

## Réforme des normes et du financement de la dialyse

Position du CA du GNFB

### I.L'insuffisance rénale terminale en Belgique

L'épidémiologie de l'IR terminale traitée par dialyse ou transplantation est bien connue en Belgique grâce au Rapport National publié annuellement au départ des registres des deux associations professionnelles ( GNFB et NBVN).

Entre 2001 et 2011, le nombre d'insuffisants rénaux terminaux traités en Belgique a augmenté de 57 % passant de 8.463 à 13.292 patients. Le nombre de patients dialysés a augmenté lui aussi entre 2001 et 2011 de 57 % passant de 4890 à 7689 patients. Dans le même temps, le budget de la dialyse a augmenté de 71 % alors que le budget total des soins de santé croissait de 13.8 à 24.1 milliards d'euros ( + 75 %). La part des dépenses dévolue à la dialyse est restée stable à 1.6 % du budget des soins de santé.

L'évolution des chiffres montre que la progression de la prévalence de l'insuffisance rénale terminale traitée diminue (+ 3% en 2011) et que son incidence ( nombre de nouveaux cas/an/million d'habitants) devient stable.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
prévalents	6.2	6.0	5.2	5.6	4.3	5.2	9.5	4.5	4.6	3.6	3.0
incidents	10.5	3.7	-3.3	9.0	-1.7	5.9	-1.3	1.4	5.8	-4.8	-5.6

Tableau I Progression annuelle en % de la prévalence et de l'incidence de l'IR terminale traitée en Belgique

L'augmentation de la prévalence de l'IR terminale est associée à un vieillissement de la population prise en charge : en 2000, 39 % des patients traités avaient plus de 65 ans et la cohorte la plus nombreuse était celles des 65-74 ans ; en 2011, 52 % des patients traités avaient plus de 65 ans et la cohorte la plus nombreuse est devenue celle des 75-84 ans. Malgré cela, le pourcentage de patients greffés est resté stable ( 42.2 % en 2001 et 42.1 % en 2011) et le nombre de patients traités par les méthodes de dialyse alternatives est passé de 27.4 à 33.7 %. Le pourcentage de patients dialysés inscrit en liste d'attente de transplantation rénale est entre 11 et 12 %.

Il faut aussi souligner que sur la période le taux de mortalité a baissé malgré le vieillissement de la population traitée. Le taux de mortalité est clairement plus bas en autodialyse qu' en dialyse en centre, même en excluant les transferts in extremis en centre, ce qui démontre bien que les patients traités en autodialyse constituent une population sélectionnée à comorbidité plus faible.

Nous parlons donc bien d'une population qui ne semble plus destinée à s'accroître indéfiniment et dont malgré l'augmentation de l'âge à la prise en charge, plus de ¾ sont traités soit par la transplantation soit par des techniques alternatives de dialyse, l'hémodialyse en centre ne concernant qu'un patient sur quatre !

L'étude du Collège de Néphrologie sur l'autonomie des patients a bien montré l'atteinte fréquente à l'autonomie des patients dialysés en centre dont le taux de mortalité est également plus élevé confirmant bien qu'il s'agit d'une population dépendante à morbidité plus sévère.

Ces chiffres sont importants à connaître :

- Parce qu'ils montrent l'étendue de l'effort fourni et les résultats obtenus par la communauté néphrologique dans notre pays
- Parce qu'ils permettent de relativiser les espoirs d'économies réalisables par le développement des techniques alternatives de dialyse : le nombre de patients susceptibles d'être traités par des méthodes alternatives n'est pas infini et on peut aisément concevoir que si la dialyse péritonéale ou la dialyse à domicile devaient davantage se développer, ceci se ferait plus au détriment de l'autodialyse qu'à celui de la dialyse en centre.

## **II. Organisation de la dialyse**

1. **Centre de traitement de l'IRC** : Un centre de dialyse doit pouvoir faire bénéficier ses patients de l'ensemble des techniques de traitement substitutifs de l'insuffisance rénale terminale . Il peut soit réaliser lui-même ces traitements soit avoir un accord formalisé avec au moins un autre centre pour y envoyer ses patients : le cas de la transplantation est expressément prévu dans la loi actuelle mais une obligation analogue devrait exister pour la dialyse péritonéale, l'hémodialyse à domicile et même le cas échéant pour l'autodialyse dans le cas où le centre ne proposerait pas lui-même cette technique.
2. **Normes quantitatives et qualitatives**: les normes d'encadrement actuelles pour l'hémodialyse en centre doivent rester telles quelles. La présence d'un néphrologue pendant toute la durée de la dialyse doit rester garantie pour la dialyse en centre. Il n'est pas nécessaire de développer des normes pour les dialyses alternatives de manière à laisser les centres maîtres de leur organisation. Des contrôles de qualité pourraient être réalisés à la demande des autorités sous l'égide du Collège pour le Centre de traitement de l'insuffisance rénale chronique qui nous paraît le mieux placé pour définir des indicateurs de qualité .
3. **Exigence d'un pourcentage minimal de traitements alternatifs** : Le NBVN propose qu'il soit fixé à 30 % . Pour le GNFB, ce critère ne doit pas constituer un critère d'agrément du centre mais intervenir au niveau du financement du centre (voir plus bas).
4. **Transplantation** : La mise en liste d'attente doit être encouragée, par exemple en créant un honoraire forfaitaire spécifique pour le bilan prégreffe attribué au

néphrologue référent. L'honoraire forfaitaire serait également accordé pour un bilan de transplantation d'un donneur vivant. Les transplantations préemptives des 5 dernières années doivent être comptabilisées dans les patients low care du centre. Les transplantations de donneurs vivants des 5 dernières années doivent être comptabilisées dans les patients low care du centre. On peut discuter de l'inclusion dans les low care de l'ensemble des patients greffés des 5 dernières années en revoyant le seuil exigible des patients en low care.

5. **Formation du personnel** : l'absence de certificat de formation pour les infirmières et les techniciens de dialyse fait reposer une importante tâche de formation sur les différentes équipes. Il faut examiner si cette activité que les centres exercent suite au défaut d'autres structures ne pourrait pas se trouver financée par les pouvoirs publics.
  
6. **Collaboration entre les centres** : Elle doit être favorisée et comptabilisée. Les centres qui unissent leurs efforts pour créer une autodialyse devraient pouvoir le faire en l'ouvrant au nom de tous les centres partenaires plutôt que sous le numéro d'agrément d'un seul d'entre eux. Il faut que chaque fois qu'un centre envoie un patient à un autre pour une dialyse alternative, ce patient soit comptabilisé comme un patient low care par le centre référent et non par celui qui réalise le traitement.
  
7. **Moratoire** : Le GNFB n'est pas favorable à la levée du moratoire qui pourrait se solder par une diminution du nombre de patients traités par autodialyse et aboutir à la création de multiples petits centres de dialyse. En revanche on pourrait admettre dans le cadre d'une association de plusieurs centres, la transformation d'une unité d'autodialyse en centre lourd à condition que l'association continue à prendre en charge un pourcentage prédéterminé de patients par des techniques alternatives (voir plus bas).
  
8. **Transport**. Dans la mesure où ils sont récurrents, le coût des transports des patients dialysés peut grever une part importante de leur budget. Ces frais ne sont actuellement qu'incomplètement pris en charge par l'assurance obligatoire. Il conviendrait qu'ils le soient intégralement. De même, lorsqu'un transport en ambulance est indispensable, il devrait être remboursé, moyennant l'accord du médecin-conseil de l'organisme assureur.

### **III. Financement de la dialyse**

1. **Système actuel** : Le système actuel est complexe et peu prévisible. Il consiste en :

- Honoraire exclusivement pour la dialyse en centre
- Forfait pour la dialyse en centre doublement variable : selon le prix de journée de l'institution hospitalière et selon le pourcentage de traitement extrahospitalier
- Forfaits identiques pour tous les hôpitaux pour l'autodialyse, l'hémodialyse à domicile et la dialyse péritonéale où la part médicale n'est pas définie et vis-à-vis desquels les médecins n'ont pas la même protection que pour leurs honoraires.

2. **Honoraire hebdomadaire unique forfaitaire pour toute les modalités** :

C'était la position défendue jusqu'il y a peu par notre groupement . Cette formule présentait de nombreux avantages :

- Simplicité et prévisibilité sur le plan budgétaire
- Suppression de différences de rémunération entre les centres pour des prestations identiques
- Suppression des incitants financiers pour les gestionnaires et les néphrologues à favoriser la dialyse en centre
- Démantèlement d'un système de bonus complexe
- Honoraire médical pour toutes les modalités
- Désignation claire du néphrologue comme maître d'œuvre de l'organisation de la prise en charge

3. **Financement mixte de la dialyse par des honoraires et des forfaits** :

- Un honoraire hebdomadaire unique pour le néphrologue, quel que soit la modalité de dialyse
- Un forfait « high care » pour l'hémodialyse en centre, la dialyse de nuit et la DP ou l'hémodialyse à domicile avec assistance infirmière
- Un forfait « low care » ( 70 % du forfait high care) pour l'autodialyse , la dialyse à domicile et la dialyse péritonéale

- Honoraires = 50 % du budget actuel de la dialyse ( moins les économies prévues) à diviser par le nombre de traitements, payant le néphrologue, les machines et le disponible ( à négocier)
- Forfaits= 50 % du budget de la dialyse (moins les économies prévues) à diviser par le nombre de traitements , payant les locaux et le personnel ( à négocier)
- Cette proposition est plus acceptable par les gestionnaires et conserve beaucoup des avantages de la solution précédente : simplicité et prévisibilité budgétaire, montant identique pour tous les centres, suppression des incitants financiers à la dialyse en centre
- Sur le plan de l'organisation, l'accent est mis sur la nécessaire collaboration entre les néphrologues et les gestionnaires

4. **Démantèlement du système de bonus** : Le système proposé de deux forfaits (high care et low care) identiques pour tous les hôpitaux suppose évidemment le démantèlement du système actuel de bonus. Nos collègues du NBVN proposent de le remplacer par l'obligation pour un centre de réaliser 30 % des traitements par des méthodes alternatives. La mise en place d'un tel système est envisageable, pour autant :

- Que ce seuil soit négocié
- Que cette exigence ne soit pas une norme d'agrément du centre
- Que le centre puisse inclure dans ses patients low care ceux qu'il aurait transférés à un autre centre pour qu'il effectue ces traitements (p. ex. patients envoyés pour faire de la DP ou de l'hémodialyse à domicile) et certains des patients greffés (cf plus haut)
- Si un centre ne réalise malgré tout pas le quota exigé (il fait x % de low care au lieu des n % exigés), (n-x)% de ses hémodialyses en centre seront facturées comme des dialyses low care (c'est l'équivalent appliqué à la dialyse) des montants de référence).

5. **Economies** : En attendant les réformes, la moins mauvaise façon de les faire consiste en une réduction proportionnelle de tous les éléments du financement de la dialyse (honoraires et forfaits) .