

Le forfait Maladie Rénale Chronique stades 4 et 5

**Christian Combe
Université & CHU de Bordeaux**



Madame Agnès BUZYN
Ministre des Solidarités et de la Santé
14 avenue Duquesne
75700 PARIS

Paris, le 03 octobre 2017

Madame la Ministre,

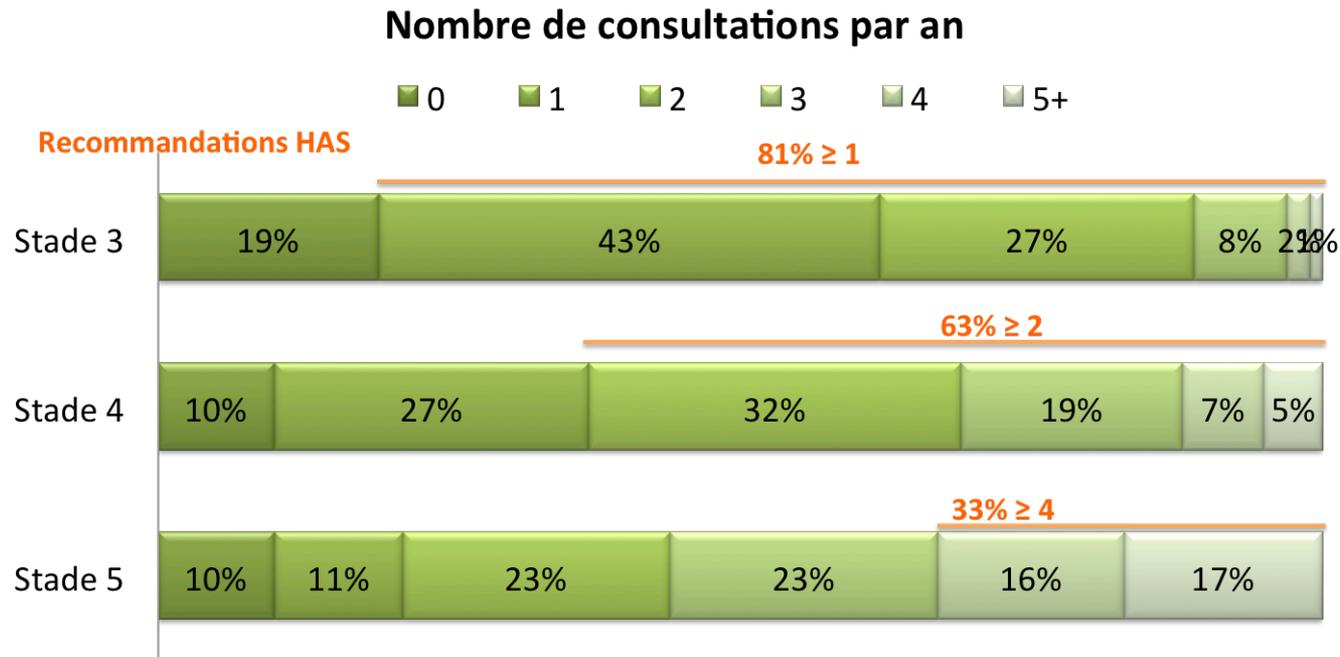
L'approche de la maladie rénale chronique (MRC) est essentiellement focalisée en France sur l'accès aux traitements de suppléance rénale des patients parvenus au stade sévère de la maladie. Les conséquences pour les patients, la gravité et le coût de ces traitements en augmentation constante incitent à développer la prévention, seule capable de diminuer véritablement le poids de cette pathologie.

Au contraire, la tarification est pénalisante pour les équipes qui parviennent à contrôler l'évolution de la MRC et à favoriser la greffe rénale pré-emptive, réalisée avant toute dialyse, qui donne pourtant les meilleurs résultats en termes de qualité de vie. Des expériences concernant les parcours de soins sont menées dans six des anciennes régions, elles sont très hétérogènes, leurs résultats et leur impact ne seront connus que dans trois ans au moins.

Nous pensons qu'il est possible de mettre en place une politique de prise en charge de la MRC basée sur un socle de mesures soutenant les bonnes pratiques, avec à terme un impact sur l'épidémiologie de l'IRCT, la qualité de vie des patients et les coûts pour le système de santé. Pertinence des prises en charge, prévention, qualité, coordination, maillage du territoire et accessibilité doivent en être les règles.

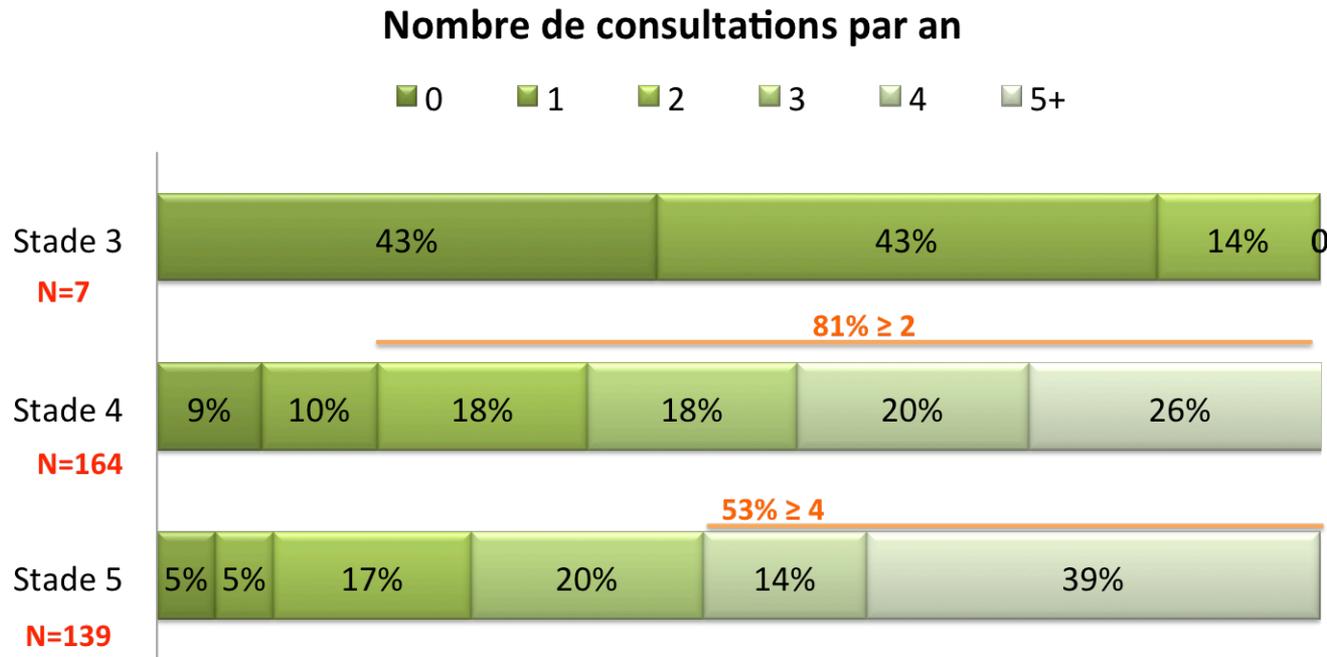
Dans la mesure où le nombre de personnes atteintes de MRC est bien moindre que celui d'autres pathologies chroniques telles que le diabète ou l'hypertension artérielle, nous pensons que la MRC est la maladie chronique où l'investissement dans une politique de prévention basée sur une valorisation de la qualité de la prise en charge pourrait avoir un impact très significatif à tous égards.

Distribution du nombre de consultations par an, chez des patients sans événement dans l'année



Délai médian pour obtenir un RDV de consultation : 60 [30-90] jours

Distribution du nombre de consultations dans l'année précédant l'initiation de la dialyse

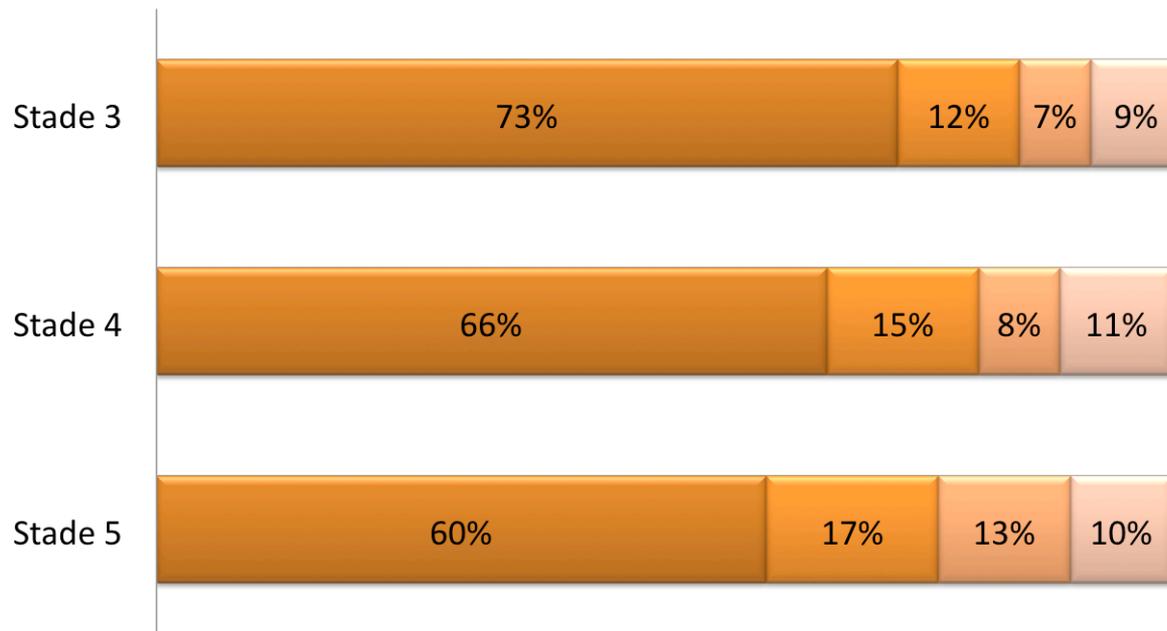


Nombre médian de consultations par an avant dialyse (min-max) = 3 (2-5)

Nombre médian de consultations par an avant greffe (min-max) = 4 (3-4)

Nombre de consultations rapportées par le patient

■ Jamais ■ 1 fois ■ 2 fois ou plus ■ Sans réponse



95% des structures déclarent avoir ≥ 1 diététicien(ne) spécialisé(e) en MRC

Objectifs et cible de la mesure en 2019-2022: prendre en charge les patients dans un système assurant qualité, sécurité et efficience

- Introduire dès 2019 une **forfaitisation** de la prise en charge du diabète et de l'insuffisance rénale chronique dans les établissements de santé, pour :
- Positionner l'établissement de santé dans le **parcours de soin**, en se concentrant sur les patients qui nécessitent un avis spécialisé et produire pour ceux-ci des soins pertinents et efficaces essentiellement axés sur la prévention
- Encourager les établissements à transformer la prise en charge hospitalière en y apportant la **dimension pluri professionnelle**, coopérative avec la ville et en accompagnant le patient dans son parcours domicile-ville-hôpital

Pourquoi un forfait annuel par patient ?

- Pour permettre une prise en charge **coordonnée sur la durée**, axée sur la prévention primaire et secondaire
- Pour introduire la notion de **paiement au suivi continu** de la maladie étroitement lié à la mesure des résultats qui comptent pour le patient
- Pour **répartir** la durée de la prise en charge sur la totalité de l'année

Les modalités communes aux 2 forfaits MRC et diabète

- Un **cahier des charges** élaboré en lien avec les sociétés savantes et les associations de patients (coordination du parcours, éducation thérapeutique, prévention primaire et secondaire, coopération avec les médecins de ville)
- Le codage des diagnostics et des **stades de la maladie** pour chaque prise en charge coordonnée
- La mise en place **d'indicateurs de qualité** de la prise en charge (résultat patient)
- La mise en place **d'indicateurs de coopération** avec la médecine de ville (courrier de liaison annuel, contact tracé, RCP ..)
- Des **établissements éligibles** au forfait sous condition de l'existence d'une équipe spécialisée et d'un niveau seuil de file active

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 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.

Les objectifs 2019 du forfait MRC 4 et 5

Article 1

En application des articles L. 162-22-6-2 et R. 162-33-16-1 du code la sécurité sociale, la Maladie Rénale Chronique (MRC) 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, 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.

● Patients concernés :

● Les patients pouvant bénéficier du paiement au suivi sont les patients adultes atteints de maladie rénale de stade 4 et 5 (Débit de Filtration Glomérulaire < 30 ml/min/1,73m², CKD Epi)*

● Sont donc exclus :

- Les patients de stade 1, 2 et 3
- Les patients au stade de la suppléance : dialyse ou greffe**, ou au stade palliatif*** (soins de support)



1. Périmètre et contenu

- * Le stade devra être évalué par **deux mesures successives du DFG espacées de 3 mois**. Une évolution ultérieure du DFG (qui deviendrait $> 30 \text{ ml/min/1,73m}^2$) ne constitue pas un motif d'exclusion du patient.
- ** Toutefois, un **patient greffé** dont la maladie rénale se serait dégradée postérieurement à la greffe (**stades 4 ou 5**) pourrait bénéficier en cible d'un **paiement au suivi lorsque l'équipe réalisant ce suivi est différente de celle assurant le suivi de la greffe** (modalité précise à mettre en œuvre)
- *** Le traitement conservateur (**hors phase palliative**) relève en revanche du paiement au suivi



1. Périmètre et contenu

● Périmètre de la prise en charge

- Consultation par des médecins néphrologues
- Interventions / consultations paramédicales et socio-éducatives :
 - séance d'éducation thérapeutique*
 - entretien avec diététicien
 - selon les besoins des patients : entretien avec psychologue, assistante sociale, APA ou avec un autre professionnel
- Actes non techniques selon une liste qui a été travaillée lors de l'atelier du 9 juillet (exemple : AMI,...)
- Coordination du parcours des patients par une IDE dédiée

● Pour percevoir le montant complet pour un patient, le cahier des charges prévoit que des actions « minimales » soient réalisées pour chaque patient : 1 consultation de spécialiste, 2 contacts avec des paramédicaux

● * Ces séances sont indépendantes des programmes d'éducation thérapeutique



1. Périmètre et contenu

● Périmètre de la prise en charge

- Consultation par des médecins **néphrologues**
 - Interventions / consultations paramédicales et socio-éducatives :
 - séance d'**éducation thérapeutique***
 - entretien avec **diététicien**
 - selon les besoins des patients : entretien avec **psychologue**, **assistante sociale**, **APA** ou avec un autre professionnel
 - **Actes non techniques** selon une liste qui a été travaillée lors de l'atelier du 9 juillet (exemple : AMI,...)
 - **Coordination du parcours** des patients par une IDE dédiée
- Pour percevoir le montant complet pour un patient, le **cahier des charges** prévoit que des actions « minimales » soient réalisées pour chaque patient : **1 consultation de spécialiste, 2 contacts avec des paramédicaux**

- * Ces séances sont indépendantes des programmes d'éducation thérapeutique



1. Périmètre et contenu

- **En termes de prestations, le forfait se substitue aux consultations externes : consultation par un néphrologue pour des patients atteints de MRC, avec ou sans ALD (comprend également la téléconsultation)**
- **Ce qui n'est pas dans le forfait (exemples principaux) et reste facturable en sus :**
 - **Les actes relevant de la préparation à la suppléance : pose de fistule, bilan pré-transplantation (sauf consultation néphrologue*), entraînement hémodialyse, entraînement DP,**
 - **Les hospitalisations,**
 - **Les consultations par des médecins non néphrologues**
 - **Actes techniques (CCAM et NaBM) liés à la prise en charge de la pathologie**
 - **Honoraires des praticiens libéraux et équivalent pour les médecins salariés des ex-OQN**
 - **Médicaments de la liste en sus, médicaments délivrés en ville y compris ceux de la réserve hospitalière (règles de droit commun en vigueur).**
 - **Idem pour les transports (règles de droit commun)**
- ** En cible, les consultations effectuées par une équipe de greffe ne réalisant pas de suivi des patients dans le cadre du présent paiement au suivi pourraient être facturées directement à l'assurance maladie (nécessité d'une adaptation des SI).*



1. Périmètre et contenu

- En termes de prestations, **le forfait se substitue aux consultations externes** : consultation par un néphrologue pour des patients atteints de MRC, avec ou sans ALD (comprend également la téléconsultation)
- Ce qui n'est pas dans le forfait (exemples principaux) et **reste facturable en sus** :
 - **Les actes** relevant de la préparation à la suppléance : pose de fistule, bilan pré-transplantation (sauf consultation néphrologue*), entraînement hémodialyse, entraînement DP,
 - **Les hospitalisations,**
 - **Les consultations par des médecins non néphrologues**
 - Actes techniques (CCAM et NaBM) liés à la prise en charge de la pathologie
 - **Honoraires des praticiens libéraux** et équivalent pour les médecins salariés des ex-OQN
 - **Médicaments** de la liste en sus, médicaments délivrés en ville y compris ceux de la réserve hospitalière (règles de droit commun en vigueur).
 - Idem pour les **transports** (règles de droit commun)
- ** En cible, les consultations effectuées par une équipe de greffe ne réalisant pas de suivi des patients dans le cadre du présent paiement au suivi pourraient être facturées directement à l'assurance maladie (nécessité d'une adaptation des SI).*



2. Modèles de financement envisagés

- La mise en place de paiement au suivi concerne des établissements prenant en charge un nombre suffisamment élevé de patients :
- Pour pouvoir mettre en place une équipe pluriprofessionnelle
- Pour pouvoir développer pleinement une activité de suivi
- Les établissements éligibles ont une file active de patients adultes supérieur à 220 en 2019 / 2020 (puis 170 à compter de 2021).
- L'éligibilité de l'établissement est établie au niveau du FINESS juridique, ce qui permet à plusieurs établissements géographiques de se regrouper pour établir leur éligibilité.
- Pour la première année (2019), cette file active est estimée par l'établissement, qui transmet les informations à l'ARS.



2. Modèles de financement envisagés

- La mise en place de paiement au suivi concerne des établissements prenant en charge un nombre suffisamment élevé de patients :
- Pour pouvoir mettre en place une **équipe pluriprofessionnelle**
- Pour pouvoir développer pleinement une activité de suivi
- Les établissements éligibles ont une **file active de patients adultes supérieur à 220 en 2019 / 2020** (puis 170 à compter de 2021).
- L'éligibilité de l'établissement est établie au niveau du **FINESS juridique**, ce qui permet à plusieurs établissements géographiques de se regrouper pour établir leur éligibilité.
- Pour la première année (2019), cette file active est estimée par l'établissement, qui transmet les informations à l'ARS.



3. Recueil de données (atelier 9 juillet)

Recueil de données

- **Données administratives** : FINESS géographique et juridique, IPP, date de naissance, date de début de prise en charge dans le parcours, date de fin de prise en charge, mode de sortie
- **Caractéristiques patients** : stade de la MRC, biologie (DFG, créatinine, protéinurie), pathologies associées/comorbidités, mobilité (classif. ABM), CMU-c et codes CIM-10 isolement
- **Activités** : consultation néphrologue, diététicien, éducation thérapeutique / accompagnement à la gestion de la maladie, assistante sociale, psychologue
- **Qualité (process et résultats) : à finaliser en septembre**
réunion pluri-professionnelle, lettre de synthèse avec PPS, taux d'évolution créatinine et DFG, atteinte des objectifs tensionnels (80% dans la cible), protéinurie sur créatininurie (75% dans la cible), questionnaire patients Promis 29, indicateurs sur l'information du patient, taux de transplantation/ greffe préemptive, taux d'inscription sur les listes de greffe, évaluation du potentiel de greffe



Au final :

- Les données administratives / activités / caractéristiques patients pourraient être recueillies dès octobre 2019.
Travail en cours avec l'ATIH pour fournir un applicatif de saisie aux établissements
- Les données relatives à la qualité pourraient seulement être collectées à partir de 2020 (après travaux en atelier sur les indicateurs à la rentrée)



4. Estimation de la file active

Prévalence de la maladie rénale chronique d'après N Hill, Plos One, Juillet 2016

Estimation de la prévalence de MRC en France:
10,6% soit **5,46 millions de malades**
de stades 1,2,3,4 et 5



Estimation de la MRC stade 4 et 5 en France:
0,5% soit **258 000 malades**
de stade 4 et 5



Estimation la première année du forfait: 65% soit
168 000 malades
de stades 4 et 5

5. Modèle 2019

Au final, avec le périmètre de prise en charge pour les forfaits au suivi :

- mise en œuvre en octobre 2019
- en 2019 : versement des forfaits pleins (selon leur valeur annuelle)

Estimation (hors prise en charge actuelle) :

Secteur	Montant annuel supp. par patient stade 4	Montant annuel supp. par patient stade 5
Ex-DG	350 €	550 €
Ex-OQN	260 €	360 €

⇒ **Un investissement de 53 M€ en année pleine en sus de la prise en charge actuelle (en cours d'estimation).**



Montant des forfaits MRC

	Stade 4	Stade 5
Ex. DG	375 €	575 €
Ex. OQN	270 €	370 €

Montant des forfaits MRC

Facturation du forfait **annuel** dès le 1^{er} octobre 2019

Effet d'amorce → recrutement des professionnels

	Stage 4	Stage 5
Ex. OQN	270 €	370 €

5. Pour la suite

- **Concrètement pour la mise en œuvre 2019 :**
- **Publication en septembre des textes réglementaires**
- **Mise à disposition par l'ATIH d'un outil d'aide à la saisie des données pour le 1er octobre**

- **Poursuite des travaux pour 2020/2021 :**
- **Consolidation des montants des forfaits et ajustements aux caractéristiques patients**
- **Mise en place d'un recueil d'indicateurs qualité dès 2020 et d'une rémunération à la qualité (à compter de 2021)**

- **Le comité de pilotage sera en charge d'évaluer la mise en œuvre**



Questions posées par le forfait Maladie Rénale Chronique stades 4 et 5

- **Valorisation adaptée aux objectifs ?**
 - Différence entre juillet et septembre...
 - Estimation **53 M €**
- **Outil de recueil adapté ?**
 - Qui recueille ?
 - Fournisseurs de logiciels
- **Affectation des recettes du forfait aux équipes de néphrologie ?**
 - Problématique interne
 - **Négociation** +++
- **Transplantés en MRC4 ou 5 suivis uniquement dans le service de greffe**
 - Forfait ne peut être payé 2 fois
- **Quelle valorisation de la qualité ?**
 - Échelle patient : questionnaire de qualité de vie, atteinte objectifs médicaux
 - Échelle cohorte : patients stabilisés, Tx pré-emptive, dialyse domicile
 - Quelles différences entre "cahier des charges minimales" et PEC optimale ?
- **Néphrologues libéraux**
 - Indépendance / établissements

Résumé

- **Forfait MRC 4 et 5** → 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
- **Difficultés de mise en place, de suivi, d'évaluation, de fonctionnement, etc.**

"Le pessimisme est d'humeur ;
l'optimisme est de volonté."

