

Ministère des solidarités et de la santé

Task-Force réforme du financement du système de santé

Personnes chargées du dossier :

Sandrine Billet, Edouard Hatton

Direction Générale de l’offre de soins

Sous-direction de la régulation de l’offre de soins

La ministre des affaires sociales et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé

**INSTRUCTION N° SG/ DGOS 2019 /XXX du XXX 2019** **relative à la mise en œuvre des paiements au suivi pour la maladie rénale chronique au 1er octobre 2019**

Date d’application: immédiate

NOR :

Classement thématique: Etablissements de santé

**Validée par le CNP, le xx xxxxx 2019 - Visa CNP 2017-xxx**

Publiée au BO : non

Déposée sur le site circulaire.legifrance.gouv.fr : non

|  |
| --- |
| **Catégorie :** Directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.  |
| **Résumé** : détermination de la liste des établissements éligibles mise en œuvre des paiements au suivi pour la maladie rénale chronique au 1er octobre 2019 |
| **Mots-clés** : établissements de santé – rémunération forfaitaire pathologies chroniques – liste établissements – agences régionales de santé. |
| **Textes de référence** : * Code de la sécurité sociale, notamment son article L. 162-22-6-2,
 |
| **Instruction abrogées :**  |
| **Instructions modifiées** :  |
| **Annexes** : * Critères d’inclusion et exclusion des patients
 |
| **Diffusion :** établissements de santé |

**I/ Le paiement « au suivi » des patients atteints de pathologies chroniques sera progressivement déployé à compter du 1er octobre 2019**

Le suivi des patients atteints de pathologies chroniques est l’une des priorités de la réforme du financement du système de santé mise en œuvre dans « Ma Santé 2022 ». La mise en place des premières rémunérations forfaitaires des patients chroniques en 2019, parmi lesquelles figure la maladie rénale chronique, au sein des établissements de santé doit constituer une première étape avant une extension de ces modalités à la ville et une extension des forfaits à d’autres situations de maladies chroniques. Cette modalité de financement a vocation à concerner entre 6 et 10% du financement global de notre système de soins d’ici 2022.

Concernant plus spécifiquement la **maladie rénale chronique**, ce nouveau modèle de paiement a pour objectif d’induire une évolution des organisations permettant de structurer le suivi au long cours de ces patients, coordonné par une équipe pluri-professionnelle comprenant médecin néphrologue, infirmière de coordination, diététicien, et en tant que de besoin autres paramédicaux. L'objectif est que la prise en charge médicale et para médicale soit coordonnée avec la médecine de ville, et qu’à terme elle puisse intégrer les innovations technologiques comme les objets connectés et le télé-suivi.

Ces évolutions seront mises en place de manière **progressive** afin de laisser un temps suffisant aux établissements pour adapter leurs organisations. Toutefois, il est nécessaire d’enclencher sans tarder ce changement au bénéfice des patients pris en charge.

Les établissements éligibles à ce nouveau mode de rémunération doivent avoir une file active de patients suffisante. Ces établissements devront s’engager à mettre en place, dans l’année, une équipe pluri professionnelle pour la prise en charge des patients concernés. Cet engagement sera inscrit au sein des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

Le nombre de patients minimum qui va être fixé par voie d’arrêté est de **220 patients adultes pris en charge annuellement.** Il pourra être amené à évoluer dans les années à venir.

Par ailleurs, afin de garantir **l’accessibilité territoriale des patients aux prises en charges concernées, il peut être dérogé au nombre minimum** de 220 patients, sur proposition du directeur général de l’Agence Régionale de Santé. Ces dérogations sont toutefois limitées aux établissements pouvant mettre place une équipe pluri professionnelle adaptée et à des établissements de santé se trouvant dans des zones du schéma régional de santé non dotées d’autres établissements éligibles. Le nombre d’établissements, bénéficiant de la présente dérogation, ne peut pas excéder 25% de du nombre total d’établissements éligibles de la région.

Elles 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 atteint au total au moins 220 patients. Dans ce cas de figure, seul 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.

La liste des établissements atteignant le seuil de 220 patients pourra être arrêtée sur la base des données recueillies dès que le recueil de données sera mis en place. Toutefois, à ce jour, ce recueil n’existe pas, il sera mis en place au démarrage de cette nouvelle modalité de rémunération, soit au 1er octobre 2019.

**II/ Les ARS doivent, avant le 24 septembre 2019, établir la liste des établissements atteignant le seuil de 220 patients pour la prise en charge de la maladie rénale chronique et, le cas échéant, la liste dérogatoire des autres établissements pour lesquels un paiement au suivi est proposé.**

Pour la mise en place des forfaits au titre de l’année 2019, les ARS ont la charge d’établir la liste des établissements prenant en charge une file active suffisante pour bénéficier de la rémunération forfaitaire liée au suivi des patients. L’établissement pourra alors ainsi bénéficier d’une avance de financement dès la mise en œuvre en octobre 2019. Celle-ci sera régularisée en 2020 sur la base du nombre de patients effectivement pris en charge.

Pour établir cette liste, les ARS doivent :

* Demander aux établissements de leur transmettre une estimation de leur file active annuelle de patients adultes atteints d’une maladie rénale chronique, au stade 4 ou 5 (voir en annexe) ;
* Etablir sur la base de cette estimation, la liste des établissements qui prennent en charge au moins 220 patients annuellement et qui sont donc éligibles à la rémunération forfaitaire au suivi ;
* Le cas échéant, proposer aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale de compléter cette liste d’autres établissements, pour des raisons d’accessibilité territoriale des patients à cette nouvelle modalité de suivi, selon les conditions fixées par l’annexe ;
* Transmettre la liste consolidée (distinguant les établissements pour lesquels le seuil de 220 patients est atteint, des établissements supplémentaires proposés par dérogation par l’ARS) aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Cette transmission se fait en pratique, avant le 24 septembre 2019, à sandrine.billet@sg.social.gouv.fr et à edouard.hatton@sante.gouv.f.

L’estimation de la file active sera la meilleure estimation disponible par les établissements de santé dans les délais impartis, sachant que l’avance de financement fera l’objet d’une régularisation en fonction des patients réellement pris en charge.

Il importe de préciser que dès lors qu’un établissement de santé remplit la condition de file active (fixée à 220 patients sur un an), il relève de la rémunération forfaitaire « au suivi ».

Nous restons bien évidement à votre disposition pour tout complément d’information.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Pour le(s) ministre(s) et par délégation :La directrice générale de l’offre de soins Katia Julienne |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Pour le(s) ministre(s) et par délégation :La secrétaire générale des ministères chargés des affaires socialesSabine Fourcade |
|  |  |

 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Pour le(s) ministre(s) et par délégation :Le directeur de la task force réforme financement Jean-Marc Aubert  |

 |  |

**Annexe :**

**Critères pour estimer la file active des patients :**

Les critères d’inclusion des patients :

* les patients adultes aux stades 4 et 5 de la maladie rénale chronique (Débit de Filtration Glomérulaire inférieur à 30 ml/min/1,73m2)

Les critères d’exclusion des patients sont les suivants :

* les patients aux stades 1, 2 et 3 de la maladie rénale chronique
* les patients dialysés, transplantés ou pris en charge par une équipe de soins palliatifs.
* les patients d’âge inférieur à 18 ans

**Format pour la remontée de la liste des établissements éligibles :**

Les établissements sont éligibles par entité juridique.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FINESS de l’entité juridique** | **Raison sociale** | **File active des patients annuelle estimée** | **Etablissement proposé par dérogation au seuil de 2020 patients par le DG ARS (** **oui / non )**  | **Etablissement ayant conventionné avec un autre dans le cadre d’une coopération (oui/non)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

NB : pour les établissements impliqués dans une convention de coopération, ’un seul des établissements de la convention doit être déclaré comme éligible et inscrit dans le tableau.