyenne une dépense par séance de 211 €  
La moitié des 55 établissements présents dans la base avait une dépense par séance comprise entre 195 et 223 €

**Par région**, la moyenne variait de 181 € en Aquitaine et en Centre à 272 € dans les DOM. L'étendue des dépenses était la plus élevée en PACA avec 58 € d'écart entre la valeur minimale et maximale, suivi du Centre (42 €) et de l'Alsace (40 €).  
L'étendue des dépenses la plus faible était en Bretagne (2 € pour les 2 établissements de la région).  
En Ile de France, la moyenne était de 216 € avec la moitié des établissements ayant une dépense comprise en 212 € et 220 €

### ***La dialyse péritonéale (DP) et la dialyse péritonéale continue (DPC)***

**France entière**, on retrouvait en moyenne une dépense hebdomadaire de 659 € en DP.  
La moitié des 31 établissements étudiés avait une dépense hebdomadaire comprise entre 642 € et 699 €

**France entière**, on retrouvait en moyenne une dépense hebdomadaire de 481 € en DPC.  
La moitié des 57 établissements présents dans la base avait une dépense hebdomadaire comprise entre 448 € et 515 €

## *L'entraînement à l'hémodialyse*

**France entière**, on retrouvait en moyenne une dépense par séance d'entraînement à l'hémodialyse de 335 €. La moyenne régionale variait de 291 € en Aquitaine à 371 € en Picardie.

Les dépenses de dialyse péritonéale en centre, d'hémodialyse en pédiatrie et d'entraînement à la dialyse péritonéale (continue ou non) ne concernaient que quelques établissements hors dotation globale et n'ont donc pas été considérées comme exploitables.

- **Les établissements de santé en Dotation Globale**

**Figure 7. Distribution des dépenses moyennes par séance et par établissement sous dotation globale sur la période mai 2002 - juin 2003**

Mode de prise en charge	nb établissements*	Moyenne €	Coef V	Min	Q1	Median	Q3	Max
Hémodialyse en centre	159	568	32	276	444	527	612	1223
Hémodialyse en pédiatrie	15	694	34	313	527	641	830	1170
Entraînement Hémodialyse	10	530	39	302	334	490	697	826
Dialyse Péritonéale en centre	31	514	23	235	427	525	579	878

NB : Dépenses moyennes = sommes des remboursements de séances sur la quantité de séances facturées) selon le mode de prise en charge calculées à partir des 20 496 patients dialysés de l'enquête

\* Nombre d'identifiants géographiques (fitness)

Source : CNAMTS-DHOS/ Enquête SROS insuffisance rénale chronique/ volet "dépenses"/ octobre 2005

## *Hémodialyse en centre*

**France entière**, on retrouvait en moyenne une dépense par séance en centre de 568 €

La moitié des 159 établissements présents dans la base avait une dépense par séance comprise entre 444 et 612 €

**Par région**, la moyenne variait de 439 € en Nord-Pas de Calais à 872 € en Poitou-Charentes avec toutefois de grosses disparités inter-régionales avec des étendues allant jusqu' 870 € (Rhône-Alpes).

## *Hémodialyse en centre pédiatrique*

**France entière**, on retrouvait en moyenne une dépense par séance en centre pédiatrique de 694 €. La moitié des 15 établissements présents dans la base avait une dépense par séance comprise entre 527 € et 830 €

## *Entraînement à l'hémodialyse*

**France entière**, on retrouvait en moyenne une dépense de 530 € par séance d'entraînement à l'hémodialyse. La moitié des 10 établissements présents dans la base avait une dépense par séance comprise entre 334 € et 697 €

## *Dialyse péritonéale en centre*

**France entière**, on retrouvait en moyenne une dépense par séance de 514 €. La moitié des 31 établissements présents dans la base avait une dépense par séance comprise entre 427 € et 579 €

Les dépenses d'autodialyse, de dialyse péritonéale à domicile (continue ou non) et d'entraînement à la dialyse péritonéale (continue ou non) ne concernaient que quelques établissements sous dotation globale et n'ont donc pas été considérées comme exploitables.



### 3.3.1.2 Dépenses annuelles de séances par patient selon le profil

Les prestations hospitalières identifiées sous une discipline de prestation (DMT) de dialyse étaient essentiellement constituées des dépenses de séances de dialyse. On retrouvait des dépenses très faibles liquidées sous des DMT de dialyse notamment des forfaits de prestations PMSI pour les établissements hors DG. Ces dépenses ne s'élevaient pas en moyenne à plus de 50 €

**Tableau IV. Distribution des dépenses annuelles de séances par profil**

Profil de patients		Distribution des dépenses en euros						
Fi.	prise en charge	Moyenne/n	Coef V	Min	Q1	Mediane	Q3	MAX
DG	centre (n = 1544)	85 852	35	25 070	64 747	78 319	99 216	220 945
	centre (n = 3538)	45 485	10	15 564	43 954	46 298	47 711	73 464
	Autodialyse (n = 2047)	34 284	9	11 692	32 957	34 855	35 870	68 093
Hors DG	HDD (n=64)	35 941	18	25 002	31 992	35 938	37 319	56 815
	DPC dom (n=346)	24 831	12	17 135	22 816	24 816	27 519	31 687
	DP dom (n=121)	34 174	13	22 401	31 935	33 942	35 249	50 397
DG	DP centre (n=63)	70 515	18	52 058	63 090	65 219	81 268	106 357

Source : CNAMTS-DHOS/ Enquête SROS insuffisance rénale chronique/ volet "dépenses"/ octobre 2005

Les coefficients de variation étaient relativement faibles (de 9% à 35%) et reflétaient les disparités de tarif d'un établissement à l'autre évoquées précédemment puisque le nombre de séances d'un patient était fixe.

### 3.3.2 Transport

La base de travail issue de la requête sur les données de liquidation ne permettait pas de rapprocher la prestation de transport avec celle de la séance de dialyse.

L'ensemble des dépenses a donc été retenu sachant par ailleurs que compte tenu de la fréquence du recours aux transports pour les patients dialysés en structure (3 aller-retour par semaine) les dépenses de transport pour d'autres événements étaient relativement faibles.

- **Les dépenses de transport par patient**

**Pratiquement tous les patients hémodialysés en structure** ont eu des dépenses de transport.

L'absence de dépenses pour certains patients pouvait s'expliquer par la proximité de la structure de dialyse.

Pour ces "profils" de patients pris en charge en structure, la moyenne des dépenses variait de 7 280 € à 14 051 €

**Les patients pris en charge à domicile** n'avaient pas besoin de se déplacer pour la prise en charge de la dialyse. Les dépenses de transport pour ces patients pouvaient correspondre à des déplacements pour le suivi de la prise en charge en dialyse ou bien pour une toute autre prise en charge. Pour ces "profils" de patients la moyenne des dépenses variait de 333 € à 905 € avec des coefficients de variation plus élevés que pour les patients pris en charge en structure.

**Tableau V. Distribution des dépenses du poste " transport " par profil**

Profil de patients		Distribution des dépenses en euros						% patients avec dépenses =0
Fi.	prise en charge	Moyenne/n	Coef V	Q1	Mediane	Q3	MAX	
DG	centre (n = 1544)	13 310	86	5 120	10 009	18 473	104 051	1
	centre (n = 3538)	13 166	84	5 516	9 108	17 953	100 997	2
	Autodialyse (n = 2047)	7 280	87	3 903	5 837	9 226	105 314	2
Hors DG	HDD (n=64)	333	236	0	26	213	4 298	44
	DPC dom (n=346)	905	149	137	561	1 225	16 101	14
	DP dom (n=121)	573	155	0	188	822	4 863	31
DG	DP centre (n=63)	14 051	78	4 689	10 306	21 081	44 159	2

NB : La moyenne est calculée sur l'ensemble des n patients du profil qu'ils aient eu ou non des dépenses sur le poste.

Source : CNAMTS-DHOS/ Enquête SROS insuffisance rénale chronique/ volet "dépenses"/ octobre 2005

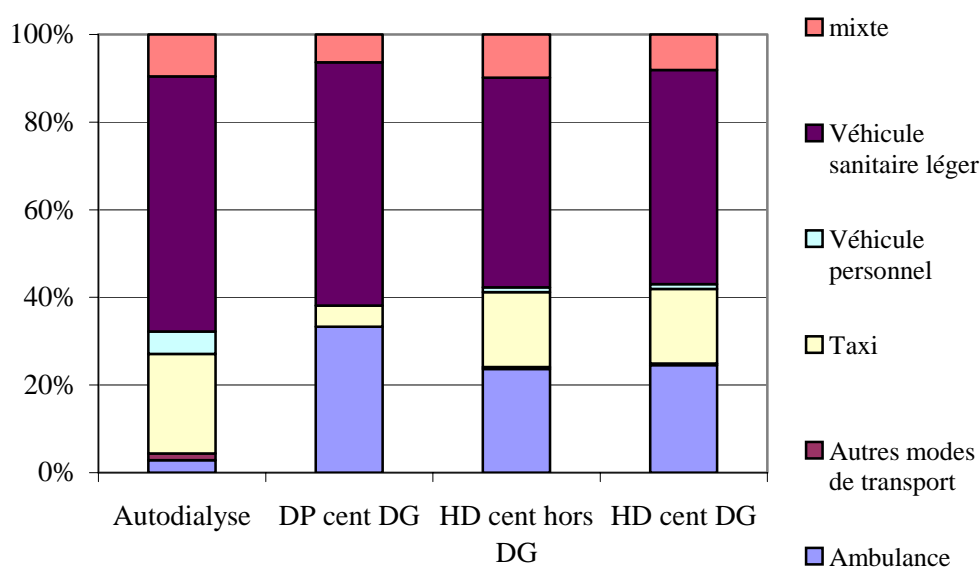
Les dépenses moyennes de transport étaient de même ordre de grandeur pour les patients en "centre sous DG" et "centre hors DG", aux alentours de 13 000 €

En autodialyse, la dépense moyenne était plus faible, 7 280 €

• **Le mode de transport utilisé**

Pour déterminer le mode de transport utilisé pour la prise en charge en dialyse nous avons retenu le mode de transport représentant au moins 70% des dépenses de transports<sup>27</sup>. Nous parlerons par la suite de mode de transport "dominant". Le mode "mixte/nul" était attribué aux patients dont aucun mode de transport n'avait pu être déterminé selon le critère précédent ou pour lesquels la dépense de transport était nulle.

**Figure 8. Répartition des patients par mode de prise en charge selon le mode de transport représentant plus de 70% de leurs dépenses de transport**



Source : CNAMTS-DHOS/ Enquête SROS insuffisance rénale chronique/ volet "dépenses"/ octobre 2005

<sup>27</sup> A la différence du volet "patient" de l'enquête SROS-IRCT dont l'analyse sur le transport se basait sur le mode de transport utilisé pour la dialyse déclaré pour l'ensemble des patients dialysés (régime général et autres).

### ***Mode de transport et prise en charge***

Le véhicule sanitaire léger (VSL) était le mode de transport dominant de 51% des patients tous modes de prise en charge confondus (de 48% des patients en centre hors DG à 58% des patients en autodialyse).

L' ambulance était le mode de transport dominant d'1/4 des patients en hémodialyse en centre (en DG ou non) et de 3% des patients en autodialyse.

Le taxi était le mode de transport dominant de 23% des patients en autodialyse et de 17% des patients en centre (en DG ou non).

Le véhicule personnel et les autres transports étaient le mode de transport dominant de 3% de l'ensemble des patients étudiés.

### ***Mode de transport et niveau d'état de santé***

Le véhicule sanitaire léger était le mode de transport dominant le plus souvent retrouvé quelque soit le niveau d'état de santé sauf pour les patients avec une gravité médicale élevée et un handicap sévère. Pour ces derniers, 43% utilisaient l'ambulance et 36% le VSL.

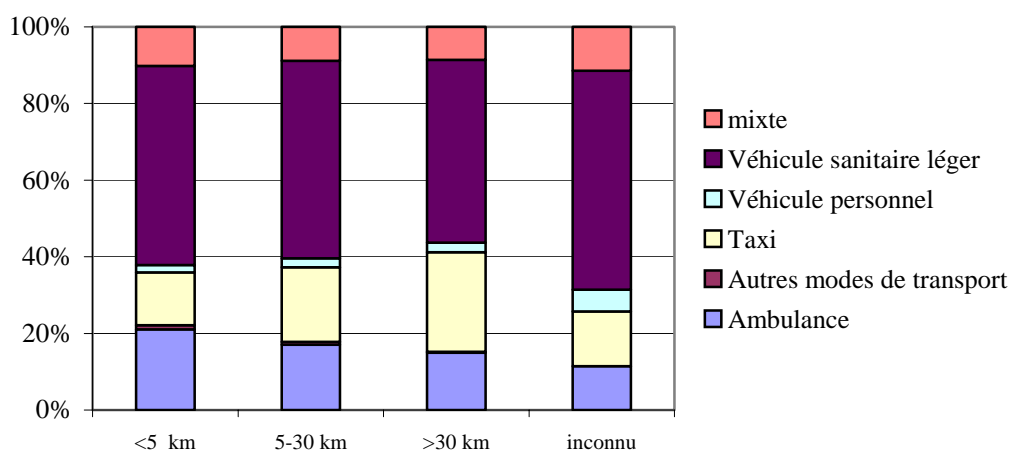
Les patients avec une gravité médicale faible et un handicap léger ou nul étaient 51% à utiliser le VSL, 24% le taxi, 7% leur véhicule, 3% l'ambulance et 2% les autres transports. 12% n'avaient pas de dépenses de transport ou de mode de transport dominant.

### ***Mode de transport et distance***

Le véhicule sanitaire léger était le mode de transport dominant le plus souvent retrouvé quelque soit la distance de la structure de prise en charge au domicile. La distance moyenne était de 19 km.

Le taxi était utilisé par 26% des patients éloignés de plus de 30 km de leur structure de prise en charge. La distance moyenne des patients utilisant le taxi étant de 21 km.

**Figure 9. Répartition des patients par distance de la structure de prise en charge en km selon le mode de transport représentant plus de 70% de leurs dépenses de transport**



Source : CNAMTS-DHOS/ Enquête SROS insuffisance rénale chronique/ volet "dépenses"/ octobre 2005

L'ambulance était utilisée par 21% des patients habitant à moins de 5 km de leur structure de prise en charge. La distance moyenne des patients utilisant l'ambulance était de 15 km.

- **Dépenses selon le mode de transport utilisé et la distance**

Les patients dialysés enquêtés utilisant principalement l'ambulance avaient en moyenne une dépense de transport de 25 671 € tandis que ceux utilisant principalement leur véhicule personnel avaient en moyenne une dépense de transport de 1 863 €

**Tableau VI. Dépenses de transport en € selon le mode de transport représentant plus de 70% des dépenses de transport**

Mode de transport	nb	Moyenne	CV	Min	Q1	Median	Q3	Max
Ambulance	1 296	25 671	51	57	17 586	23 564	31 058	105 314
Taxi	1 333	10 960	72	75	5 413	8 850	14 492	55 553
Véhicule sanitaire léger	3 675	8 031	62	11	4 688	6 541	9 741	51 673
Véhicule personnel	161	1 863	115	80	613	1 203	2 338	17 448
Autres transport	54	1 112	86	44	488	785	1 517	4 929
Mixte	673	7 675	109	0	792	5 964	11 056	59 190

Source : CNAMTS-DHOS/ Enquête SROS insuffisance rénale chronique/ volet "dépenses"/ octobre 2005

Les différences entre les dépenses selon le mode de transport "dominant" s'expliquaient à la fois par le nombre total de kilomètres et par le tarif par kilomètre.

Les informations sur le transport issues des bases de liquidation ne permettaient de les distinguer.

### 3.3.3 Actes techniques et diagnostics pour les patients dialysés en centre hors dotation globale

Les dépenses d'actes techniques et diagnostics (actes en K) des patients en "centre hors DG" étaient très élevées et le coefficient de variation relativement faible par rapport aux autres profils. 50% des patients en "centre hors DG" avaient une dépense comprise entre 5 242 € et 5 747 €

En effet, contrairement au centre sous DG la facturation de la surveillance de la dialyse par un néphrologue en centre hors DG n'était généralement pas compris dans le forfait de séance mais était cotée en K 17,5.

Pour les autres modes de prise en charge hors DG cette surveillance n'était pas obligatoire.

**Tableau VII. Distribution des dépenses en euros du poste "actes techniques et diagnostics" pour les 3 538 patients en centre hors DG.**

	Distribution des dépenses en euros						% patients avec dépenses =0
	Moyenne/n	Coef V	Q1	Mediane	Q3	MAX	
Dépenses "actes techniques et diagnostics"	4 835	41	5 242	5 468	5 747	11 380	2
<i>dont actes K néphrologues</i>	<i>3 940</i>	<i>55</i>	<i>2 587</i>	<i>5 242</i>	<i>5 275</i>	<i>9 165</i>	<i>17</i>

NB : La moyenne est calculée sur l'ensemble des n patients du profil qu'ils aient eu ou non des dépenses sur le poste.

Source : CNAMTS-DHOS/ Enquête SROS insuffisance rénale chronique/ volet "dépenses"/ octobre 2005

Les patients en "centre hors DG" ont ainsi perçu des dépenses d'actes en K de néphrologues pour une dépense moyenne de 3 940 €

83% des patients avaient eu une dépense d'actes en K de néphrologues.

4% des patients n'avaient pas eu de dépense d'actes en K de néphrologues mais avaient eu des dépenses d'actes en K de médecine interne ou générale.

13% des patients n'avaient eu ni de dépense d'actes en K de néphrologues ni de dépenses d'actes en médecine interne ou générale.

### 3.3.4 Pharmacie

Pratiquement tous les patients ont eu des dépenses sur ce poste et les dépenses moyennes de pharmacie étaient proches d'un profil de patient à l'autre, de l'ordre de 2 500 €

**Tableau VIII. Distribution des dépenses en euros du poste " pharmacie " par profil**

Profil de patients		Distribution des dépenses en euros						% patients avec dépenses =0
Fi.	prise en charge	Moyenne/n	Coef V	Q1	Mediane	Q3	MAX	
DG	centre (n = 1544)	2 558	82	1 357	2 260	3 273	27 809	2
	centre (n = 3538)	2 372	77	1 247	2 049	3 103	37 568	1
	Autodialyse (n = 2047)	2 286	64	1 219	2 066	3 067	12 420	1
Hors DG	HDD (n=64)	2 487	128	953	1 790	3 091	24 245	2
	DPC dom (n=346)	2 500	64	1 373	2 189	3 200	9 476	1
	DP dom (n=121)	2 558	80	1 383	2 050	3 322	16 400	0
DG	DP centre (n=63)	2 106	76	1 034	1 788	2 759	7 977	2

NB : La moyenne est calculée sur l'ensemble des n patients du profil qu'ils aient eu ou non des dépenses sur le poste.

Source : CNAMTS-DHOS/ Enquête SROS insuffisance rénale chronique/ volet "dépenses"/ octobre 2005

### 3.3.5 Biologie

Le moyenne de dépenses d'actes de biologie des patients en "centre hors DG" était la plus élevée, 2 854 €, avec un coefficient de variation relativement faible.

Pour les patients en "DG" les actes de biologie étaient compris dans le tarif de prestations d'où des moyennes faibles.

La quasi-totalité des patients en "centre hors DG" avaient perçu des dépenses d'actes en B prescrits par des néphrologues, pour une dépense moyenne sur la période concernée de 2 333 € et plus d'1/4 des patients avaient eu des dépenses d'actes en B prescrits par d'autres spécialistes.

Les patients en "autodialyse" avaient une dépense moyenne de 1 747 €

Plus d'un patient sur deux avait bénéficié d'actes en B prescrits par des généralistes et 1/4 par des néphrologues. La dépense moyenne d'actes en B prescrits par des généralistes était de 975 € et ceux prescrits par des néphrologues de 634 €

**Tableau IX. Distribution des dépenses du poste " biologie " par profil**

Profil de patients		Distribution des dépenses en euros						% patients avec dépenses =0
Fi.	prise en charge	Moyenne/n	Coef V	Q1	Mediane	Q3	MAX	
DG	centre (n = 1544)	28	272	0	0	21	1 169	66
	centre (n = 3538)	2 854	47	2 070	2 737	3 568	11 499	2
	Autodialyse (n = 2047)	1 747	58	1 157	1 762	2 276	6 508	6
Hors DG	HDD (n=64)	730	95	187	784	970	4 042	11
	DPC dom (n=346)	515	119	24	215	915	4 814	18
	DP dom (n=121)	282	135	9	127	396	2 012	24
DG	DP centre (n=63)	31	300	0	0	21	581	70

NB : La moyenne est calculée sur l'ensemble des n patients du profil qu'ils aient eu ou non des dépenses sur le poste.

Source : CNAMTS-DHOS/ Enquête SROS insuffisance rénale chronique/ volet "dépenses"/ octobre 2005

La quasi-totalité des patients à domicile ("HDD", "DPC domicile" et "DP domicile") n'avait perçu aucune dépense d'actes en B prescrits par un néphrologue.

En revanche, 3/4 des patients en "HDD" et "DP domicile" et la moitié des patients en "DPC dom" avaient eu des dépenses d'actes en B prescrits par le médecin généraliste avec en moyenne respectivement 567 €, 180 € et 344 €

### 3.3.6 Consultations et visites

Le coefficient de variation des dépenses de consultations et visites des patients était élevé pour tous les profils.

Selon les profils, 5 à 21 % des patients n'ont eu aucune dépense sur ce poste et la dépense la plus élevée était de 4 849 €

L'analyse des dépenses de consultations et visites en fonction des groupes de comorbidités des patients ne permet pas de faire diminuer ce coefficient de variation.

La dépense moyenne de consultations et visites était de 173 € pour les patients en "centre sous DG" et de 286 € pour les patients en "centre hors DG".

En distinguant les spécialités médicales, la dépense moyenne la plus élevée concernait les omnipraticiens avec respectivement une moyenne de 134 € et 124 €. Celle des consultations ou visites d'un néphrologue était nulle en "centre DG" et s'élevait à 34 € en "centre hors DG". Pour les autres spécialités, elle était respectivement de 39 € et 128 €

**Tableau X. Distribution des dépenses en euros du poste "consultations et visites" par profil**

Profil de patients		Prestations	Distribution des dépenses en euros					% patients avec dépenses =0	
Fi.	prise en charge		Moyenne/n	Coef V	Q1	Mediane	Q3		MAX
DG	centre (n = 1544)	dépenses	173	164	20	85	255	4 849	20
		dont omni.	134	203	0	39	197	4666	37
		dont néph.	0	2141	0	0	0	252	99
	centre (n = 3538)	dépenses	286	120	64	178	390	4 277	8
		dont omni.	124	185	0	32	159	4187	40
		dont néph.	34	287	0	0	23	1352	70
	Autodialyse (n = 2047)	dépenses	650	158	40	154	642	4 082	12
		dont omni.	94	192	0	24	109	2677	39
		dont néph.	453	210	0	0	206	3690	69
Hors DG	HDD (n=64)	dépenses	140	122	43	87	165	850	12
		dont omni.	87	128	16	55	120	490	33
		dont néph.	8	390	0	0	0	195	91
	DPC dom (n=346)	dépenses	276	112	69	183	398	2 458	7
		dont omni.	216	136	20	119	309	2458	19
		dont néph.	17	425	0	0	0	652	92
	DP dom (n=121)	dépenses	183	116	53	116	258	1 532	5
		dont omni.	109	133	19	62	140	884	17
		dont néph.	12	502	0	0	0	482	94
DG	DP centre (n=63)	dépenses	273	112	28	132	441	1 322	21
		dont omni.	245	122	0	104	417	1322	29
		dont néph.	0		0	0	0	0	100

NB : La moyenne est calculée sur l'ensemble des n patients du profil qu'ils aient eu ou non des dépenses sur le poste.

Source : CNAMTS-DHOS/ Enquête SROS insuffisance rénale chronique/ volet "dépenses"/ octobre 2005

Tandis qu'environ 40% des patients en centre (DG ou hors DG) n'avaient pas de dépenses sur le poste consultation ou visite d'un omnipraticien, 99% des patients en "centre sous DG" et 70% des patients en "centre hors DG" n'en n'avaient pas sur le poste consultation ou visite d'un néphrologue. S'agissant

des consultations ou visites d'autres spécialités, 49% des patients en "centre sous DG" et 19% en "centre hors DG" avaient des dépenses nulles.

Pour les patients en "autodialyse" la dépense annuelle moyenne de consultations et visites était de 650 € Celle concernant les néphrologues s'élevait à 453 € avec pourtant environ 70% des patients qui avaient des dépenses nulles.

La distribution des dépenses de consultations et visites (toutes spécialités confondues) des patients en "DPC" était proche de celle des patients en "centre hors DG" avec une moyenne de 276 € Ces dépenses se répartissaient par contre différemment selon les spécialités avec une moyenne pour les généralistes de 216 € 17 € pour les néphrologues et de 43 € pour les autres spécialités.

Pour les patients en HDD et en DP à domicile la dépense moyenne de consultations et visites était respectivement de 140 € et 183 € Celle concernant le néphrologue était très peu élevée avec respectivement 8 € et 12 € la majorité des patients n'ayant aucune dépense sur ce poste.

### 3.3.7 Honoraires des auxiliaires médicaux

Les dépenses moyennes d'honoraires d'auxiliaires médicaux variaient de 337 € pour les patients en "autodialyse" à 10 853 € pour les patients en "DPC domicile". Les coefficients de variation étaient très importants.

**Tableau XI. Distribution des dépenses en euros du poste "honoraires des auxiliaires médicaux" par profil**

Profil de patients		Prestations*	Distribution des dépenses en euros					% patients avec dépenses =0	
Fi.	prise en charge		Moyenne/n	Coef V	Q1	Mediane	Q3		MAX
DG	centre (n = 1544)	honoraires	1 099	226	0	34	642	16 415	41
		dont IDE	927	251	0	0	6	263	15684
Hors DG	centre (n = 3538)	honoraires	1 073	235	0	21	611	24 768	39
		dont IDE	846	267	0	0	4	157	20151
	Autodialyse (n = 2047)	honoraires	337	430	0	0	20	22 306	63
		dont IDE	273	502	0	0	4	22104	70
	HDD (n=64)	honoraires	476	419	0	0	100	14 447	58
		dont IDE	356	547	0	0	23	14344	63
DPC dom (n=346)	honoraires	10 853	110	125	2 403	23 753	43 466	15	
	dont IDE	10 629	111	52	2145	23325	39076	16	
DP dom (n=121)	honoraires	1 287	297	0	91	852	25 236	30	
	dont IDE	1 199	318	0	0	39	524	25050	35
DG	DP centre (n=63)	honoraires	1 260	201	0	114	1 361	16 057	37
		dont IDE	1 029	239	0	47	611	16057	40

NB : La moyenne est calculée sur l'ensemble des n patients du profil qu'ils aient eu ou non des dépenses sur le poste. \* dont IDE : il s'agit des actes AIS, AMI et IFA

Source : CNAMTS-DHOS/ Enquête SROS insuffisance rénale chronique/ volet "dépenses"/ octobre 2005

Pour les patients en "centre sous DG" et "centre hors DG" environ 40% des patients n'ont pas eu de dépenses sur ce poste et les dépenses moyennes s'élevaient aux alentours de 1 000 € Les patients en "autodialyse" et en "HDD" avaient les dépenses moyennes sur ce poste les plus faibles avec environ 60% des patients qui n'ont pas eu de dépenses sur ce poste.

**Tableau XII. Distribution des dépenses en euros d'actes infirmiers des patients en DPC et DP à domicile selon la nécessité de la présence ou non d'une infirmière.**

Profil de patients		Prestations*	Distribution des dépenses en euros						% patients avec dépenses =0
Fi.	prise en charge		Moyenne/n	Coef V	Q1	Mediane	Q3	MAX	
Hors DG	DPC dom avec infirmière (n=172)	AIS	377	367	0	0	0	9967	87
		AMI	17 252	52	12901	19863	23587	36712	6
		IFA	1 679	50	1314	1902	2261	3965	6
	DPC dom sans infirmière (n=173)	AIS	82	806	0	0	0	6464	98
		AMI	1 760	289	0	52	1226	33266	30
		IFA	220	227	0	26	190	3413	35
	DP dom avec infirmière (n=11)	AIS	0		0	0	0	0	100
		AMI	6 843	132	4	2214	17787	22466	9
		IFA	727	129	8	305	1704	2583	18
	DP dom sans infirmière (n=110)	AIS	0		0	0	0	0	100
		AMI	493	290	0	25	316	13074	39
		IFA	69	197	0	3	101	984	49

NB : La moyenne est calculée sur l'ensemble des n patients du profil qu'ils aient eu ou non des dépenses sur le poste.

Source : CNAMTS-DHOS/ Enquête SROS insuffisance rénale chronique/ volet "dépenses"/ octobre 2005

Pour tous les "profils", les dépenses d'actes d'auxiliaires médicaux étaient essentiellement des actes infirmiers et notamment des actes AMI prescrits par des médecins généralistes.

Pour les patients en "DP" et "DPC à domicile" le niveau de dépenses d'auxiliaires médicaux dépendait de la nécessité ou non de la présence d'une infirmière. Cette information avait été recueillie dans le volet patient de l'enquête. Ainsi sur notre population on retrouve en DPC à domicile 172 patients sur 345 nécessitant la présence d'une infirmière et 11 patients sur 121 en DP à domicile.

50% des patients en "DPC à domicile" avec présence d'une infirmière avaient une dépense de soins infirmiers (AMI) comprise entre 12 901 € et 23 587 €, en moyenne on retrouve 17 252 €

Les patients ne nécessitant pas la présence d'une infirmière avaient une dépense moyenne de 1 760 € avec un coefficient de variation 5 fois plus élevé.

Les dépenses moyennes d'indemnités de frais de déplacement (IFA) étaient de 1 679 € pour les patients en "DPC dom" avec présence d'une infirmière et de 220 € dans les autres cas.

Les patients en "DP à domicile" avec présence d'une infirmière étaient peu nombreux, en moyenne on retrouvait 6 843 € de dépenses d'actes AMI et 727 € de dépenses d'actes IFA.



## 4 DISCUSSION

L'enquête a permis de remonter des bases de liquidation **les dépenses annuelles totales** de 20 496 patients soit celles de 81,5% des patients dialysés la semaine du 2 au 08 juin 2003 appartenant au régime général.

Les dépenses de ces 20 496 patients représentaient 1,5% de l'ensemble des dépenses du régime général (hors indemnités journalières).

Les 4 656 patients dont les dépenses n'ont pas été étudiées ont pu être caractérisés à partir des informations issues du volet "Patient".

Il existait une différence significative en terme de mode de prise en charge et d'état de santé la semaine du 2 au 8 juin 2003 entre les 20 496 patients étudiés et les 4 656 patients manquants (P value <0,001). Cette différence a été prise en compte dans l'estimation suivante des dépenses à l'ensemble des patients dialysés du régime général qui s'est basée sur le mode de prise en charge indiqué la semaine de l'enquête SROS IRCT et les moyennes des dépenses annuelles par grands postes retrouvées dans l'enquête<sup>28</sup> du volet "dépenses".

**Tableau XIII. Poids des dépenses des patients dialysés appartenant au régime général sur l'ensemble des dépenses du régime général (hors indemnités journalières) entre le 1<sup>er</sup> juin 2002 et le 31 mai 2003 - données de l'enquête et estimation-.**

	Dépenses Régime Général (Dép-RG) Milliers €	Dépenses des patients dialysés appartenant au régime général			
		Données de l'enquête (n=20 496)		Estimation (n= 25 152)	
		Milliers €	%/Dép-RG	Milliers €	%/Dép-RG
Soins de ville (hors indemnités journalières)	39 978 921	345 587	0,9	434 745	1,1
Prestations hospitalières DG	35 016 553	514 685	1,5	665 873	1,9
Prestations hospitalières hors DG	7 436 789	486 425	6,5	610 616	8,2
Prestations médico-sociales	4 678 262	1 360	0,0	1 360	0,0
Total	87 110 526	1 348 057	1,5	1 712 594	2,0

Source : CNAMTS-DHOS/ Enquête SROS insuffisance rénale chronique/ volet "dépenses"/ octobre 2005

**Ainsi, avec une dépense annuelle des patients dialysés estimée à 1,7 Milliard €, celle-ci représenterait 2% de l'ensemble des dépenses du régime général.**

**Les dépenses moyennes annuelles** quant à elles, ont été évaluées sur les patients dialysés toute l'année dans le même mode de prise en charge et dans des établissements ayant le même mode de financement. La semaine du 2 au 8 juin 2003, ces patients retenus représentaient 33% des patients en centre, 13% des patients en hémodialyse à domicile, 29 % des patients en unités d'autodialyse et 21 % des patients en dialyse péritonéale.

Hormis pour les patients en dialyse péritonéale continue, aucun lien n'a pu être établi entre les dépenses moyennes par mode de prise en charge et l'état de santé des patients dialysés. Compte tenu du poids prépondérant des dépenses de séance et de transport, la disparité des tarifs des établissements et le mode de transport utilisé combiné à la distance à parcourir expliqueraient plus que l'état de santé du patient la variabilité du montant des dépenses.

<sup>28</sup> On suppose que les patients manquant étaient dialysés toute l'année et que les patients en hémodialyse en centre se répartissaient de manière égale entre les établissements sous dotation globale et hors dotation globale.

Pour les patients en dialyse péritonéale continue le lien s'explique par la présence ou non d'une infirmière (liée à l'état de santé du patient), dont la dépense représentait le poste le plus élevé.

**Avec la mise en place de la tarification à l'activité** des tarifs nationaux par mode de prise en charge de dialyse ont été fixés en 2005 (cf annexe). Ces tarifs ne couvrent pas les frais d'EPO.

Outre la période d'étude et les frais d'EPO, ces tarifs nationaux 2005 ne sont pas comparables aux remboursements moyens retrouvés dans l'enquête car les modes de prise en charge distingués dans les nouveaux arrêtés ne sont pas superposables aux anciennes disciplines de prestations, c'est le cas notamment pour la dialyse péritonéale automatisée, la dialyse péritonéale continue ambulatoire et pour les unités de dialyse médicalisées. La dialyse péritonéale en centre ne constitue pas également un mode de prise en charge distinct.

A noter également qu'il faut rajouter à ces tarifs pour approcher les tarifs réellement appliqués en 2005 les coefficients de transition ainsi que les coefficients géographiques.

Toutefois, les moyennes de remboursement de séances par établissement pour les établissements hors dotation globale sont assez proches des tarifs nationaux T2A en raison de leur mode de fixation basé sur les tarifs moyens 2002 (revalorisé sur 2003 et hors EPO). Et au contraire les moyennes de remboursement de séances sous dotation globale sont éloignées en raison d'une fixation des tarifs T2A à partir des comptes d'exploitation et de l'Echelle Nationale de Coût alors que dans les systèmes d'information de l'Assurance Maladie ce sont les tarifs de prestations servant à valoriser les séjours qui sont à la base de l'évaluation des dépenses.

**La Mission Recherche et Etudes Internationales de la MREIC (CNAMTS)** a été sollicitée pour recueillir des informations sur la prise en charge de l'Insuffisance Rénale Chronique en Europe, aux Etats-Unis et au Canada.

Alors que les publications à caractère épidémiologique ou clinique étaient disponibles en nombre, il n'existait pas à notre connaissance d'équivalent concernant les structures (organisation, encadrement législatif et réglementaire) et leurs modes de rémunération.

Un questionnaire a été adressé en avril 2005 à nos interlocuteurs étrangers principaux et selon le système de santé concerné soit au niveau fédéral, national, régional et/ou local pour que ces derniers les adressent eux-mêmes aux experts de l'Insuffisance Rénale Chronique de leurs pays respectifs.

Des informations ont été recueillies auprès de correspondants en Allemagne, Autriche, Belgique, Canada (Québec), Danemark et la région de Funen, Etats-Unis, Italie, Norvège, Pays-Bas, Angleterre, Suède.

Les divers modes de tarification et de financement du traitement de la dialyse des différents pays étudiés illustraient les spécificités de leurs régimes de protection sociale.

La dialyse est facturée par un forfait tout compris ou non, c'est-à-dire comprenant les frais de la structure et/ou du personnel et/ou des médicaments et/ou d'autres prestations mais jamais les frais de transport (en Belgique les honoraires du néphrologue sont facturés hors du forfait de séance ; en Allemagne l'EPO et les autres médicaments sont exclus).

Ce forfait peut être facturé à la séance, ou comme plus récemment en Allemagne par un forfait hebdomadaire.

Ce forfait peut être spécifique à chacune des techniques ou communes à toutes (ex : l'Allemagne a instauré en 2005 un forfait hebdomadaire de 520 euros et ce quelle que soit la technique)

Ce forfait peut être accompagnée ou non d'une tarification à l'acte selon les pays.

Compte tenu des précisions apportées ci-dessus, l'analyse comparée des tarifs de séance est rendue difficile, voire impossible sans une étude plus approfondie de la prise en charge (les informations recueillies sont en annexe).

S'agissant de la dialyse péritonéale, l'information qui ressort de l'étude concerne sa tarification qui peut être dans certains pays hebdomadaire (Allemagne, Belgique) et dans d'autres pays journalière (Italie, Angleterre).

Notons qu'en Angleterre un tarif national pour la dialyse sera mis en place en 2008-2009.

Il est également intéressant de relever qu'aux Etats-Unis, un paiement supplémentaire en compensation de la délivrance d'une plus grande qualité est occasionnellement appliquée. Une extension du paiement relatif à la qualité du service était en cours de discussion.

Certains des pays étudiés avaient prévu un financement spécifique pour couvrir les séances de dialyse des patients qui se déplaceraient dans d'autres régions et/ou s'éloigneraient de leurs lieux de résidence principale. Il s'agissait principalement du Danemark, de l'Angleterre, de la Suède.

## Annexes

**Annexe 1 : Regroupements des prestations "soins de ville" retrouvées**

<b>REGROUPEMENT</b>	<b>PRESNAT</b>	<b>LIBELLE</b>
<b>CONSULTATIONS ET VISITES</b>	C	CONSULTATION
	CA	CONSULTATION APPROFONDIE
	CNP	CONSULTATION NEURO-PSYCHIATRE
	CS	CONSULTATION SPECIALISTE
	CSC	CONSULTATION SPECIFIQUE CARDIO
	EXS	EXAMEN SPECIAL
	HS	HONORAIRES DE SURVEILLANCE
	SES	SUITE A EXAMEN DE SANTE
	MD	MAJORATION DE DEPLACEMENT (CRITERES MEDICAUX)
	MDD	MD DE DIMANCHE OU JOUR FERIE
	MDE	MAJORATION DE DEPLACEMENT (CRITERES ENVIRONNEMENTAUX)
	MDI	MD DE MILIEU DE NUIT (24h à 06h)
	MDN	MD DE NUIT (20h à 24 h et 06h à 08h )
	MED	MDE DE DIMANCHE OU JOUR FERIE
	MEI	MDE DE MILIEU DE NUIT (24h à 06h)
	MMD	MAJORATION POUR MAINTIEN A DOMICILE
	V	VISITE
	VA	VISITE D'URGENCE
	VNP	VISITE NEUROPSYCHIATRE
	VS	VISITE SPECIALISTE
VU	VISITE D'URGENCE	
<b>ACTES TECHNIQUES ET DIAGNOSTICS</b>	K	ACTES DE SPECIALITE
	KA	ACTES DE CHIRURGIE D'URGENCE
	KE	ECHO OU DOPPLER
	KMO	ACTE DE PHONIAITRIE PAR MEDECIN
	KTH	PRATIQUES MEDIC.COMPL.EN CURE THER
<b>ACTES DE CHIRURGIE</b>	KC	K CHIRURGICAL
	KCC	*ACTE SPECIFIQUE DES CHIRURGIENS (P 970014)
	KFA	FORFAIT CHIRURGIE
	KFB	FORFAIT CHIRURGIE
<b>ACTES EN Z</b>	PRA	PRODUIT RADIOPH.
	Z	ACTES DE RADIOLOGIE
	ZM	ACTE DE RADIOLOGIE « MAMMOGRAPHIE »
	ZN	*MEDECINE NUCLEAIRE
<b>FRAIS DE DEPLACEMENT DES PARTICIENS</b>	ID	INDEMNITE DE DEPLACEMENT
	IF	INDEM.FORFAITAIRE DEPLACEMENT
	IK	INDEMNITES KILOMETRIQUES
	IKM	IND.KILOM.MONTAGNE
	IKP	IND.KILOM.PLAINE
	IKS	IND.KILOM.SKI
<b>AUXILIAIRES  MEDICAUX</b>	AIS	ACTES INFIRMIERS DE SOINS
	AMC	ACTES DE KINE. EN ETABLISSEMENT
	AMI	SOINS INFIRMIERS
	AMK	ACTES DE KINESITHERAPIE
	AMO	ORTHOPHONIE
	AMP	PEDICURIE
	AMS	ACTES DE KINESITHERAPIE OSTEO.ARTICULAIRE
	AMY	ORTHOPTIE
	DI	DEMARCHE DE SOINS INFIRMIERS
	IFA	INDEM.FORFAITAIRE DEPLACEMENT AM
	SFI	SOINS INFIRMIERS SAGE-FEMME

<b>REGROUPEMENT</b>	<b>PRESNAT</b>	<b>LIBELLE</b>	
<b>BIOLOGIE</b>	B	ACTES DE BIOLOGIE	
	KB	PRELEVEMENT / DIRECTEUR LABORATOIRE	
	PB	PRELEVEMENT SANG/DIREC.LABO.NON MED	
	TB	PRELEVEMENT SANG/TECHNICIEN DE LABO	
<b>PHARMACIE</b>	CPH	COPIE D'ORDONNANCE	
	MPI	MAJORATION PHARMACIE ILES	
	MX1	HORMONES DE CROISSANCE	
	MX4	MEDICAMENTS ANTIRETROVIRAUX (T 980001)	
	MX7	MEDICAMENT D'EXCEPTION (65%)	
	PH1	PHARMACIE VIGNETTE NOIRE (100%)	
	PH4	PHARMACIE VIGNETTE BLEUE (35%)	
	PH7	PHARMACIE VIGNETTE BLANCHE (65%)	
	PHH	PHARMACIE HOSPITALIERE	
	PHS	PHARMACIE HOSPITALIERE 65%	
	PMR	PREPARATION MAGISTRALE REMBOURSABLE	
	UPH	URGENCE PHARMACIE	
	<b>LPP</b>	AAD	AUTRES ACC. TRAIT. A DOM.
AAR		APP. ASSIS. RESPIRATOIRE	
COR		PODO-ORTHESES	
ETI		ECART TIPS INDEMNISABLE	
GLU		NUTRIMENTS POUR INTOLERANTS GLUTEN	
LEN		LENTILLES OPTIQUES	
LUN		MONTURE OPTIQUE	
MAC		MATERIELS & APPAREILS DE CONTENTION	
MAD		MATERIELS & APPAREILS TRAITEMENT DIV	
OP1		FORFAIT OPTIQUE -N°1UNIFOCAUX (CMU)	
OP2		FORFAIT OPTIQUE -N°2UNIFOCAUX (CMU)	
OP3		FORFAIT OPTIQUE -N°3UNIFOCAUX (CMU)	
OP4		FORFAIT OPTIQUE -N°4 MULTIFOCAUX (CMU)	
OP5		FORFAIT OPTIQUE -N°5 MULTIFOCAUX (CMU)	
OPM		FORFAIT MONTURE (CMU)	
OPR		REPARATION OPTIQUE	
OPT		OPTIQUE	
ORC		ACCESSOIRES CENTRE APPAREILLAGE	
ORP		ORTHOPROTHESES	
PA		ORTHESES	
PAN		PANSEMENTS	
PAU		PROTHESE AUDITIVE	
PEX		PRO.EXT.NON ORTHO	
PII		IMPLANT INERTE	
PME		IMPLANT MU PAR ELECTRICITE	
POC		PROTHESE OCULAIRE	
VEH		VEHICULE	
VER		VERRES OPTIQUES	
<b>TRANSPORT</b>		ABA	AMBULANCES AGREEES
		ATP	AUTRES MOYENS DE TRANSPORT
		SMU	SMUR
		TXI	TAXIS
		VP	VEHICULE PARTICULIER
	VSL	VEHICULES SANITAIRES LEGERS	
<b>PRODUITS D ORIGINE HUMAINE</b>	HUM	AUTRES PRODUITS ORIGINE HUMAINE	
	SNG	SANG PLASMA ET DERIVES	
	TSG	FORFAIT TRANSPORT PRODUITS SANGUINS LABILES	

<b>REGROUPEMENT</b>	<b>PRESNAT</b>	<b>LIBELLE</b>
	FPE	FORFAIT PEDIATRIQUE
	MM	MAJORATION DE MILIEU DE NUIT
	MRD	MEDECIN REFERENT DEBUT (1ere partie)
	MRF	MEDECIN REFERENT FIN (2ere partie)
	ORT	ORTHODONTIE / MEDECIN
	P	ACTES ANATOMO-CYTO-PATHO
	PRO	PROTHESE PAR MEDECIN
	SCM	SOINS CONSERVATEURS/MEDECIN
	SF	ACTES DE SAGE-FEMME
	STH	FORFAIT SURVEIL.MEDICALE THERMALE
	P01	PS1 COMPLEMENT TICKET MODERATEUR
	PSD	PERTE SALAIRE DIALYSE
	SEC	AIDE FINANCIERE EXCEPTIONNELLE
	TTH	FRAIS DE TRANSPORT EN CURE THERMALE
	D	ACTES CHIRURGIE DENTAIRE / DENTISTE
	DC	ACTES CHIRURGIE DENTAIRE/DENTISTE
	SC	SOINS CONSERVATEURS/ DENTISTES
	SPR	PROTHESE DENTAIRE/DENTISTE
	TO	ORTHODONTIE PAR DENTISTE
	ENQ	HONORAIRES ENQUETE LEGALE (AT)
	ETR	SOINS A L'ETRANGER
	EXP	FRAIS D EXPERTISE
<b>DIVERS</b>	FDA	FORFAIT PROTHESE ADJOINTE (CMU)
	FDC	FORFAIT PROTHESE CONJOINTE (CMU)
	FDR	REPARATION (CMU)
	FET	FORFAIT d'EDUCATION THERAPEUT. et interressement-D
	HCM	HONORAIRES COLLEGE 3 MEDECINS
	HN	ACTE HORS NOMENCLATURE
	PHN	PHARMACIE NON REMBOURSABLE
	RES	REMBOURSEMENT DE SOINS (RESERVE)
	IPS	PERTE DE SALAIRE
	FC0	FORFAIT DE COORDINATION -DEXTER-, DISPOSITIF EXPER
	FC1	FORFAIT DE COORDINATION -DEXTER-
	ET1	SOINS ETRANGER A 70% (CNMSS seule à la création)
	ET3	SOINS ETRANGER A 80% (CNMSS seule à la création)
	ET4	SOINS ETRANGER A 60% (CNMSS seule à la création)
	ET5	SOINS ETRANGER A 65% (CNMSS seule à la création)
	HTH	FORFAIT HEBERGEMENT CURE THERMALE
	MK1	FORFAIT KINESI 18 SEANCES COLLECTIVES
	MK2	FORFAIT KINESI 18 SEANCES INDIVIDUELLES
	MK3	FORFAIT KINESI 9 SEANCES COLLECTIVES
	MK4	FORFAIT KINESI 9 SEANCES INDIVIDUELLES
TH1	FORFAIT THERMAL COMPLET	
TH2	FORFAIT THERMAL AVEC KINESITHERAPIE	
TH3	FORFAIT THERMAL 2ème ORIENTATION	
TH4	FORFAIT THERMAL 9 SEANCES KINE	

## Annexe 2 : Dépenses des 20 496 patients dialysés du Régime Général

**Tableau XIV. Répartition de la dépense totale de 20 496 patients dialysés du Régime Général**

Catégories de prestations	Dépenses en €	%		
Prestations de "soins de ville"	345 030 550	25,6		
Prestations hospitalières	Etablissements	-Séances de dialyse	494 132 085	36,7
	Hors DG	-Hors séances de dialyse	20 553 085	1,5
	Etablissements sous	-Séances de dialyse	352 519 478	26,2
	DG	-Hors séances de dialyse	133 905 473	9,9
Etablissements médicaux sociaux	1 359 831	0,1		
IRM/Scanner	556 846	0,0		
<b>Total</b>	<b>1 348 057 346</b>	<b>100,0</b>		

**Tableau XV. Répartition de la dépense "soins de ville" de 20 496 patients dialysés du Régime Général**

	Dépense en €	%
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>		
Consultations et visites	7 106 954	2,1
Actes techniques et diagnostics	30 380 298	8,8
Actes de chirurgie	4 037 408	1,2
Actes en Z	4 371 442	1,3
Frais de déplacement des praticiens	1 042 649	0,3
<b>HONORAIRES AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		
<i>Dont IDE</i>	26 191 361	7,6
<b>AUTRES PRESCRIPTIONS</b>		
Biologie	29 478 301	8,5
Pharmacie	52 273 044	15,2
LPP	9 619 170	2,8
Transport	175 467 159	50,9
Produits d'origine humaine	1 620 098	0,5
<b>DIVERS</b>	3 442 665	1,0
<b>TOTAL</b>	<b>345 030 550</b>	<b>100,0</b>



## Annexe 3 : Evaluation de la gravité médicale et de l'handicap

### Evaluation de la gravité médicale

Le niveau de gravité médicale (faible, moyenne, élevée) est déterminé à partir du nombre de comorbidités moyennes, du nombre de comorbidités sévères et de l'âge du patient.

#### Liste des comorbidités moyennes :

- Artérite des membres inférieurs de stade I ou II (c18\_3)
- Insuffisance cardiaque de stade I ou II (c14\_3)
- Antécédent d'AVC ou d'AIT supérieur à 3 mois (c32\_3)
- Antécédent d'infarctus du myocarde supérieur à 3 mois (c31\_3)
- Diabète (c0\_1)
- Insuffisance respiratoire chronique ou BPCO (c9)
- Insuffisance coronarienne (c11)
- Séropositivité VIH (c26)
- Ag HBS positif (c22)
- Transplanté sauf rein, tissus (c29)

#### Liste des comorbidités sévères :

- Angor instable (c12)
- Cancer ou hémopathie évolutif (c28)
- Cirrhose Child B ou C (c25)
- PCR VHC positif (c23)
- Sida (c27)
- Dénutrition sévère (c34)
- Comitialité non stabilisée (c33)
- Troubles sévères du comportement (h4)
- Hypotension artérielle chronique (c36)
- Artérite des membres inférieurs de stade III ou IV (c18\_2)
- Troubles du rythme (c17)
- Antécédent d'AVC ou d'AIT inférieur à 3 mois (c32)
- Antécédent d'infarctus du myocarde inférieur à 3 mois (c31)
- Oxygénothérapie (c10)
- Insuffisance cardiaque de stade III ou IV (c14\_2)

18-69 ans	Comorbidité moyenne			
		Aucune	1 à 2	3 et plus
	Comorbidité sévère	Aucune	faible	moyenne
		1 et plus	élevée	

70-79 ans	Comorbidité moyenne			
		Aucune	1 à 2	3 et plus
	Comorbidité sévère	Aucune	moyenne	
		1 et plus	élevée	

≥ 80 ans	Comorbidité moyenne			
		Aucune	1 à 2	3 et plus
	Comorbidité sévère	Aucune		
		1 et plus	élevée	

### Evaluation du handicap

Le niveau de handicap (nul ou léger, moyen, sévère) est déterminé à partir de l'indice de Rosser :

nul ou léger (grades 1 à 3)

moyen (grade 4)

sévère (grades 5 à 7)

## Annexe 4 : 4 656 patients dialysés manquants du Régime Général

18,5% patients dialysés la semaine du 02 au 8 juin 2003 et appartenant au Régime Général (4 656/25152) n'ont pas été étudiés. Leurs dépenses n'ont pas été remontées des bases de liquidation ou bien leurs dépenses n'ont pas été jugées exploitables<sup>29</sup>.

Toutefois ces 4 656 patients ont pu être caractérisés à partir des informations issues du volet "Patient"<sup>30</sup>.

### *Année du premier traitement de l'IRCT*

28% auraient débuté un traitement de l'IRCT durant la période d'étude (01 juin 2002 / 31 mai 2003)<sup>31</sup>.

### *Mode de traitement en juin 2003 recensé dans le volet patient :*

		Manquant (n=4 656)	Présent (n=20 496)	Total (n=25 152)	statistique khi-deux	P Value			
<b>Sexe</b>	Homme	58,3	56,7	57,0	3,941	<0,05			
	Femme	41,7	43,3	43,0					
<b>Comorbidité</b>	<b>Handicap</b>	Faible	Nul/léger	16,2	18,7	18,2	29,925	<0,001	
			Moyen	1,6	1,7				1,7
			Sévère	0,9	1,2				1,1
	Moyenne	Nul/léger	13,7	14,7	14,5	5,3	4,9		
		Moyen	5,5	5,2	5,3				
		Sévère	5,0	4,9	4,9				
	Elevée	Nul/léger	19,5	18,3	18,5	11,8	24,0		
		Moyen	12,2	11,7	11,8				
		Sévère	25,5	23,6	24,0				
	<b>Tranches d'âge</b>	<19	1,3	0,6	0,7	127,722	<0,001		
		20-39	6,9	10,2	9,6				
		40-59	26,1	29,0	28,5				
60-79		49,7	48,0	48,3					
80et+		16,0	12,2	12,9					
<b>Mode de prise en charge la semaine de l'enquête</b>									
	Dialyse Péritonéale à domicile	8,4	8,8	8,7	90,121	<0,000			
	Entraînement	1,6	1,2	1,3					
	Hémodialyse en centre	65,7	59,0	60,3					
	Hémodialyse à domicile	1,6	2,0	1,9					
	Autodialyse	22,7	29,0	27,8					

<sup>29</sup> Se reporter à la méthodologie

<sup>30</sup> Ainsi, le mode de prise en charge de ces patients en juin 2003 et l'année de début du premier traitement de l'IRCT (traitement dont le mode peut être différent de celui de juin 2003) étaient connus. Par contre, la durée de traitement et les changements de mode de prise en charge n'ont pas pu être étudiés pour ces patients.

<sup>31</sup> 62% des patients avaient eu un premier traitement avant 2002. 17% des patients avaient eu un premier traitement durant l'année 2002 (10% après le 01 juin 2002). 18% des patients avaient eu un premier traitement entre janvier 2003 et juin 2003. Pour 3% des patients cette information n'était pas disponible.

## Annexe 5 : Récapitulatif des données par profil

### Profil "centre DG" (n = 1544)

#### Caractéristiques

##### Age et sexe

Tranche d'âge	Sexe		
	Homme %	Femme%	
0-9		0,1	0,1
10-19	0,5	0,3	0,8
20-29	1,4	0,5	1,9
30-39	1,0	1,4	2,4
40-49	3,8	3,6	7,4
50-59	8,0	5,3	13,3
60-69	9,8	9,2	19,0
70-79	17,0	18,3	35,4
80-89	8,9	9,5	18,5
90-99	0,8	0,5	1,3
<b>Total</b>	<b>51,2</b>	<b>48,8</b>	<b>100,0</b>

##### Comorbidité et handicap

Comorbidité	Handicap	%
Faible	Nul/léger	5,8
	Moyen	2,0
	Sévère	1,6
Moyenne	Nul/léger	7,9
	Moyen	6,3
	Sévère	8,0
Elevée	Nul/léger	14,6
	Moyen	13,8
	Sévère	40,1
		100

#### Dépenses moyennes

	Distribution des dépenses par patient en euros						% patients avec dépenses =0
	Moyenne /n	Coef V	Q1	Mediane	Q3	MAX	
<b>Prestations hospitalières</b>							
- Séances de dialyse	85 852	35	64 747	78 319	99 216	220 945	0
- Prestations dialyse hors séances	0	2 700	0	0	0	11	99
- Hors dialyse DG	6 430	175	0	2 035	7 796	114 869	30
- Hors dialyse hors DG	320	376	0	0	0	18 384	82
IRM/Scanner	6	584	0	0	0	441	96
<b>Soins de ville</b>							
<b>- Honoraires médicaux</b>							
Consultations et visites	173	164	20	85	255	4 849	20
Actes techniques et diagnostics	314	271	0	30	180	5 556	45
Actes de chirurgie	95	292	0	0	0	3 208	79
Actes en Z	81	293	0	0	34	3 094	66
Frais de déplacement des praticiens	40	676	0	0	10	5 316	58
<b>- Honoraires auxiliaires médicaux</b>	1 099	226	0	34	642	16 415	41
<i>Dont IDE</i>	927	251	0	6	263	15 684	47
<b>- Autres prescriptions</b>							
Biologie	28	272	0	0	21	1 169	66
Pharmacie	2 558	82	1 357	2 260	3 273	27 809	2
LPP	579	206	0	75	690	14 707	25
Transport	13 310	86	5 120	10 009	18 473	104 051	1
Produits d'origine humaine	1	2 394	0	0	0	347	100
<b>- Divers</b>	96	495	0	0	23	8 765	70
<b>Dépense globale "soins de ville"</b>	<b>18 374</b>	<b>69</b>	<b>9 439</b>	<b>15 322</b>	<b>23 949</b>	<b>121 654</b>	<b>0</b>
<b>Dépense globale</b>	<b>111 106</b>	<b>33</b>	<b>84 420</b>	<b>101 953</b>	<b>131 462</b>	<b>269 786</b>	<b>0</b>

## Profil "HD centre hors DG" (n = 3538)

### Caractéristiques

#### Age et sexe

Tranche d'âge	Sexe		
	Homme %	Femme %	
0-9			
10-19	0,0	0,1	0,1
20-29	0,7	0,5	1,2
30-39	2,5	1,7	4,1
40-49	5,1	3,6	8,7
50-59	7,1	6,4	13,5
60-69	10,8	9,7	20,5
70-79	17,5	16,6	34,1
80-89	8,2	8,5	16,8
90-99	0,4	0,6	1,0
<b>Total</b>	<b>52,3</b>	<b>47,7</b>	<b>100,0</b>

#### Comorbidité et handicap

Comorbidité	Handicap	%
Faible	Nul/léger	8,8
	Moyen	1,2
	Sévère	1,5
Moyenne	Nul/léger	11,6
	Moyen	5,1
	Sévère	6,0
Elevée	Nul/léger	17,6
	Moyen	15,2
	Sévère	33,1
		100

### Dépenses moyennes

	Distribution des dépenses par patient en euros						% patients avec dépenses = 0
	Moyenne /n	Coef V	Q1	Mediane	Q3	MAX	
<b>Prestations hospitalières</b>							
- Séances de dialyse	45 485	10	43 954	46 298	47 711	73 464	0
- Prestations dialyse hors séances	50	52	52	54	56	588	10
- Hors dialyse DG	1 622	337	0	0	335	73 672	75
- Hors dialyse hors DG	1 677	216	0	347	1 908	44 501	41
<b>IRM/Scanner</b>	51	236	0	0	0	1 512	75
<b>Soins de ville</b>							
<b>- Honoraires médicaux</b>							
Consultations et visites	286	120	64	178	390	4 277	8
Actes techniques et diagnostics	4 835	41	5 242	5 468	5 747	11 380	2
Actes de chirurgie	285	180	0	0	408	5 615	55
Actes en Z	361	121	81	233	476	5 099	11
Frais de déplacement des praticiens	32	775	0	0	5	5 595	65
<b>- Honoraires auxiliaires médicaux</b>	1 073	235	0	21	611	24 768	39
<i>Dont IDE</i>	846	267	0	4	157	20 151	46
<b>- Autres prescriptions</b>							
Biologie	2 854	47	2 070	2 737	3 568	11 499	2
Pharmacie	2 372	77	1 247	2 049	3 103	37 568	1
LPP	600	183	4	116	756	10 560	23
Transport	13 166	84	5 516	9 108	17 953	100 997	2
Produits d'origine humaine	212	386	0	0	0	19 456	75
<b>- Divers</b>	122	443	0	0	46	7 865	61
<b>Dépense globale "soins de ville"</b>	26 199	52	16 845	22 447	32 604	116 387	0
<b>Dépense globale</b>	75 125	23	63 790	71 018	83 412	173 970	0

## Profil "Autodialyse" (n =2047 )

### Caractéristiques

#### Age et sexe

Tranche d'âge	Sexe		
	Homme %	Femme%	
0-9	0,0	0,0	0,0
10-19	0,0	0,0	0,0
20-29	2,7	1,3	4,0
30-39	8,0	4,3	12,3
40-49	11,0	7,7	18,7
50-59	13,0	8,0	21,1
60-69	11,6	8,3	19,8
70-79	10,8	8,1	18,9
80-89	3,2	2,0	5,1
90-99	0,0	0,0	0,0
<b>Total</b>	<b>60,3</b>	<b>39,7</b>	<b>100,0</b>

#### Comorbidité et handicap

Comorbidité	Handicap	%
Faible	Nul/léger	34,0
	Moyen	2,2
	Sévère	1,3
Moyenne	Nul/léger	20,0
	Moyen	5,0
	Sévère	2,4
Elevée	Nul/léger	20,5
	Moyen	7,7
	Sévère	6,9
		100

### Dépenses moyennes

	Distribution des dépenses par patient en euros						% patients avec dépenses =0
	Moyenne /n	Coef V	Q1	Mediane	Q3	MAX	
<b>Prestations hospitalières</b>							
- Séances de dialyse	34 284	9	32 957	34 855	35 870	68 093	0
- Prestations dialyse hors séances	5	3 943	0	0	0	8 268	99
- Hors dialyse DG	1 427	344	0	0	655	94 590	66
- Hors dialyse hors DG	247	371	0	0	0	18 600	79
<b>IRM/Scanner</b>	21	322	0	0	0	642	88
<b>Soins de ville</b>							
<b>- Honoraires médicaux</b>							
Consultations et visites	650	158	40	154	642	4 082	12
Actes techniques et diagnostics	182	121	0	113	265	2 226	26
Actes de chirurgie	73	303	0	0	0	2 628	81
Actes en Z	161	181	0	66	227	6 292	33
Frais de déplacement des praticiens	17	1 612	0	0	0	10 938	78
<b>- Honoraires auxiliaires médicaux</b>	337	430	0	0	20	22 306	63
<i>Dont IDE</i>	273	502	0	0	4	22104	70
<b>- Autres prescriptions</b>							
Biologie	1 747	58	1 157	1 762	2 276	6 508	6
Pharmacie	2 286	64	1 219	2 066	3 067	12 420	1
LPP	203	276	0	12	137	7 335	39
Transport	7 280	87	3 903	5 837	9 226	105 314	2
Produits d'origine humaine	11	1 043	0	0	0	3 749	98
<b>- Divers</b>	173	460	0	0	47	14 511	61
<b>Dépense globale "soins de ville"</b>	13 121	57	8 471	11 868	15 825	112 243	0
<b>Dépense globale</b>	49 133	21	43 550	47 301	52 034	162 717	0

## Profil "DP centre DG" (n = 63)

### Caractéristiques

#### Age et sexe

Tranche d'âge	Sexe		
	Homme %	Femme%	
0-9	0,0	0,0	0,0
10-19	0,0	0,0	0,0
20-29	1,6	0,0	1,6
30-39	0,0	3,2	3,2
40-49	4,8	4,8	9,5
50-59	4,8	9,5	14,3
60-69	9,5	11,1	20,6
70-79	23,8	11,1	34,9
80-89	3,2	11,1	14,3
90-99	0,0	1,6	1,6
<b>Total</b>	<b>47,6</b>	<b>52,4</b>	<b>100,0</b>

#### Comorbidité et handicap

Comorbidité	Handicap	%
Faible	Nul/léger	0,0
	Moyen	0,0
	Sévère	0,0
Moyenne	Nul/léger	9,5
	Moyen	4,8
	Sévère	11,1
Elevée	Nul/léger	12,7
	Moyen	11,1
	Sévère	42,9
		100

### Dépenses moyennes

	Distribution des dépenses par patient en euros						% patients avec dépenses = 0
	Moyenne /n	Coef V	Q1	Mediane	Q3	MAX	
<b>Prestations hospitalières</b>							
- Séances de dialyse	70 515	18	63 090	65 219	81 268	106 357	0
- Prestations dialyse hors séances	0	0	0	0	0	0	100
- Hors dialyse DG	6 662	201	0	1 435	6 388	81 078	37
- Hors dialyse hors DG	118	295	0	0	0	1 497	86
<b>IRM/Scanner</b>	5	794	0	0	0	316	98
<b>Soins de ville</b>							
<b>- Honoraires médicaux</b>							
Consultations et visites	273	112	28	132	441	1 322	21
Actes techniques et diagnostics	719	235	0	61	326	5 474	41
Actes de chirurgie	55	296	0	0	0	748	83
Actes en Z	109	251	0	0	78	1 721	62
Frais de déplacement des praticiens	23	275	0	3	15	400	49
<b>- Honoraires auxiliaires médicaux</b>	1 260	201	0	114	1 361	16 057	37
<i>Dont IDE</i>	1 029	239	0	47	611	16 057	40
<b>- Autres prescriptions</b>							
Biologie	31	300	0	0	21	581	70
Pharmacie	2 106	76	1 034	1 788	2 759	7 977	2
LPP	629	196	5	66	860	8 115	22
Transport	14 051	78	4 689	10 306	21 081	44 159	2
Produits d'origine humaine	0		0	0	0	0	100
<b>- Divers</b>	27	238	0	0	21	313	70
<b>Dépense globale "soins de ville"</b>	19 284	65	8 276	17 248	26 773	51 416	0
<b>Dépense globale</b>	96 584	23	83 669	93 187	104 455	182 269	0

## Profil "HDD hors DG" (n = 64)

### Caractéristiques

#### Age et sexe

Tranche d'âge	Sexe		
	Homme %	Femme %	
0-9	0,0	0,0	0,0
10-19	0,0	0,0	0,0
20-29	4,7	1,6	6,3
30-39	10,9	4,7	15,6
40-49	25,0	3,1	28,1
50-59	26,6	1,6	28,1
60-69	7,8	4,7	12,5
70-79	7,8	0,0	7,8
80-89	0,0	1,6	1,6
90-99	0,0	0,0	0,0
<b>Total</b>	<b>82,8</b>	<b>17,2</b>	<b>100,0</b>

#### Comorbidité et handicap

Comorbidité	Handicap	%
Faible	Nul/léger	45,3
	Moyen	0,0
	Sévère	3,1
Moyenne	Nul/léger	15,6
	Moyen	4,7
	Sévère	3,1
Elevée	Nul/léger	18,8
	Moyen	3,1
	Sévère	6,3
		100

### Dépenses moyennes

	Distribution des dépenses par patient en euros						% patients avec dépenses = 0
	Moyenne /n	Coef V	Q1	Mediane	Q3	MAX	
<b>Prestations hospitalières</b>							
- Séances de dialyse	35 941	18	31 992	35 938	37 319	56 815	0
- Prestations dialyse hors séances	8	392	0	0	0	223	91
- Hors dialyse DG	838	350	0	0	239	21 431	75
- Hors dialyse hors DG	72	332	0	0	0	1 415	86
<b>IRM/Scanner</b>	23	357	0	0	0	553	89
<b>Soins de ville</b>							
<b>- Honoraires médicaux</b>							
Consultations et visites	140	122	43	87	165	850	12
Actes techniques et diagnostics	112	157	0	38	184	896	47
Actes de chirurgie	20	330	0	0	0	312	89
Actes en Z	124	186	0	32	156	1 448	38
Frais de déplacement des praticiens	35	394	0	0	4	866	73
<b>- Honoraires auxiliaires médicaux</b>	476	419	0	0	100	14 447	58
<i>Dont IDE</i>	356	547	0	0	23	14344	63
<b>- Autres prescriptions</b>							
Biologie	730	95	187	784	970	4 042	11
Pharmacie	2 487	128	953	1 790	3 091	24 245	2
LPP	217	218	0	0	84	2 244	55
Transport	333	236	0	26	213	4 298	44
Produits d'origine humaine	0		0	0	0	0	100
<b>- Divers</b>	449	319	0	0	76	6 583	59
<b>Dépense globale "soins de ville"</b>	5 122	88	2 262	3 729	6 948	27 907	0
<b>Dépense globale</b>	42 004	24	36 883	39 723	45 647	78 749	0

## Profil "DPC domicile hors DG" (n = 346)

### Caractéristiques

#### Age et sexe

Tranche d'âge	Sexe		
	Homme %	Femme%	
0-9	0,0	0,0	0,0
10-19	0,0	0,3	0,3
20-29	0,0	0,0	0,0
30-39	1,7	2,3	4,0
40-49	1,4	4,6	6,1
50-59	4,6	7,5	12,1
60-69	8,1	11,0	19,1
70-79	18,5	15,9	34,4
80-89	7,8	13,3	21,1
90-99	1,2	1,7	2,9
<b>Total</b>	<b>43,4</b>	<b>56,6</b>	<b>100,0</b>

#### Comorbidité et handicap

Comorbidité	Handicap	%
Faible	Nul/léger	12,4
	Moyen	2,6
	Sévère	0,9
Moyenne	Nul/léger	14,2
	Moyen	7,2
	Sévère	4,6
Elevée	Nul/léger	13,0
	Moyen	11,6
	Sévère	33,5
		100

### Dépenses moyennes

	Distribution des dépenses par patient en euros						% patients avec dépenses =0
	Moyenne /n	Coef V	Q1	Mediane	Q3	MAX	
<b>Prestations hospitalières</b>							
- Séances de dialyse	24 831	12	22 816	24 816	27 519	31 687	0
- Prestations dialyse hors séances	16	907	0	0	0	2 416	95
- Hors dialyse DG	4 991	131	426	2 797	7 158	42 303	23
- Hors dialyse hors DG	195	489	0	0	0	11 304	87
<b>IRM/Scanner</b>	10	433	0	0	0	349	94
<b>Soins de ville</b>							
<b>- Honoraires médicaux</b>							
Consultations et visites	276	112	69	183	398	2 458	7
Actes techniques et diagnostics	116	292	0	19	113	4 212	47
Actes de chirurgie	43	392	0	0	0	1 664	88
Actes en Z	74	244	0	0	71	1 788	59
Frais de déplacement des praticiens	327	443	0	4	28	14 280	42
<b>- Honoraires auxiliaires médicaux</b>	10 853	110	125	2 403	23 753	43 466	15
<i>Dont IDE</i>	10 629	111	52	2145	23325	39076	16
<b>- Autres prescriptions</b>							
Biologie	515	119	24	215	915	4 814	18
Pharmacie	2 500	64	1 373	2 189	3 200	9 476	1
LPP	509	166	0	115	675	5 199	26
Transport	905	149	137	561	1 225	16 101	14
Produits d'origine humaine	6	1 064	0	0	0	909	99
<b>- Divers</b>	57	441	0	0	30	3 036	66
<b>Dépense globale "soins de ville"</b>	16 180	83	4 478	10 040	27 757	55 690	0
<b>Dépense globale</b>	46 298	30	34 057	43 346	55 781	85 955	0



## Profil "DP domicile hors DG" ( n =121 )

### Caractéristiques

#### Age et sexe

Tranche d'âge	Sexe		
	Homme %	Femme%	
0-9	1,7	0,8	2,5
10-19	0,8	0,8	1,7
20-29	4,1	3,3	7,4
30-39	3,3	1,7	5,0
40-49	4,1	9,9	14,0
50-59	8,3	7,4	15,7
60-69	14,0	6,6	20,7
70-79	18,2	9,9	28,1
80-89	2,5	2,5	5,0
90-99	0,0	0,0	0,0
<b>Total</b>	<b>57,0</b>	<b>43,0</b>	<b>100,0</b>

#### Comorbidité et handicap

Comorbidité	Handicap	%
Faible	Nul/léger	24,0
	Moyen	3,3
	Sévère	0,8
Moyenne	Nul/léger	26,4
	Moyen	5,0
	Sévère	1,7
Elevée	Nul/léger	19,0
	Moyen	5,0
	Sévère	14,9
		100

### Dépenses moyennes

	Distribution des dépenses par patient en euros						% patients avec dépenses =0
	Moyenne /n	Coef V	Q1	Mediane	Q3	MAX	
<b>Prestations hospitalières</b>							
- Séances de dialyse	34 174	13	31 935	33 942	35 249	50 397	0
- Prestations dialyse hors séances	9	415	0	0	0	160	94
- Hors dialyse DG	6 106	113	945	4 298	8 779	36 867	21
- Hors dialyse hors DG	239	421	0	0	0	9 404	86
<b>IRM/Scanner</b>	2	652	0	0	0	125	98
<b>Soins de ville</b>							
<b>- Honoraires médicaux</b>							
Consultations et visites	183	116	53	116	258	1 532	5
Actes techniques et diagnostics	104	189	0	41	113	1 809	36
Actes de chirurgie	65	284	0	0	0	1 264	79
Actes en Z	119	260	0	5	120	2 753	46
Frais de déplacement des praticiens	26	377	0	0	7	784	65
<b>- Honoraires auxiliaires médicaux</b>	1 287	297	0	91	852	25 236	30
<i>Dont IDE</i>	1 199	318	0	39	524	25050	35
<b>- Autres prescriptions</b>							
Biologie	282	135	9	127	396	2 012	24
Pharmacie	2 558	80	1 383	2 050	3 322	16 400	0
LPP	466	290	0	15	257	8 552	36
Transport	573	155	0	188	822	4 863	31
Produits d'origine humaine	0		0	0	0	0	100
<b>- Divers</b>	133	681	0	0	45	9 844	56
<b>Dépense globale "soins de ville"</b>	<b>5 796</b>	<b>89</b>	<b>2 631</b>	<b>4 384</b>	<b>6 928</b>	<b>30 818</b>	<b>0</b>
<b>Dépense globale</b>	<b>46 404</b>	<b>20</b>	<b>39 898</b>	<b>44 460</b>	<b>52 154</b>	<b>76 886</b>	<b>0</b>

## Annexe 6 : Nouveaux tarifs T2A 2005

### Champ OQN

Circulaire DHOS/F3/F1/2005/103 du 23 février 2005 relative à la campagne tarifaire 2005 pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie exercées dans les établissements de santé privés mentionnés aux d et e de l'article L 162-22-6 du CSS<sup>32</sup>.

Liste des forfaits dénommés « dialyse » mentionnés à l'annexe 8 de l'arrêté du 31 janvier 2005 (avant la mise en œuvre du SROS III).<sup>33</sup>

CODE PRESTATION	LIBELLÉ	TARIFS 2005 EN EUROS
D01	Hémodialyse en centre	296,23
D02	Autodialyse (simple ou assistée)	218,72
D03	Entraînement à l'hémodialyse à domicile et l'autodialyse	352,17
D04	Entraînement à la DPA	360,8
D05	Entraînement à la DPCA	335,97
D06	Hémodialyse à domicile	190,79
D07	Dialyse péritonéale automatisée (DPA)	641,22
D08	Dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA)	497,99

Liste des forfaits dénommés « dialyse » mentionnés à l'annexe 2 de l'arrêté du 31 janvier 2005

CODE PRESTATION	LIBELLÉ	TARIFS 2005 EN EUROS
D09	Forfait d'hémodialyse en centre	296,23
D10	Forfait d'hémodialyse en centre pour enfants	343,83
D11	Forfait d'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	255,00
D12	Forfait d'autodialyse simple	218,72
D13	Forfait d'autodialyse assistée	224,57
D14	Forfait d'hémodialyse à domicile	190,79
D15	Forfait de dialyse péritonéale automatisée (DPA)	641,22
D16	Forfait de dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA)	497,99
D17	Forfait d'entraînement à l'hémodialyse à domicile et à l'autodialyse	352,17
D18	Forfait d'entraînement à la dialyse péritonéale automatisée	360,80
D19	Forfait d'entraînement à la dialyse péritonéale continue ambulatoire	335,97

### Champ DG

Circulaire DHOS-F-O/DSS-1A/2005/119 du 1<sup>er</sup> mars 2005 relative à la campagne tarifaire 2005 des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale<sup>34</sup>

CODE RESTATION	LIBELLÉ	TARIFS 2005 EN EUROS
D09	Forfait d'hémodialyse en centre	390,00
D10	Forfait d'hémodialyse en centre pour enfants	437,17
D11	Forfait d'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	280,50
D12	Forfait d'autodialyse simple	240,59
D13	Forfait d'autodialyse assistée	247,03
D14	Forfait d'hémodialyse à domicile	209,87
D15	Forfait de dialyse péritonéale automatisée (DPA)	705,34
D16	Forfait de dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA)	547,79
D17	Forfait d'entraînement à l'hémodialyse à domicile et à l'autodialyse	424,34
D18	Forfait d'entraînement à la dialyse péritonéale automatisée	433,84
D19	Forfait d'entraînement à la dialyse péritonéale continue ambulatoire	406,53

<sup>32</sup> Publiée BO, n°4, 15 mai 2005, p 30 [NOR : SANH0530070C]

<sup>33</sup> JO, 16 février 2005 [NOR : SANH0520347A]

<sup>34</sup> Publiée BO, n°4, 15 mai 2005, p 53 [NOR : SANH0530156C]

**Annexe 7 : Informations recueillies par la MREIC (CNAMTS)**

<b>Pays étudiés</b>	<b>Tarifs de séance communiqués</b>	<b>Observations</b>
Allemagne (Niveau Fédéral)	Forfait d'un presque tout compris d'un montant de 520 euros hebdomadaire	Le forfait hebdomadaire intègre les frais de structure, de personnel, les consommables et certains examens de laboratoire réalisés en début de séance d'hémodialyse. L'EPO et les autres médicaments sont exclus sauf les héparines, vitamines et médicaments du fonctionnement phosphocalcique.
Autriche (Niveau Fédéral et niveau de la Province de Burgenland)	<i>Au niveau Fédéral</i> : Tarifs à la séance pour les centres privés d'un montant de 200 euros <i>Au niveau de la Province de Burgenland</i> : Forfait annuel pour les structures publiques équivalent à un tarif à la séance d'un montant de 330 euros	Intégrant la rémunération des professionnels de santé, les médicaments, les examens de laboratoire. Les frais de transport ne sont pas inclus.  On n'a pas pu obtenir ce que comprenait le forfait annuel.
Belgique (Niveau Fédéral)	Un honoraire purement médical est prévu à la séance. Le montant est de 181,44 euros	Il s'agit d'honoraires médicaux qui reviennent aux médecins néphrologues. Un taux de rétrocession est appliqué selon des règlements internes à chaque établissement, pour le gestionnaire en vue de couvrir notamment les frais de facturation, paramédicaux, matériel, etc. Les médicaments type EPREX ou EPO sont remboursables en supplément des autres montants prévus par ailleurs. Pour l'institution hospitalière, un montant forfaitaire est octroyé. Ce montant est actuellement différent d'un centre à l'autre. Le montant moyen prévu par l'assurance maladie est au 1.07.2005 de 170,85 euros (d'un minimum de 111,41 euros à un maximum de 212,13 euros).
Danemark (Comté de Funen)	Les dépenses sont couvertes par des budgets globaux (DRG) émanant de l'hôpital Soit 6 664 462 euros par an	Le tarif DRG est censé couvrir l'ensemble des dépenses.
Etats-Unis (Au niveau Fédéral)	Les Veterans Affairs remboursent environ 45 814 euros par patient au centre de dialyse. - Les dépenses remboursées par Medicare pour les traitements par hémodialyse ont été de 44 390 euros par patient en 2004.	Cette somme comprend tous les frais et tous les soins concernant le patient.  Cette somme comprend là aussi tous les frais et tous les soins concernant le patient.

Pays étudiés	Tarifs de séance communiqués	Observations
Italie (Niveau national et Région de l'Emilie-Romagne)	<p>Au niveau national, le tarif à la séance s'élève à 150 euros</p> <p>Au niveau de la Région de l'Emilie-Romagne : les Tarifs à la séance s'élèvent à 174 euros pour le secteur public et à 163 euros pour le secteur privé</p>	<p>Ce tarif comprendrait la rémunération de la structure, des professionnels de santé, le coût des médicaments, ainsi que les examens de laboratoire, etc.</p> <p>Pour le secteur public, les tarifs à la séance incluent les coûts de gestion de la structure et de l'équipement ainsi que les dépenses du matériel dialytique de consommation, les coûts du personnel, les coûts des médicaments habituellement administrés dans le cas de la dialyse (Erythropoïétine et Vitamine D), les examens de laboratoire urgents.</p> <p>Les tarifs n'incluent ni les frais de transports et ni les contrôles bio-humurels mensuels.</p> <p>Pour le secteur privé, les tarifs à la séance comprendraient : la rémunération de la structure, le coût des médicaments ainsi que les examens de laboratoires. Le personnel percevant ici un salaire mensuel.</p>
Norvège	<p>Cela fait partie du système de financement général pour les services sanitaires norvégiens. C'est une partie du système de financement DRG.</p> <p>Une séance d'hémodialyse est remboursée de la façon suivante :</p> <p>30 000 NOK (prix unitaire * 0,12 (point DRG) * 0,60 (niveau remboursement) = 2 160 NOK (= 247,62 euros)</p>	<p>Les soins somatiques (hémodialyse comprise) sont soumis à 60 % de remboursement en faisant référence au système DRG et à 40 % par des subventions publiques. En additionnant les deux remboursements, les coûts des soins somatiques sont payés dans leur intégralité.</p>

Pays étudiés	Tarifs de séance communiqués	Observations
Pays-Bas	<p>Depuis janvier 2005, les Pays-Bas utilisent le système DBC qui est similaire au DRG. Le DBC décrit tous les soins que les patients reçoivent en faisant référence à un diagnostic donné.</p> <p>5 305 euros +641 euros par médecin (sur une base mensuelle)</p>	<p>DRG = Diagnoses Related Group ; DBC = Combinaison des traitements de diagnostique (Diagnose Behandel Combinatie). Le système DBC hollandais fait référence au système DRG (utilisé aux Etats-Unis et en Belgique par exemple). Le système DBC est un système plus intégré : le DBC décrit l'historique du patient de son hospitalisation (diagnostique, traitement...) jusqu'à son départ. Le DBC comprend tous les frais du traitement du patient en incluant les médicaments, les examens de laboratoire, le salaire des professionnels de santé, etc. Le système DRG est moins détaillé et il liste moins le détail par rapport au système DBC.</p>
Royaume-Uni	<p>Tarif à la séance d'un montant de : 237,07 euros dans les Unités Principales, 203,62 euros pour les Unités satellites.</p> <p>Dépenses moyennes annuelles par patient : dans les unités principales : 36 982,92 euros, dans les unités satellites : 31 764,72 euros.</p>	<p>Désormais, il n'y a plus de tarif pour la dialyse, en Angleterre. La dialyse est commandée par des groupes d'assistance primaire (Primary Care Trusts) dans le cadre général du service rénal. Les documents de commission et les accords sur les fonds se font localement. Un tarif national pour la dialyse sera prêt en 2008-2009.</p> <p>Pour l'instant, les tarifs se réfèrent aux admissions non urgentes et se basent sur des procédures données. Les tarifs comprennent les frais de rémunération du personnel, le séjour hospitalier et les médicaments.</p>

## Bibliographie

1. Conférence de consensus SANESCO 3-4 décembre 1993  
Evaluation médico-économique de l'hémodialyse quotidienne bilan novembre 2003 Dr Brigitte HOELT
2. J.P Marissal, J.C Saily Eléments de problématique économique dans le domaine de l'épuration extra-rénale, Santé publique 2002, volume 14,n°2,pp. 107-119
3. IGAS, enquête sur le dialyse rénale, rapport n°94.092, septembre 1994
4. Urcam Alsace, Evaluation médico-économique de l'hémodialyse quotidienne, bilan novembre 2003
5. Ersm de Rennes, Prix de revient hebdomadaire des différentes techniques de dialyse, avril 1999
6. Aquitaine, décembre 2001
- 7.C. Chanut et co, Evaluation du coût pour l'assurance maladie, des thérapeutiques substitutives de l'insuffisance rénale chronique, Rev. Epidém. Et Santé Publ., 1991,39, 353-364
- 8.Dr Fl. Cogy Van Weydevelt and co, Insuffisance rénale terminale, analyse et comparatif des coûts et qualité de vie des traitements par hémodialyse et transplantation, Gestions hospitalières, novembre 1995
9. Dr Fl. Cogy Van Weydevelt and co, A cost effectiveness Analysis of Continious Ambulatory Peritoneal Dialysis vs. Self-Care In-Center Hemodialysis in France, Dialysis et transplantation, volume 28, number 2, february 1999.
10. Urcam Centre, Le coût de la dialyse en Urcam centre,
11. Evaluation économique du coût de revient 1996 du centre allégé de dialyse de Morlaix
12. T. Lebrun et co, Mesure de l'intérêt économique de la dialyse hors centre : le cas de la dialyse péritonéale continue ambulatoire, Rev. Epidém. et Santé Publ., 1997,45, 493-507
- 13.J. Pollini et co, évaluation du coût du traitement de l'insuffisance rénale chronique terminale, réflexions sur l'intérêt de ce type d'études et sur le rôle du néphrologue, Néphrologie 19, 245-253,1998
14. Anaes, Evaluation de l'hémofiltration et l'hémodiafiltration avec production en ligne du liquide de substitution, Février 2001.
15. étude de faisabilité de l'Inserm
16. Drs C. Soutif et co, Evaluation économique de la dialyse à l'hôpital H. Duffaut d'Avignon
17. [www.hcfa.gov/pubforms](http://www.hcfa.gov/pubforms)
18. [www.medpac.gov/publications](http://www.medpac.gov/publications)
19. Cpam de Haute-Garonne, insuffisance rénale chronique prise en charge assurée par la cpam de la Haute-Garonne, juin 2003.
- 20.CNAMTS,MOP, Référentiel de Nomenclatures "Valeurs", septembre 2004.
- 21.C. Meyer,P.Fournier,R.Cash, Etude "IRC 2000", l'effcience économique de la prise en charge des maladies rénales en France, Février 1995
- 22.R.Cash,Ph.Fournier,D.Polton, AIDER, étude d'évaluation de la qualité de la prise en charge des insuffisants rénaux chroniques en Bourgogne, mars 1993
23. Dr Fl. Cogy Van Weydevelt, insuffisance rénale terminale analyse et comparatif des coûts des traitements par hémodialyse et transplantation, thèse professionnelle promotion 94, MSESCP

24. Peeters P, Rublee D, Just PM, Joseph A. Analysis and interpretation of cost data in dialysis : review of Western European Literature, Health Policy 2000; 54 : 209-27
25. Dubois J-P, Migon, Aspects réglementaires et économiques de la dialyse péritonéale, Nephrologie, 16 , 1, p. 145-150, 1995.
26. Dor.A, Held (pj), Pauly (M.V), The medical cost of renal dialysis. Evidence from a statistical cost founction, Medical care, 30,10 p.879-891,1992
27. Jacobs C. The costs of dialysis traitements for patients with end-stage renal disease in France. Nephrol Dial Transplant 1997, 12 Suppl 1:29-32
28. Rapport CETS 98-3 RF Hémodialyse et dialyse péritonéale : analyse comparative des rapports coût-efficacité; Montréal: CETS, 1998.xi-37p.