

Campagnes tarifaires et budgétaires 2021

Forfaits pathologies chroniques

Maladie rénale chronique stade 4 ou 5

Cette notice MRC n° ATIH-235-8-2021 est la troisième notice publiée pour ce forfait MRC. Elle présente, les modalités de financement, de recueil et de transmission des données pour l'année 2021. Les informations de financement prévues pour 2020 dans la première notice MRC n° ATIH -505 - 7 -2019 publiée au 1^{er} octobre 2019 seront applicables en 2021, elles sont reprises dans cette notice en tenant compte des nouveaux paramètres de 2021.

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 2021.

Suite à la publication du décret n°2019-977 du 23 septembre 2019, de l'arrêté du 25 septembre 2019 (NOR: SSAH1927614A), et à la publication prochaine de l'arrêté modificatif de l'arrêté du 25 septembre 2019, 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 concernés 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 vocation à 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. **Cet arrêté sera mis à jour prochainement par un arrêté modificatif pour 2021**. La mise en œuvre a débuté au 1^{er} octobre 2019 et se poursuit en **2021**.

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
MOP Majoration pour personnes âgées	MOP	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, ainsi que les prestations réalisées lors de ces hospitalisations;
- 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 privé 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 l'année 2021**, 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 est le seul à transmettre via le PMSI l'ensemble de l'activité des établissements de la convention ;
- Dans le cadre d'une coopération entre un établissement de santé public et un établissement privé, seul l'établissement ex-DG est déclaré établissement « pivot » et perçoit la rémunération forfaitaire, contenant les honoraires des praticiens pour la prise en charge des patients de la file-active du forfait. Charge aux établissements via la convention de coopération de définir les modalités de reversement.
- 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 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.

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	405,98€	287,50€
FMRC 5	Patient adulte au stade 5	622,50€	393,98€

La valeur des forfaits a évolué à la hausse en 2021 par rapport aux années précédentes pour prendre en compte les revalorisations salariales liées aux accords du SEGUR. Etant donné que ces forfaits nationaux s'appliquent à l'ensemble des statuts juridiques dans le même secteur de financement et que les enveloppes de revalorisation sont prédéfinies par statut, il est nécessaire d'appliquer un coefficient de pondération par statut d'établissement afin de respecter le niveau de l'enveloppe préalablement défini. Le niveau du coefficient est le suivant :

- Le coefficient des établissements publics est fixé à +0,19%
- Le coefficient des établissements à but non lucratif est fixé à -1,38%.
- Le coefficient des établissements à but lucratif est fixé à +0,28%

Afin de percevoir l'intégralité du forfait l'établissement devra satisfaire les 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.

Pour l'année 2021, 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.

Par ailleurs le stade retenu pour la valorisation du forfait MRC en 2020 correspond au stade 5 dans les cas suivants : si le stade 5 est renseigné au moins une fois pour l'année que ce soit au premier ou au deuxième semestre, et ce quel que soit le stade renseigné pour l'autre semestre (manquant, 4A, 4B, 4 indéterminé ou 5) ;

Le stade retenu pour la valorisation du forfait MRC en 2020 correspond au stade 4 dans les cas suivants : aucun stade 5 n'est renseigné ni au premier ni au second semestre, mais également lorsque aucun stade n'est renseigné.

Pour l'année 2021, 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 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 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 avec au moins une consultation de néphrologue la même année. La garantie minimale s'applique uniquement pour les structures où le nombre de patients n'est pas substantiellement inférieur au seuil d'éligibilité, à savoir au-dessus de 160 patients. Elle s'appliquera en 2021 au moment de la régularisation des versements au plus tard le 31 mai 2022 (cf. partie II.a de la présente annexe).

Le coefficient géographique (article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale) et le coefficient dit « **SEGUR** » (le décret n° 2021-341 du 29 mars 2021) s'appliquent lors du calcul de la valorisation de l'activité et lors du calcul du montant garanti.

Ainsi la dotation MRC correspond :

- ✓ Au montant de la garantie, déduction faite des minorations prévues par l'arrêté, lorsque la valorisation de l'activité est inférieure à la garantie minimale.
- ✓ A la valorisation de l'activité dans le cas contraire.

Illustration pour 2021 : ¹

Les illustrations sont basées sur les tarifs 2021 du secteur ex DG, à savoir 405,98€ pour le stade 4 et 622,50€ pour le stade 5. Pour plus de lisibilité, elles sont réalisées hors application des coefficients géographiques et des coefficients SEGUR.

Premier exemple :

2021 – 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	405,98€	550	2	3	2	5	223 289	220 467
Nb pat stade 5	Recueil 2020	622,50€	320	5	-	-	-	199 200	196 088
Total activité			870	7	3	2	5	422 489	416 555
Garantie		490	220						107 800
Dotation MRC									416 555

- La valorisation de l'activité correspond à la valorisation de l'activité déduction faite des minorations prévues dans l'arrêté : $= 406 * (550 - 2 - 3 - 2 - 5) + 406 * (3+2) * 67\% + 406 * 5 * 34\% + 622,5 * (320 - 5) = 416 555\text{€}$
- Pour 2021, les minorations concernent l'ensemble des conditions minimales prévues dans l'arrêté (cf. I.c). Elles correspondent dans l'exemple à un montant de 5 934€ (422 489 – 416 555).
- 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 = $220 * 490^2 = 107 800\text{€}$

¹ Les illustrations sont réalisées hors application des coefficients géographiques et des coefficients SEGUR

² 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

- 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

2021 – 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	405,98€	110	-	-	-	-	44 658	44 658
Nb pat stade 5	Recueil 2020	622,50€	70	3	-	-	5	43 575	38 595
Total activité			180	-	-	-	5	88 233	83 253
Garantie		490	220						107 800
Dotation MRC									102 820

- La valorisation de l'activité correspond à la valorisation de l'activité déduction faite des minorations prévues dans l'arrêté : $= 406 * 110 + 622,5 * (70 - 3) = 83 253€$
- Pour 2021, les minorations concernent l'ensemble des conditions minimales prévues dans l'arrêté (cf. I.c). Elles correspondent dans l'exemple à un montant de 4 980€ (88 233 – 83 253).
- 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 = $220 * 490 = 107 800€$
- La dotation MRC correspond à la part garantie car elle est supérieure à l'activité, déduction faite des minorations prévues dans l'arrêté = $107 800 - 4 980 = 102 820 €$

Le modèle de financement a vocation à évoluer afin de prendre en compte manière progressive et évolutive des indicateurs de qualité.

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

II. Modalités techniques de versement et facturation

a. Modalités techniques de versement

Pour 2021

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

Le système d'avance de versement et de régularisation de 2020 est reproduit en 2021. L'avance de versement est fixée par l'ARS et doit s'appuyer sur la meilleure estimation de la file active annuelle de 2021 :

- ✓ soit sur la base du nombre de patients déclarés par les établissements éligibles à l'agence régionale de santé (cf. I.b sur les conditions d'éligibilités) ;
- ✓ soit sur la base du nombre de patients recueillis en 2020 ayant servi à la régularisation de la dotation en 2020.

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

Le calcul définitif de la dotation sera opéré au plus tard le 31 mai 2022 sur la base du nombre de patients pris en charge en 2021 selon les informations transmises via le PMSI et selon les règles de valorisation définies dans le paragraphe précédent (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 2021, remplaçant la précédente notification.

L'avance de versement et la régularisation sont déterminées pour 2021 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 établi une convention de coopération, l'arrêté de l'ARS doit préciser toutes les entités géographiques concernées par la rémunération forfaitaire et préciser que par convention les versements sont réalisés sur l'entité juridique éligible.

Illustration de versement pour 2021

	Année 2021 - Exemple 1	Effectif	Source	Forfait	Montant	Versement
Avance de Versement	Nb patients stade 4					
	Estimation annuelle	500	Déclaration ARS	405,98€	202 990	
	Nb patients stade 5					
	Estimation annuelle	300	Déclaration ARS	622,50€	186 750	
	Avance à notifier				389 740	Notification ARS
	Versement mensuel (chaque mois pendant 12 mois)				32 478	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				416 555	Notification ARS
	Régularisation (en une fois)				26 774	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 2021 = $500 * 406 + 300 * 622,5 = 389 740€$
- Le versement mensuel de Janvier à Décembre 2021 correspond au douzième du montant notifié soit 32 478€.
- La régularisation opérée au plus tard le 31 mai 2022 correspond à la dotation MRC basée sur l'activité recueillie de janvier à décembre 2021 moins l'avance de versement = $416 555$ (cf. exemple 1 de 2021 dans la partie I.c) – $389 740 = 26 815 €$

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, ces 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'ATIH³.

Pour 2021 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} janvier au 31 décembre 2021 font l'objet du recueil.

L'inclusion de nouveaux patients est réalisée lors d'une consultation par un médecin néphrologue.

Pour 2021, le versement de la dotation annuelle MRC se basera sur le renseignement des sept variables suivantes :

- FINESS juridique ;
- FINESS géographique ;
- IPP ;
- Stade de la maladie rénale chronique ;
- Nombre de consultations de néphrologue ;
- Nombre de séances de diététicien ;
- Nombre de séances avec un infirmier.

Les cinq variables suivantes sont par ailleurs obligatoires à la transmission des données :

- Date de naissance ;
- Sexe ;
- Date de début de prise en charge dans le parcours ;
- Numéro d'enquête (toujours égal à N9904) ;
- Numéro de fichier (toujours égal à 1).

Les deux dernières variables ci-dessus ont été ajoutées par rapport aux variables listées dans l'arrêté, elles permettent d'identifier le fichier DATEXP décrit plus avant.

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. **Le recueil de certaines d'entre elles est obligatoire conformément au guide de recueil pour 2021, cependant elles ne sont pas obligatoires à la transmission des données.** Elles ont vocation à permettre d'ajuster les forfaits en fonction des résultats d'indicateurs qualité.

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

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 1ère ligne constitué des noms fixes de colonnes correspondant aux variables.

Pour plus de détail, se référer au fichier format du forfait « maladie rénale chronique », disponible sur le site de l'ATIH⁴.

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'ATIH⁵. 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.

Pour les établissements n'ayant pas la possibilité d'un recueil intégrant les données à partir du DPI, un logiciel sera fourni par l'ATIH. **La version 2021 de ce logiciel sera disponible en juin 2021**. Il s'agit 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. Ce logiciel propose d'autres fonctions : import des données administratives et 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

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

⁵ <https://www.atih.sante.fr/mco/documentation>

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, un seul établissement de l'entité 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 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.

IV. Transmission des données, calendrier et validation

Depuis 2020, un outil dédié nommé TransMRC est mis à disposition sur le site de l'ATIH. En 2021, ce logiciel reste désormais le seul utilisable pour la transmission des données MRC.

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.

Pour les données 2021, les remontées d'information au format DATEXP seront obligatoires pour les périodes de janvier à juin 2021 et janvier à décembre 2021.

Les données doivent être validées par les ARS qui auront à disposition pour ce faire, un tableau OVALIDE d'exhaustivité des données recueillies et transmises via TransMRC. Ce tableau est disponible uniquement sur la période spécifique M-MRC.