

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

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 en application de l'article L. 162-22-6-2 du code de la sécurité sociale

NOR : SSAH1927614A

La ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 6113-7 et L. 6113-8 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-22-6, L. 162-22-6-2 et R. 162-33-16-1 ;

Vu l'arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie en date du 24 septembre 2019 ;

Vu l'avis du Conseil central d'administration de la mutualité sociale agricole en date du 17 septembre 2019 ;

Vu l'avis de la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles en date du 19 septembre 2019,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – En application des articles L. 162-22-6-2 et R. 162-33-16-1 du code de la sécurité sociale, la maladie rénale chronique (MRC) aux stades 4 et 5, dont la définition figure à l'article 2 du présent arrêté, fait l'objet d'une rémunération forfaitaire dans l'objectif d'améliorer le suivi et l'accompagnement des patients en vue de lutter contre la progression de la maladie et la survenue de complications, tout en optimisant la transition vers la phase de suppléance, en priorisant la transplantation rénale.

CHAPITRE 1^{er}

CRITÈRES D'INCLUSION DES PATIENTS ET PÉRIMÈTRE DES PRISES EN CHARGE COUVERTES

Art. 2. – En application de l'article R. 162-33-16-1 du code de la sécurité sociale, une rémunération forfaitaire annuelle est versée aux établissements éligibles pour la réalisation des prises en charge listées au présent article pour les patients adultes, dont l'âge est supérieur ou égal à 18 ans, et dont le débit de filtration glomérulaire (DFG) est inférieur à 30ml/min/1,73m² selon la formule CKD-EPI, à l'exclusion des patients dialysés, transplantés ou pris en charge par une équipe de soins palliatifs.

L'inclusion initiale d'un patient au titre de cette rémunération forfaitaire nécessite deux mesures du DFG à trois mois d'intervalle. En cas de modification substantielle de la valeur du DFG dépassant la valeur mentionnée à l'alinéa précédent, le patient peut continuer à bénéficier de cette prise en charge pour une période de 12 mois.

Les prises en charge couvertes par ce mode de financement 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 mentionnés aux 5° et 6° de l'article R. 162-33-1 ;
- 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 conformément à la liste fixée en annexe 2 du présent arrêté sur la base de la classification NGAP.

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 visée à l'article 5 ;
- 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 fixée en annexe 2 du présent arrêté sur la base de la classification NGAP ;
- les honoraires des médecins libéraux exerçant dans les établissements du *d* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ou ceux exerçant dans les établissements du *a* de l'article L. 162-22-6 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 visés au *b* et au *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale 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 au sens de l'article L. 162-26-1 ;
- les médicaments inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-22-7 ;
- les médicaments figurant sur la liste de rétrocession conformément aux dispositions de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique.

CHAPITRE 2

CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Art. 3. – En application du II de l'article R. 162-33-16-1 du code de la sécurité sociale, pour être éligible à la rémunération forfaitaire, un établissement de santé doit prendre en charge annuellement au moins 220 patients adultes.

Pour les années 2019 et 2020, ce nombre de patients est mesuré sur la base des données d'activité de l'année concernée, conformément au périmètre défini à l'article 2 du présent arrêté, déclarées par les établissements de santé concernés auprès des agences régionales de santé.

A compter de l'année 2021, le nombre de patients est mesuré sur la base des données d'activité de l'année antérieure, transmises via le système d'information prévu aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique.

Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des établissements éligibles à ce forfait.

Les établissements de santé, qui ne sont pas éligibles à la rémunération forfaitaire en application du présent arrêté, 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.

Art. 4. – Afin de garantir l'accessibilité territoriale des patients aux prises en charges concernées, il peut être dérogé au nombre minimum de patients prévu au premier alinéa de l'article 3 du présent arrêté, sur proposition du directeur général de l'agence régionale de santé.

Ces dérogations sont limitées aux établissements se trouvant dans les zones du schéma régional de santé donnant lieu à la répartition des activités de soins et des équipements matériels lourds visées aux articles L. 1434-3, L. 1434-9 et R. 1434-30 du code de la santé publique, non dotées d'autres établissements éligibles.

Le nombre d'établissements bénéficiant de la présente dérogation ne peut pas excéder 25 % des établissements éligibles de la région.

Ces dérogations peuvent également être octroyées à un établissement de santé ayant conclu une convention de coopération organisant le suivi des patients avec un ou plusieurs autres établissements de santé, lorsque le nombre de patients pris en charge par ces établissements selon le périmètre définis à l'article 2 atteint au total au moins 220 patients.

Seul l'un des établissements peut être déclaré éligible au versement de la rémunération forfaitaire. Les modalités de répartition de cette rémunération entre les différents établissements sont définies dans la convention de coopération.

Les établissements ayant conclu une convention de coopération ne facturent plus de prestations ni de consultations pour les patients inclus dans le périmètre et pour lesquels ils percevront tout ou partie de la rémunération forfaitaire.

La garantie de financement visée à l'article 8 du présent arrêté est adaptée au nombre de patients pris en charge par l'établissement.

Art. 5. – Lorsqu'un établissement de santé est éligible à la rémunération forfaitaire, il met en place une équipe pluri-professionnelle 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.

CHAPITRE 3

RÈGLES DE CALCUL ET DE VERSEMENT DE LA RÉMUNÉRATION ANNUELLE

Art. 6. – En application du III de l'article R. 162-33-16-1 du code de la sécurité sociale, les modalités de détermination de la rémunération forfaitaire annuelle dénommée « dotation annuelle MRC » pour un établissement sont les suivantes :

Dotation annuelle MRC = somme, pour chaque rémunération forfaitaire mentionnée à l'article 7 du présent arrêté, du nombre de patients relevant de cette rémunération forfaitaire et pris en charge l'année antérieure multiplié par le montant de la rémunération forfaitaire, déduction faite des minorations prévues à l'article 9 du présent arrêté.

Les montants déterminés en application du présent article sont arrêtés par le directeur général de l'agence régionale de santé dans le délai de quinze jours suivant la réception des données transmises en application de l'article 11 du présent arrêté et notifiés sans délai à l'établissement de santé concerné et à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale chargée des versements.

La caisse susmentionnée verse chaque mois une allocation mensuelle égale à un douzième de la dotation annuelle MRC dans les conditions prévues par l'arrêté du 23 janvier 2008 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale.

Pour les établissements visés au *d* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, une allocation mensuelle égale à un douzième de la dotation annuelle MRC est versée chaque mois par la caisse centralisatrice des paiements mentionnée à l'article L. 174-18.

Art. 7. – Les catégories de rémunération forfaitaires annuelles visant à couvrir la prise en charge des patients atteints de MRC, au sens du présent arrêté, sont définies ainsi :

1° La rémunération forfaitaire FMRC 4 pour la prise en charge par un établissement éligible d'un patient adulte au stade 4 ;

2° La rémunération forfaitaire FMRC 5 pour la prise en charge par un établissement éligible d'un patient adulte au stade 5.

Les valeurs annuelles des rémunérations forfaitaires pour les établissements visés au *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 sont les suivants :

1° La valeur annuelle de la rémunération forfaitaire dénommée FMRC 4 est fixé à 375 euros ;

2° La valeur annuelle de la rémunération forfaitaire dénommée FMRC 5 est fixé à 575 euros.

Les valeurs annuelles des rémunérations forfaitaires pour les établissements visés au *d* de l'article L. 162-22-6 sont les suivantes :

1° La valeur annuelle de la rémunération forfaitaire dénommée FMRC 4 est fixé à 270 euros ;

2° La valeur annuelle de la rémunération forfaitaire dénommée FMRC 5 est fixé à 370 euros.

Art. 8. – A compter de l'année 2020, lorsque la dotation annuelle MRC déterminée selon les modalités prévues aux articles 6 et 7 du présent arrêté, est inférieure à un niveau de rémunération minimale, l'établissement de santé éligible perçoit un complément de rémunération visant à lui garantir un seuil minimal de rémunération tel que défini par les dispositions du présent article, déduction faite des minorations prévues à l'article 9 du présent arrêté.

Cette garantie minimale est calculée de la manière suivante : nombre de patients mentionné à l'article 3 du présent arrêté pour être éligible à la rémunération forfaitaire du présent arrêté multiplié par le montant annuel moyen national par patient constaté l'année antérieure.

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.

Art. 9. – En application du 1° du III de l'article R. 162-33-16-1 du code de la sécurité sociale, afin de percevoir l'intégralité du montant annuel de la rémunération par patient, l'établissement éligible 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 éligible ne percevra aucune rémunération pour la prise en charge de ce patient au titre de cette année.

Dans le cas où l'établissement éligible ne respecte pas les conditions prévues au 2° et au 3° du présent article, le montant de la rémunération forfaitaire annuelle perçue pour ce patient est minoré de 33 % par condition non-respectée.

Art. 10. – Pour 2019 et 2020, le montant de la dotation annuelle MRC calculé sur la base du nombre de patients déclarés par les établissements éligibles et versé dans les conditions de l'article 6 du présent arrêté fait

l'objet d'une régularisation, au plus tard le 31 mai de l'année n + 1, sur la base de l'activité réalisée au cours de l'année n.

CHAPITRE 4

DONNÉES À RECUEILLIR

Art. 11. – La liste des variables à recueillir figure en annexe 1 du présent arrêté.

Elles sont recueillies selon les modalités prévues à l'arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique.

CHAPITRE 5

ANNEXES

Art. 12. – Le présent arrêté comporte les annexes suivantes :

Annexe 1 : Liste des variables à recueillir ;

Annexe 2 : Liste des actes non techniques inclus dans le périmètre de la rémunération forfaitaire pour la MRC.

Art. 13. – Les dispositions du présent arrêté entrent en vigueur au 1^{er} octobre 2019, à l'exception du dernier alinéa de l'article 9 du présent arrêté, qui n'entre en vigueur qu'au 1^{er} janvier 2020.

Art. 14. – La directrice générale de l'offre de soins et la directrice de la sécurité sociale sont chargées, chacune en ce qui la concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 25 septembre 2019.

*La ministre des solidarités
et de la santé,*

Pour la ministre et par délégation :

*La cheffe de service,
adjointe à la directrice générale
de l'offre de soins,
S. DECOOPMAN*

*Le ministre de l'action
et des comptes publics,*

Pour le ministre et par délégation :

La directrice de la sécurité sociale,

M. LIGNOT-LELOUP

ANNEXES

ANNEXE 1

LISTE DES VARIABLES À RECUEILLIR

Le recueil se mettant en place au 1^{er} octobre 2019, les variables ci-dessous concernant le 1^{er} semestre ne seront pas à recueillir pour l'année 2019.

Données administratives :

- FINESS juridique
- FINESS géographique
- Identifiant Permanent Patient (IPP)
- Date de naissance
- Sexe
- Date de début de la prise en charge dans le parcours
- Date de fin la prise en charge dans le parcours
- Mode de sortie du patient du parcours
- Patient bénéficiant de la CMU-c ou de l'ACS

Caractéristiques patients :

- Etiologie de la pathologie rénale
- Stade de la MRC au 1^{er} semestre
- DFG au 1^{er} semestre
- Date DFG au 1^{er} semestre
- Test protéinurie des 24 heures ou test « spot » sur protéinurie/créatininurie au 1^{er} semestre

- Stade de la MRC au 2^e semestre
- DFG au 2^e semestre
- Date DFG au 2^e semestre
- Test protéinurie des 24 heures ou test « spot » sur protéinurie/créatininurie au 2^e semestre
- Liste de complications et comorbidités à cocher
- Mobilité selon la classification ABM. Trois niveaux :
 - Marche autonome (même assistée d'une canne ou d'un déambulateur)
 - Aide d'une tierce personne requise pour les déplacements
 - Incapacité totale à marcher

Activité :

- Nombre de consultations de néphrologue
- Nombre de séances avec un diététicien
- Nombre de séances avec un IDE pour l'accompagnement du patient à la gestion de sa pathologie
- Nombre d'entretiens avec une assistance sociale
- Nombre de séances avec un psychologue

ANNEXE 2

LISTE DES ACTES NON TECHNIQUES INCLUS DANS LE PÉRIMÈTRE DE LA RÉMUNÉRATION FORFAITAIRE POUR LA MRC

Libellé	Code	Inclus dans le forfait
AMI Soins infirmiers	AMI	Oui
APC Avis ponctuel de consultant 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

Nota. – Cette liste d'actes ne concerne que les prises en charge au titre de la MRC telle que définies à l'article 2 du présent arrêté.