

NOTICE TECHNIQUE

n° ATIH -505 - 7 -2019

du 1er octobre 2019

Campagne tarifaire et budgétaire 2019

Forfaits pathologies chroniques Maladie rénale chronique stade 4 ou 5

La présente notice vise à informer les établissements de santé des éléments permettant la mise en œuvre de la rémunération forfaitaire de la maladie rénale chronique stade 4 ou 5 pour l'année 2019 à partir du 1er octobre.

Suite à la publication du décret n°2019-977 du 23 septembre 2019 et de l'arrêté du 25 septembre 2019 (NOR: SSAH1927614A), la prise en charge par l'assurance maladie de ces forfaits est subordonnée au recueil et à la transmission par les établissements concernés, de certaines informations.

Cette notice est composée de trois annexes :

- L'annexe 1 décrit les éléments de contexte
- L'annexe 2 précise les modalités de financement, de versement et de facturation
- L'annexe 3 décrit les consignes, le format de recueil, le circuit d'information, et la transmission des données.

Je vous saurai gré de bien vouloir porter ces informations à la connaissance des établissements de santé de votre région concernée par son contenu, et vous prie d'accepter mes remerciements anticipés.

Le directeur général
Housseyni Holla



Annexe 1 : Le contexte

La stratégie nationale de santé 2018-2022 a retenu comme premier axe stratégique la mise en place d'une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie. Parmi les actions opérationnelles retenues, figure le développement d'une politique de repérage, de dépistage, et de prise en charge précoces des pathologies chroniques.

La maladie rénale chronique a été ciblée, avec pour objectif d'améliorer le suivi et l'accompagnement des patients en vue de retarder la survenue de complications et l'entrée en phase de suppléance.

En 2019 se met en place une rémunération forfaitaire annuelle matérialisant la prise en charge des patients atteints d'une maladie rénale chronique aux stades 4 et 5, dont le Débit de Filtration Glomérulaire (DFG) est inférieur à 30ml/min/1,73m² selon la formule CKD-EPI, et à l'exclusion des patients dialysés, transplantés ou pris en charge par une équipe de soins palliatifs.

Ces forfaits ont pour vocation de permettre à chaque équipe spécialisée, de mettre en place ou de renforcer une prise en charge coordonnée et de qualité autour de ces patients.

Le cadre de financement forfaitaire est précisé dans le décret n°2019-977 du 23 septembre 2019 relatif à la rémunération forfaitaire des établissements de santé pour certaines pathologies chroniques prévue par l'article L. 162-22-6-2 du code de la sécurité sociale.

Les nouveautés détaillées dans ces annexes sont portées essentiellement par l'arrêté du 25 septembre 2019 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de maladie rénale chronique. La date de mise en œuvre est le 1^{er} octobre 2019.

Annexe 2

Modalités de financement, de versement et de facturation

Les nouveautés détaillées dans cette annexe sont portées essentiellement par l'arrêté du 25 septembre 2019 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de maladie rénale chronique.

I. Description du modèle de financement

a. Périmètre des prises en charge

Les prises en charge couvertes par la rémunération forfaitaire sont :

- Les consultations, y compris les téléconsultations et télé-expertise pour les patients de la file-active, réalisées par le médecin néphrologue ;
- Les forfaits et catégories de prestations SE, APE et AP2
- Les interventions et les actes non médicaux réalisés par des professionnels paramédicaux, socio-éducatifs, ou tout autre professionnel mettant en œuvre notamment des actions d'éducation thérapeutique en dehors des programmes labélisés ou des actions d'activité physique adaptée ;
- Les actes médicaux non techniques suivants (classification NGAP) concernant la prise en charge au titre de la maladie rénale tels que définis ci-dessus :

Libellé	Code	Inclus dans le forfait
AMI Soins infirmiers	AMI	Oui
APC Avis ponctuel de consultant au cabinet (ou à domicile) pour les médecins de toutes spécialités (hors psychiatres, neuropsychiatres ou neurologues)	APC	Oui si néphrologue salarié
APU Avis ponctuel de consultant des professeurs des universités-praticiens hospitaliers (en activité)	APU	Oui si néphrologue salarié
C Consultation	C	Oui si néphrologue salarié
CS Consultation spécialiste	CS	Oui si néphrologue salarié
G consultation au cabinet majorée de la majoration pour le médecin généraliste	G	Oui si néphrologue salarié
GS consultation au cabinet par le médecin spécialiste qualifié en médecine générale avec la majoration pour le médecin généraliste	GS	Oui si néphrologue salarié
MCS Majoration coordination spécialiste	MCS	Oui si néphrologue salarié
MM Majoration milieu de nuit	MM	Oui si néphrologue salarié
MPC majoration forfaitaire transitoire applicable à la CS	MPC	Oui si néphrologue salarié
TC consultation à distance réalisée entre un médecin spécialiste et un patient (téléconsultation)	TC	Oui si néphrologue salarié
TE 1 / TE 2 télé expertise de niveaux 1 ou 2	TE1 TE2	Oui si néphrologue salarié

Sont notamment exclus du périmètre de la rémunération forfaitaire et font l'objet d'une facturation selon les règles en vigueur :

- Les consultations réalisées par un autre médecin que le médecin néphrologue de l'équipe pluri professionnelle ;
- Les hospitalisations de jour et les hospitalisations complètes ;
- Les actes médicaux techniques au sens des classifications CCAM et NABM ;
- Les actes médicaux non techniques ne figurant pas sur la liste mentionnée ci-dessus ;
- Les honoraires des médecins libéraux exerçant dans les établissements privés lucratif du code ou ceux exerçant dans les établissements publics conformément aux dispositions des articles L. 6154-1 à L. 6154-7 du code de la santé publique ;

- Les honoraires des médecins libéraux exerçant dans les établissements privés non lucratifs conformément aux dispositions de l'article 57 de la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé ;
- La rémunération des médecins salariés dans les établissements privés ;
- Les médicaments inscrits sur la liste en sus ;
- Les médicaments figurant sur la liste de rétrocession conformément aux dispositions de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique.

b. Conditions d'éligibilité et engagements de l'établissement

Les établissements éligibles à la rémunération forfaitaire sont les établissements qui prennent en charge annuellement au moins 220 patients. Pour les années 2019 et 2020, ce nombre de patients est mesuré sur la base des données d'activité de l'année concernée, déclarées par les établissements de santé concernés auprès des agences régionales de santé. **Le seuil est apprécié au niveau de l'entité juridique et l'éligibilité concerne l'ensemble des entités géographiques prenant en charge les patients au sein de l'entité juridique.**

A compter de l'année 2021, le nombre de patients sera mesuré sur la base des données d'activité de l'année antérieure, transmises via le PMSI (articles L.6113-7 et L.6113-8 du code de la santé publique).

Sur proposition du directeur général de l'agence régionale de santé, il peut être dérogé au nombre minimal de patients en vue de garantir l'accessibilité territoriale des patients aux prises en charge concernées. Un autre type de dérogation peut être accordé par conventionnement entre établissement en vue d'atteindre le seuil d'éligibilité de la file active. **Pour les établissements ayant conclu une convention de coopération organisant le suivi des patients :**

- La file active de l'ensemble des établissements de la convention doit atteindre 220 patients ;
- Un seul des établissements peut être déclaré éligible au versement de la rémunération forfaitaire ;
- L'établissement éligible transmet via le PMSI l'ensemble de l'activité des établissements de la convention ;
- Seul l'établissement éligible perçoit la rémunération forfaitaire, dont le niveau de tarification dépend du secteur de financement (ex DG ou ex OQN).
- L'ensemble des établissements concernés par la convention ne facturent plus de prestations ni de consultations pour les patients inclus dans le périmètre concernant les prises en charge couvertes par la rémunération forfaitaire ;
- La répartition de la rémunération forfaitaire entre établissements est fixée librement par la convention de coopération.

Les établissements sont inscrits sur la liste, pour une durée de trois ans. Cette liste est révisable tous les ans afin d'y intégrer de nouveaux établissements atteignant le nombre minimal de patients.

Les établissements de santé qui ne sont pas éligibles à la rémunération forfaitaire (et qui ne sont pas impliqués dans une coopération) continuent de facturer leurs prestations conformément aux dispositions des articles L. 162-22-6 et R. 162-33-1 du code de la sécurité sociale.

Lorsqu'un établissement de santé est éligible à la rémunération forfaitaire, il met en place une équipe pluriprofessionnelle comprenant selon le nombre de patients pris en charge et leurs besoins de santé :

- Un ou plusieurs médecins néphrologues ;
- Un ou plusieurs infirmiers exerçant des missions de coordination ;
- Un ou plusieurs diététiciens ;

Et, en tant que de besoin, un ou plusieurs autres professionnels paramédicaux, socio-éducatifs ou exerçant des activités d'activité physique adaptée.

c. Principe de calcul de la dotation annuelle

Le décret d'application décrit un modèle mixte avec une part de recettes minimales garanties et une autre part attribuée en fonction de l'activité produite.

La valorisation de l'activité correspond au nombre de patients relevant du périmètre multiplié par le montant de la rémunération forfaitaire au patient, déduction faite des minorations prévues dans l'arrêté et décrites ci-dessous. Les catégories de rémunération forfaitaires annuelles visant à couvrir la prise en charge des patients atteints de MRC sont les suivantes :

Forfait	Libellé	Secteur ex-DG	Secteur ex-OQN
FMRC 4	Patient adulte au stade 4	375€	270€
FMRC 5	Patient adulte au stade 5	575€	370€

Afin de percevoir l'intégralité du forfait, l'établissement doit satisfaire aux conditions minimales suivantes, pour chaque patient pris en charge :

1. Avoir réalisé au moins une consultation de néphrologue
2. Avoir réalisé au moins une séance avec un infirmier pour l'accompagnement du patient à la gestion de sa pathologie
3. Avoir réalisé au moins une séance avec le diététicien

Dans le cas où le patient n'aura pas eu au moins une consultation de néphrologue durant l'année écoulée, l'établissement ne percevra aucune rémunération pour la prise en charge de ce patient. Cette minoration sera prise en compte dès l'année 2019.

Dans le cas où l'établissement éligible ne respecte pas les conditions prévues au 2° et au 3°, le montant de la rémunération forfaitaire annuelle perçue pour ce patient est minoré de 33 % par condition non-respectée. Ces minorations ne seront prises en compte qu'à partir de 2020.

Pour les années 2019 et 2020, les minorations seront appliquées lors de la régularisation des versements (cf. partie II.a de la présente annexe).

La valorisation de l'activité est réalisée sur la base du nombre patients pris en charge au niveau de l'entité juridique ou dans le cadre d'une coopération sur la base du nombre de patients recueilli et transmis par l'établissement éligible à la rémunération forfaitaire.

La garantie minimale correspond au nombre de patients correspondant au seuil d'éligibilité multiplié par le montant annuel moyen national par patient. Le montant annuel moyen national par patient correspond aux remboursements versés par l'assurance maladie l'année antérieure sur l'ensemble de l'activité nationale divisés par le nombre total de patients pris en charge la même année. La garantie minimale ne s'applique qu'à partir de l'exercice 2020 au moment de la régularisation des versements au plus tard le 31 mai 2021 (cf. partie II.a de la présente annexe).

Le coefficient géographique (article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale) s'applique le cas échéant lors du calcul de la valorisation de l'activité et lors du calcul du montant garanti.

Ainsi la **dotation annuelle MRC** correspond pour l'année 2019 à la valorisation de l'activité, déduction faite de la minoration prévue lorsque le patient n'a pas réalisé au moins une consultation de néphrologue dans l'année.

Illustration de calcul de dotation pour 2019 :

Les illustrations sont basées sur les tarifs de 2019 du secteur ex DG, à savoir 375€ pour le stade 4 et 575€ pour le stade 5.

2019 – Exemple 1	Source	Forfait	Effectif	Effectif sans consultation néphrologue	Valorisation sans minoration	Valorisation avec minoration
Nb patients stade 4	Recueil 2019	375	150	2	56 250	55 500
Nb patients stade 5	Recueil 2019	575	100	5	57 500	54 625
Dotation MRC			250	7	113 750	110 125

- La dotation MRC correspond à la valorisation de l'activité déduction faite de la minoration prévue lorsque le patient n'a pas réalisé au moins une consultation de néphrologue dans l'année = $375 * (150 - 2) + 575 * (100 - 5) = 110\ 125€$;
- Pour 2019 la minoration ne concerne que l'absence de consultation de néphrologue au cours de la période d'octobre à décembre 2019. Elle correspond dans l'exemple à un montant de 3 625€ (113 750 – 110 125).

A compter de l'année 2020, lorsque la valorisation de l'activité est inférieure à la garantie minimale, la **dotation MRC** de l'établissement correspond au montant de la garantie, déduction faite des minorations prévues par l'arrêté. Dans le cas contraire, elle correspond à la valorisation de l'activité.

Illustration de calcul de dotation pour 2020 :

Les illustrations sont toujours basées sur les tarifs de 2019 du secteur ex DG, à savoir 375€ pour le stade 4 et 575€ pour le stade 5.

Premier exemple :

2020 – Exemple 1	Source	Forfait	Effectif	Effectif sans consultation néphrologue	Effectif avec consult mais sans séance infirmier	Effectif avec consult mais sans séance diététicien	Effectif avec consult mais sans séance diététicien et infirmier	Valorisation sans minoration	Valorisation avec minoration
Nb pat stade 4	Recueil 2020	375	550	2	3	2	5	206 250	203 606
Nb pat stade 5	Recueil 2020	575	320	5	-	-	-	184 000	181 125
Total activité			870	7	3	2	5	390 250	384 731
Garantie		455	220						100 100
Dotation MRC									384 731

- La valorisation de l'activité correspond à la valorisation de l'activité déduction faite des minorations prévues dans l'arrêté : = $375 * (550 - 2 - 3 - 2 - 5) + 375 * (3+2) * 66\% + 375 * 5 * 33\% + 575 * (320 - 5) = 384\ 731€$
- Pour 2020, les minorations concernent l'ensemble des conditions minimales prévues dans l'arrêté (cf. I.c). Elles correspondent dans l'exemple à un montant de 5 519€ (390 250– 384 731).

- La part garantie, lorsque l'établissement n'est pas éligible au titre d'une dérogation, correspond au nombre de patients correspondant au seuil d'éligibilité multiplié par le montant annuel moyen national par patient = $220 * 455^1 = 100\ 100\text{€}$
- La dotation MRC correspond à la valorisation de l'activité déduction faite des minorations prévues dans l'arrêté car celle-ci est supérieure à la part garantie.

Deuxième exemple

2020 – Exemple 2	Source	Forfait	Effectif	Effectif sans consultation néphrologue	Effectif avec consult mais sans séance infirmier	Effectif avec consult mais sans séance diététicien	Effectif avec consult mais sans séance diététicien et infirmier	Valorisation sans minoration	Valorisation avec minoration
Nb pat stade 4	Recueil 2020	375	110	-	-	-	-	41 250	41 250
Nb pat stade 5	Recueil 2020	575	70	3	-	-	5	40 250	36 599
Total activité			180	-	-	-	5	81 500	77 849
Garantie		455	220						100 100
Dotation MRC									96 449

- La valorisation de l'activité correspond à la valorisation de l'activité déduction faite des minorations prévues dans l'arrêté : $= 375 * 110 + 575 * (70 - 3) = 77\ 849\text{€}$
- Pour 2020, les minorations concernent l'ensemble des conditions minimales prévues dans l'arrêté (cf. I.c). Elles correspondent dans l'exemple à un montant de 3 651€ ($81\ 500 - 77\ 849$).
- La part garantie, lorsque l'établissement n'est pas éligible au titre d'une dérogation, correspond au nombre de patients correspondant au seuil d'éligibilité multiplié par le montant annuel moyen national par patient = $220 * 455 = 100\ 100\text{€}$
- La dotation MRC correspond à la part garantie car elle est supérieure à l'activité, déduction faite des minorations prévues dans l'arrêté = $100\ 100 - 3\ 651 = 96\ 449\ \text{€}$

Le modèle de financement a vocation à évoluer afin de prendre en compte manière progressive et évolutive :

- Les différentes caractéristiques des patients, qui peuvent nécessiter des soins et / ou un accompagnement différent,
- L'incitation à l'amélioration de la qualité.

Ces évolutions sont conditionnées à la mise en œuvre de recueils complémentaires, qui seront mis en place en 2020.

¹ 455[€] est une hypothèse fixée à titre illustrative. In fine Le montant annuel moyen national par patient correspond aux remboursements versés par l'assurance maladie l'année antérieure sur l'ensemble de l'activité nationale divisés par le nombre total de patients pris en charge la même année

II. Modalités techniques de versement et facturation

a. Modalités techniques de versement

Pour 2019, la dotation annuelle sera notifiée par les ARS pour l'ensemble des établissements éligibles à travers un arrêté spécifique.

Comme l'activité de l'année antérieure n'est pas directement mesurable à partir des remontées d'information actuelles (le recueil d'information étant mis en place à partir du 1^{er} octobre 2019), **une avance de versement** est mise en place.

Cette avance est fixée selon le nombre de patients déclarés par les établissements éligibles à l'agence régionale de santé (cf. I.b sur les conditions d'éligibilités) :

- Si le nombre de patients stade 4 et 5 est détaillé par l'établissement à l'ARS, alors l'avance totale au titre de 2019 est égale à : $25\% \text{ nb patients stade 4} * \text{forfait stade 4} + 25\% \text{ nb patients stade 5} * \text{forfait stade 5}$;
- Si le nombre de patients stade 4 et 5 n'est pas détaillé par l'établissement à l'ARS, alors l'avance totale au titre de 2019 est égale à : $25\% \text{ nb patients} * (80\% \text{ forfait stade 4} + 20\% \text{ forfait stade 5})$.

L'avance de versement ne prend ni en compte la part garantie, ni les minorations prévues dans l'arrêté (cf. I.c). Cette avance doit être notifiée par l'ARS au plus tard le 10 octobre pour un premier versement le 20 octobre. Le versement mensuel d'Octobre à Décembre 2019 correspond, chaque mois, au tiers du montant notifié. Dans le cas où la notification interviendrait ultérieurement, il sera nécessaire de calculer l'avance mensuelle comme égale au montant de l'avance notifié divisé par le nombre de versement restant pour l'année.

Le calcul définitif de la dotation sera opéré au plus tard le 31 mai 2020 sur la base du nombre de patients pris en charge d'octobre à décembre 2019 selon les informations transmises via le PMSI et selon les règles de valorisation définies dans le paragraphe précédent pour 2019 (pas de garantie et minoration prévue lorsque le patient n'a pas réalisé au moins une consultation de néphrologue dans l'année). Une nouvelle dotation fixée au titre de l'année 2019 sera notifiée, remplaçant la précédente notification.

L'avance de versement et le calcul définitif de la dotation prennent en compte l'application du coefficient géographique (article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale).

L'avance de versement et la régularisation sont déterminées pour 2019 sur la base du nombre de patients pris en charge au niveau de l'entité juridique ou dans le cadre d'une coopération sur la base du nombre de patients déclaré et recueilli par l'établissement éligible à la rémunération forfaitaire. Plus spécifiquement :

- Pour les versements des établissements ex OQN, l'arrêté notifié par l'ARS doit préciser toutes les entités géographiques de l'entité juridique concernés par la rémunération forfaitaire et que les versements sont réalisés sur une seule des entités géographiques ;
- Pour les versements des établissements ayant établis une convention de coopération, l'arrêté de l'ARS doit préciser toutes les entités géographiques concernées par la rémunération forfaitaire et que par convention les versements sont réalisés sur l'entité juridique éligible.

Illustration de versement pour 2019

	Année 2019 - Exemple 1	Effectif	Source	Forfait	Montant	Versement
Avance de Versement	Nb patients stade 4	500	Déclaration ARS	375	46 875	
	Estimation annuelle					
	Nb patients stade 5	300	Déclaration ARS	575	43 125	
	Estimation annuelle					
Avance à notifier				90 000	Notification ARS	
Versement mensuel (chaque mois pendant 3 mois)				30 000	Versement par la CPAM	
Régularisation	Nb patients stade 4	150	Recueil 2019			
	Réellement pris en charge sur la période					
	Nb patients stade 5	100	Recueil 2019			
	Réellement pris en charge sur la période					
	Dotation MRC finale au titre de 2019				110 125	Notification ARS
Régularisation (en une fois)				20 125	Versement par la CPAM	

Dans cet exemple :

- L'avance à notifier correspond à 25% du nombre de patients déclarés par les établissements éligibles à l'agence régionale de santé (cf. I.b sur les conditions d'éligibilités) multiplié par le montant de la rémunération forfaitaire de 2019 = $500 * 25\% * 375 + 300 * 25\% * 575 = 90\ 000\text{€}$
 - o Dans le cas où le nombre de patients ne serait pas détaillé en stades 4 et 5 dans la déclaration de l'établissement à l'ARS, l'avance correspondrait à = $(500+300) * 25\% * (80\% * 375 + 20\% * 575) = 83\ 000\text{€}$.
- Le versement mensuel d'Octobre à Décembre 2019 correspond au tiers du montant notifié soit 30 000€.
- La régularisation opérée au plus tard le 31 mai 2020 correspond à la dotation MRC basée sur l'activité recueillie d'octobre à décembre 2019 moins l'avance de versement = 110 125 (cf. exemple 1 de 2019 dans la partie I.c) – 90 000 = 20 125€

Pour 2020,

Pour l'ensemble des établissements, la dotation annuelle sera notifiée à travers l'arrêté portant notification des dotations MIGAC, DAF, du forfait global de soins USLD et des forfaits annuels. Une nouvelle ligne devra être identifiée relative au versement de la dotation annuelle MRC. Comme pour les autres dotations, la dotation MRC notifiée et versée devra être renseignée, pour chaque établissement, par les ARS dans le dispositif HAPI.

Le système d'avance de versement et de régularisation est reproduit. **L'avance de versement** est fixée selon le nombre de patients déclarés par les établissements éligibles à l'agence régionale de santé (cf. I.b sur les conditions d'éligibilités) :

- Si le nombre de patients stade 4 et 5 est détaillé par l'établissement à l'ARS, alors l'avance totale au titre de 2019 est égale à : $25\% \text{ nb patients stade 4} * \text{forfait stade 4} + 25\% \text{ nb patients stade 5} * \text{forfait stade 5}$;
- Si le nombre de patients stade 4 et 5 n'est pas détaillé par l'établissement à l'ARS, alors l'avance totale au titre de 2019 est égale à : $25\% \text{ nb patients} * (80\% \text{ forfait stade 4} + 20\% \text{ forfait stade 5})$.

L'avance de versement ne prend ni en compte la part garantie, ni les minorations prévues dans l'arrêté (cf. I.c). Cette avance doit être notifiée par l'ARS au plus tard le 10 janvier pour un premier versement le 20 janvier. Le versement mensuel en 2020 correspond au douzième du montant notifié. Dans l'attente de la notification de l'avance de versement de 2020, les établissements perçoivent des acomptes mensuels qui correspondent

aux versements mensuels perçus au titre des avances de 2019. Dès notification de l'avance de 2020, ces acomptes mensuels font l'objet d'une régularisation.

Le calcul définitif de la dotation sera opéré au plus tard le 31 mai 2021 sur la base du nombre de patients pris en charge en 2020 selon les informations transmises via le PMSI et selon les règles de valorisation définies dans le paragraphe précédent pour 2020 (garantie et minorations prévues par l'arrêté). Elle se matérialisera à travers la notification, par établissement, d'une nouvelle dotation fixée au titre de l'année 2020, remplaçant la précédente notification.

L'avance de versement et la régularisation sont déterminées pour 2020 sur la base du nombre de patients pris en charge au niveau de l'entité juridique ou dans le cadre d'une coopération sur la base du nombre de patients déclaré et recueilli par l'établissement éligible à la rémunération forfaitaire. Plus spécifiquement :

- Pour les versements des établissements ex OQN, l'arrêté notifié par l'ARS doit préciser toutes les entités géographiques de l'entité juridique concernés par la rémunération forfaitaire et que les versements sont réalisés sur une seule des entités géographiques ;
- Pour les versements des établissements ayant établis une convention de coopération, l'arrêté de l'ARS doit préciser toutes les entités géographiques concernées par la rémunération forfaitaire et que par convention les versements sont réalisés sur l'entité juridique éligible.

Illustration de versement pour 2020

	Année 2020 - Exemple 1	Effectif	Source	Forfait	Montant	Versement
Avance de Versement	Nb patients stade 4 Estimation annuelle	500	Déclaration ARS	375	187 500	
	Nb patients stade 5 Estimation annuelle	300	Déclaration ARS	575	172 500	
	Avance à notifier				360 000	Notification ARS
	Versement mensuel (chaque mois pendant 12 mois)				30 000	Versement par la CPAM
Régularisation	Nb patients stade 4 Réellement pris en charge sur la période	550	Recueil 2020			
	Nb patients stade 5 Réellement pris en charge sur la période	320	Recueil 2020			
	Dotation MRC totale au titre de 2020				384 731	Notification ARS
	Régularisation (en une fois)				24 731	Versement par la CPAM

Dans cet exemple :

- L'avance à notifier correspond au nombre de patients déclarés par les établissements éligibles à l'agence régionale de santé (cf. I.b sur les conditions d'éligibilités) multiplié par le montant de la rémunération forfaitaire de 2019 = $500 * 375 + 300 * 575 = 360\ 000\text{€}$
 - o Dans le cas où le nombre de patients ne serait pas détaillé en stades 4 et 5 dans la déclaration de l'établissement à l'ARS, l'avance correspondrait à $= (500+300) * (80\% * 375 + 20\% * 575) = 332\ 000\text{€}$.
- Le versement mensuel de Janvier à Décembre 2020 correspond au douzième du montant notifié soit 30 000€.
- La régularisation opérée au plus tard le 31 mai 2021 correspond à la dotation MRC basée sur l'activité recueillie de janvier à décembre 2020 moins l'avance de versement = $384\ 731$ (cf. exemple 1 de 2020 dans la partie I.c) – $360\ 000 = 24\ 731\text{€}$

C'est à partir de 2021 que le système de régularisation va disparaître et que la dotation annuelle sera calibrée en fonction de l'activité de l'année antérieure.

A partir de 2021, la dotation annuelle MRC est fixée en fonction du nombre de patients pris en charge l'année antérieure et des règles de valorisation définies dans le paragraphe précédent. Les montants sont notifiés par le directeur général de l'agence régionale de santé aux établissements dans un délai de quinze jours suivant la réception des données d'activité. Les caisses de l'assurance maladie versent ensuite chaque mois une allocation mensuelle correspondant à un douzième de la dotation annuelle. Le montant sera versé en une seule fois le 5 de chaque ou le dernier jour ouvré précédant cette date si ce jour n'est pas ouvré.

Dans l'attente de la notification de 2021, les établissements perçoivent des acomptes mensuels qui correspondent aux versements mensuels perçus au titre des avances de 2020. Dès notification de 2021, ces acomptes mensuels font l'objet d'une régularisation.

b. Facturation des actes et consultations externes

Pour les patients inclus dans la file active des établissements éligibles, les prestations couvertes par la rémunération forfaitaire décrites dans la partie I.a de la présente annexe ne doivent plus faire l'objet d'une facturation directe à l'assurance maladie :

Plus spécifiquement pour les établissements ex DG, les prestations ne doivent plus faire l'objet d'une transmission en FIDES des lignes de factures correspondantes. Cependant, un RSF-ACE doit être produit dans lequel ces prises en charge doivent figurer avec la variable « séjour facturable à l'assurance maladie » renseignée à '0' et « motif de non-facturation » renseignée à '7' « patient relevant d'un forfait pathologies chroniques ». Les autres prestations sont exclues du périmètre de la rémunération forfaitaire et continuent de faire l'objet d'une facturation selon les règles actuellement en vigueur.

Plus spécifiquement pour les établissements ex OQN, les interventions et les actes non médicaux réalisés par des professionnels paramédicaux, socio-éducatifs, ou tout autre professionnel mettant en œuvre notamment des actions d'éducation thérapeutique ne doivent pas faire l'objet d'une facturation sur le bordereau S3404. Les autres prestations sont exclues du périmètre de la rémunération forfaitaire et font l'objet d'une facturation selon les règles actuellement en vigueur.

Annexe 3

Consignes et format de recueil

Suite à la publication de l'arrêté du 25 septembre 2019, la prise en charge par l'assurance maladie des forfaits pathologie chronique pour la maladie rénale chronique de stade 4 ou 5 (FPC MRC) est subordonnée au recueil et à la transmission de certaines informations.

I. Informations nouvelles à recueillir

La liste des variables à recueillir est fixée dans l'annexe 1 de l'arrêté du 25 septembre 2019 suscitée. Des consignes sont données dans le guide de recueil des variables des forfaits FPC MRC mis en ligne sur le site de l'ATIH².

Le recueil débute à la date d'entrée en vigueur de l'arrêté (le 1^{er} octobre 2019). Tous les patients répondant aux critères d'inclusion, sans critère d'exclusion, ayant été en contact avec l'équipe pluriprofessionnelle au sein de l'établissement éligible du 1^{er} octobre au 31 décembre 2019 font l'objet du recueil 2019. Sont ainsi inclus des patients déjà suivis dans l'établissement éligible et de nouveaux patients rejoignant la file active.

Pour 2019, le versement de la dotation annuelle MRC se basera sur le renseignement des variables suivantes :

- FINESS juridique ;
- FINESS géographique ;
- IPP ;
- Stade de la maladie rénale chronique ;
- Nombre de consultations de néphrologue.
- Les autres variables permettent de décrire les caractéristiques des patients de la file active de l'établissement éligible et leur suivi par l'équipe pluriprofessionnelle. Elles ont vocation à permettre d'ajuster progressivement les forfaits aux principales caractéristiques des patients.

Deux variables permettant d'identifier le fichier DATEXP décrit ci-dessous ont été ajoutées par rapport aux variables listées dans l'arrêté : numéro d'enquête, toujours égal à N9904 et numéro de fichier toujours égal à 1.

De nouvelles variables de résultats seront à recueillir à partir de 2020 (indicateurs relatifs à la qualité de la prise en charge et de l'expérience patient) ; des informations complémentaires seront apportées dans une prochaine notice.

II. Format

Les informations sont à transmettre à l'ATIH dans un fichier DATEXP, c'est-à-dire un fichier au format CSV (séparateur point-virgule).

Le fichier contient obligatoirement un entête en 1^{ère} ligne constitué des noms fixes de colonnes correspondant aux variables.

² <https://www.atih.sante.fr/mco/documentation>

Pour plus de détail, se référer au fichier format du forfait « maladie rénale chronique », disponible sur le site de l'ATIH³.

III. Circuit de l'information

Du fait de la grande hétérogénéité des systèmes d'information et de l'organisation du codage au sein des établissements éligibles, il n'est pas possible de préconiser une organisation type pour le recueil FPC MRC. Chaque établissement éligible devra déterminer comment repérer la file active et comment centraliser et fiabiliser l'information à recueillir, et veiller aux aspects de sécurité et confidentialité des données avant leur transmission.

Certains établissements pourront intégrer dans leur dossier patient informatisé, partagé par l'équipe pluriprofessionnelle, un questionnaire contenant les variables du recueil FPC MRC. Une maquette de questionnaire est disponible sur le site de l'ATIH⁴. Ceci permettra une saisie collaborative par chaque intervenant, sur plusieurs postes et dans un environnement sécurisé, des données de suivi des patients de la file active, ainsi qu'une intégration des données administratives. Un export de ces données, dans le format attendu, sera ensuite nécessaire, avant la transmission par l'établissement des fichiers DATEXP dans les logiciels adéquats (GENRSA pour les établissements publics et AGRAF pour les établissements privés).

Pour les établissements n'ayant pas la possibilité d'un recueil intégrant les données à partir du DPI, un logiciel pourra être fourni par l'ATIH en novembre. Il s'agira d'une interface de saisie de données collectées au cours du suivi de patients de la file active, avec une fonction d'export dans le format DATEXP. Ce logiciel ne pourra être installé que sur un poste par établissement (géographique), sur un client lourd. L'ATIH travaille actuellement à sécuriser cet outil avant sa diffusion et l'implémentation de plusieurs autres fonctionnalités (import des données administratives, import d'un recueil réalisé dans un autre établissement pour constitution de la base au niveau de l'établissement éligible – l'entité juridique). Un guide d'utilisation de l'interface sera disponible sur le site de l'ATIH.

Des contrôles en amont de la transmission sont préconisés : en premier lieu, le fichier ne doit comporter qu'une ligne par patient de la file active de l'établissement éligible. Une attention particulière doit également être portée à l'exactitude des données administratives (FINESS, IPP, date de naissance, sexe). Un document sera prochainement publié sur le site de l'ATIH sur les contrôles et certains seront intégrés dans les outils de transmission.

Le cas échéant, les bases de données de différents établissements géographiques relevant d'un même établissement juridique (hors convention de coopération) devront être assemblées pour constituer une base unique à l'échelle de l'établissement juridique, soit une seule ligne pour chaque couple IPP/ FINESS juridique. Si un patient venait à être pris en charge sur plusieurs établissements géographiques appartenant à une même entité juridique, **il convient donc de ne produire qu'une seule ligne pour ce patient à l'échelle de l'établissement juridique**. La transmission doit être réalisée uniquement par l'établissement juridique qui doit transmettre une base de données consolidée issue des différents recueils des établissements géographiques. Cette consigne concerne aussi bien les établissements ex DG que les établissements ex OQN.

Dans le cas d'établissements ayant conclu une convention de coopération afin d'organiser le suivi des patients, l'établissement juridique éligible au versement de la rémunération forfaitaire est responsable de la transmission des données. Dans ce cadre, le FINESS géographique renseigné dans le recueil est celui de l'établissement exécutant la prise en charge relevant du forfait et le FINESS juridique est celui de

³ <https://www.atih.sante.fr/mco/documentation>

⁴ <https://www.atih.sante.fr/mco/documentation>

l'établissement qui assure la transmission des données. **Il convient donc de ne produire qu'une seule ligne pour ce patient à l'échelle de l'établissement juridique éligible.**

Enfin, un thème « **Forfait pathologie chronique : MRC** » a été créé dans Agora. Une synthèse sous forme de réponses aux questions les plus fréquemment posées sera proposée d'ici novembre.

Des informations complémentaires seront produites dans une prochaine notice.

IV. Transmission des données, calendrier et validation

La remontée des données s'effectuera par passage dans GENRSA et non PREFACE pour les établissements ex DG et AGRAF pour les établissements ex OQN.

Pour les établissements ex DG, un RSF-ACE doit continuer d'être transmis pour les prises en charge relevant du forfait avec la variable « séjour facturable à l'assurance maladie » renseignée à '0' et « motif de non-facturation » renseignée à '7' *patient relevant d'un forfait pathologies chroniques*. Pour les établissements ex OQN, les consignes de facturation des honoraires des néphrologues libéraux sont inchangées.

La remontée d'information en format DATEXP devra se faire pour les remontées PMSI suivantes : M6 et M12, les autres mois sont facultatifs. Pour 2019, la première remontée sera donc celle de M12, avec une antériorité depuis la date d'entrée en vigueur de l'arrêté du 25 septembre 2019, c'est-à-dire le 1^{er} octobre 2019. Le fichier peut être transmis à partir de M10 2019 de façon facultative.

Les données doivent être validées par les ARS qui auront à disposition pour ce faire, un tableau OVALIDE d'exhaustivité des données recueillies à partir de M12.