

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 novembre 2019** **relative à l’évolution de la liste des établissements éligibles au forfait pour la maladie rénale chronique pour l’année 2020**

Date d’application: immédiate

NOR :

Classement thématique: Etablissements de santé ; maladie rénale chronique

**Validée par le CNP le vendredi 8 novembre 2019 - Visa CNP** **2019-100**

Publiée au BO : non

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

|  |
| --- |
| **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** : évolution de la liste des établissements éligibles au forfait pour la maladie rénale applicable à compter du 1er janvier 2020 |
| **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 * Décret n°2019-977 du 23 septembre 2019 * Arrêtés 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 et du 27 septembre 2019 fixant la liste des établissements éligibles aux forfaits |
| **Instruction abrogées :** |
| **Instructions modifiées** : instruction n°SG**/**DGOS/R1/2019/203 du 17 septembre 2019 |
| **Annexes**: format des informations à transmettre |
| **Diffusion :** établissements de santé |

1. **La mise en place du paiement « au suivi » des patients atteints de maladie rénale chronique au 1er octobre 2019 a concerné une première liste de 212 établissements**

Le suivi des patients atteints de pathologies chroniques est l’une des priorités de la réforme du financement du système de santé déployée dans le cadre de « Ma Santé 2022 ». Les premiers forfaits pour la maladie rénale chronique ont été mis en œuvre à compter du 1er octobre 2019 au sein de 212 établissements de santé éligibles, dont la liste a été fixée par arrêté du 27 septembre 2019.

Cette première liste a été établie à partir des éléments transmis par chaque région. Elle est essentiellement composée d’établissements atteignant le nombre de patients minimum pour l’éligibilité, fixé à 220 patients adultes.

Afin de garantir l’accessibilité territoriale des patients aux prises en charges concernées, une dérogation a pu être accordée au nombre minimumde 220 patients, sur proposition du directeur général de l’Agence Régionale de Santé.

Cette dérogation est toutefois limitée, conformément aux termes de l’arrêté du 25 septembre 2019, aux établissements 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% du nombre total d’établissements éligibles de la région.

Une dérogation a pu également être octroyée 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 étant définies dans la convention de coopération.

L’ensemble des établissements éligibles doit s’engager à mettre en place, progressivement (dans la limite d’un an), une équipe pluri professionnelle pour la prise en charge des patients concernés. Cet engagement doit être inscrit au sein des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

1. **La liste des nouveaux établissements éligibles à compter du 1er janvier 2020 devra être transmise pour le 29 novembre 2019**

Selon le décret n°2019-977 du 23 septembre 2019, l’inscription d’un établissement sur la liste des établissements éligibles est valable pour trois ans renouvelables. La liste est toutefois révisable tous les ans afin de permettre de nouvelles inscriptions.

C’est pourquoi nous vous demandons de bien vouloir nous transmettre **la liste des éventuels nouveaux établissements à inscrire sur la liste qui sera applicable à compter du 1er janvier 2020, complétant ainsi la liste déjà en vigueur depuis le 1er octobre 2019.**

Il s’agit notamment :

* D’établissements atteignant le seuil de 220 patients (tous ces établissements doivent être inscrits sur la liste) ;
* D’établissements atteignant le seuil grâce à une convention de coopération qu’ils ont pu mettre en place. A noter que dans ce cas de figure, un seul établissement doit être désigné comme porteur du forfait et une seule entité juridique figurera sur la liste et se verra donc attribuer la rémunération (pour le versement, pour les ex-OQN, une entité géographique sera visée) ;
* D’établissements faisant l’objet d’une dérogation accordée par le directeur de l’ARS au titre de l‘accessibilité territoriale à cette prise en charge, dans le respect de la règle susmentionnée.

Vous trouverez ci-joint le format attendu pour la remontée des informations. **Nous vous demandons de nous transmettre les nouveaux établissements d’ici le 29 novembre 2019.**

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 sociales  Sabine Fourcade |  | |  |

**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 220 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.