

Forfaits pathologies chroniques

Maladie rénale chronique stade 4 ou 5

Campagne tarifaire et budgétaire 2025

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 2025.

A la suite de la publication du décret n°2019-977 du 23 septembre 2019, de l'arrêté du 25 septembre 2019 (NOR: SSAH1927614A), et de l'arrêté modificatif de l'arrêté du 7 mai 2024, 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 deux annexes.

- L'annexe 1 décrit les éléments de contexte,
- L'annexe 2 précise les modalités de financement, de versement et de facturation.

Les éléments concernant le recueil peuvent être retrouvés sur le site de l'agence :

https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3664/guide_de_recueil_fpc-mrc_2025.pdf

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.

La Directrice générale
Nathalie FOURCADE

ANNEXE 1

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 30 ml/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 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 éléments détaillés dans ces annexes sont portés essentiellement par l'arrêté du 25 septembre 2019 modifié relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de maladie rénale chronique. Arrêté mis à jour pour 2025 par l'arrêté modificatif du 7 mai 2024.

Les nouveautés pour 2025 visent à élargir le périmètre des professionnels retenus, pour les conditions de rémunération, aux infirmiers en pratique avancée, psychologues et assistants sociaux.

ANNEXE 2

Modalités de financement, de versement et de facturation

1. Modèle de financement

1.1. Périmètre de 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 et APE,

Libellé	Code
acte d'endoscopie sans anesthésie	SE1
acte sans anesthésie générale, ou loco régional nécessitant un recours opératoire	SE2
acte nécessitant une mise en observation du patient dans un environnement hospitalier	SE3
acte nécessitant une mise en observation du patient dans un environnement hospitalier	SE4
acte d'administration de toxine botulique au niveau des paupières	SE5
acte d'administration de toxine botulique au niveau des muscles striés	SE6
acte d'implantation et d'explantation sans anesthésie générale ou locorégionale de dispositifs médicaux hors boc opératoire	SE7
administration de produits, prestations et spécialités pharmaceutiques en environnement hospitalier	APE

- > 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 labellisés ou des actions d'activité physique adaptée et
- > les actes 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
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 privés lucratifs 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 et
- > les médicaments figurant sur la liste de rétrocession conformément aux dispositions de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique.

1.2. Eligibilité et engagements des établissements

Les établissements éligibles à la rémunération forfaitaire sont les établissements qui prennent en charge annuellement au moins 220 patients. Pour les établissements nouvellement éligibles cette éligibilité s'apprécie à partir du nombre de patients annuel qu'il déclare prendre en charge, pour les autres établissements ce nombre de patients est mesuré sur la base des données du recueil forfait MRC de l'année précédant la campagne. 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.

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 et
- > la répartition de la rémunération forfaitaire entre établissements est fixée librement par la convention de coopération.

La liste des établissements éligibles est révisable tous les ans afin d'y intégrer de nouveaux établissements.

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 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 pluriprofessionnelle 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.

1.3. Modalités de calcul de la dotation

La dotation annuelle MRC est constituée de deux compartiments.

- > Compartiment activité : il valorise la prise en charge des patients de manière forfaitaire,
- > Compartiment qualité : son montant est fonction du compartiment activité et des résultats aux indicateurs qualité.

1.3.1. Compartiment activité

Le compartiment activité valorise, au titre de la campagne 2025, le nombre de patients pris en charge par l'établissement en 2024. Une valorisation minimum est garantie aux établissements dont la file active n'est pas substantiellement inférieure au seuil d'éligibilité (cf. § 1.2.), soit 160 patients.

1.3.1.1. Forfaits

La valorisation de l'activité est l'application d'un forfait déterminé par le secteur de financement de l'entité juridique éligible (éventuellement pivot) et du stade de la maladie, au nombre de patients de la file active.

Forfait	Libellé	Secteur ex-DG	Secteur ex-OQN
FMRC 4	Patient adulte au stade 4	452,72 €	320,60 €
FMRC 5	Patient adulte au stade 5	694,18 €	439,36 €

Pour chaque patient pris en charge, l'établissement percevra l'intégralité du forfait associé s'il satisfait aux trois conditions minimales.

1. Avoir réalisé au moins une consultation individuelle de néphrologue,
2. Avoir réalisé au moins une séance individuelle avec un infirmier de coordination (IDEC) ou exerçant en pratique avancée (IPA),

3. Avoir réalisé au moins une séance individuelle avec un diététicien, un psychologue, un assistant social, ou un IPA.

Dans le cas où le patient n'aurait pas eu au moins une consultation de néphrologue durant l'année d'activité, l'établissement ne percevra aucune rémunération pour la prise en charge de ce patient.

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. Un IPA ne peut être comptabilisé qu'une seule fois (soit au 2., soit au 3.).

Par ailleurs le stade retenu pour la valorisation du forfait MRC correspond au stade 5 lorsque le stade 5 est renseigné au moins une fois pour l'année d'activité, que ce soit au premier ou au second semestre, et ce quel que soit le stade renseigné pour l'autre semestre. Il correspond au stade 4 dans les autres cas.

Pour les entités juridiques nouvellement éligibles au forfait MRC en 2025, une valorisation prévisionnelle de l'activité est réalisée sur la base du nombre de patients déclaré au niveau de l'entité juridique ou dans le cadre d'une coopération. Cette valorisation fera l'objet d'une régularisation sur la base du nombre de patients recueilli et transmis en 2025.

1.3.1.2. Garantie

Pour les établissements dont la file active est d'au moins 160 patients, une valorisation minimum est garantie.

Ce montant garanti est égal à la valorisation de 220 patients au montant annuel moyen national par patient et déduction faite, le cas échéant, des minorations appliquées aux forfaits, lors de la valorisation de sa file active (cf. § 1.3.1.1.).

Le montant annuel moyen national par patient est calculé par secteur de financement. C'est le quotient de la valorisation de l'ensemble des patients de stade 4 ou 5 ayant au moins une consultation de néphrologue durant l'année d'activité, des établissements éligibles du secteur, sans application des minorations (cf. § 1.3.1.1.), par ce nombre de patients.

Secteur	Montant annuel moyen
Ex-DG	509,90 €
Ex-OQN	347,36 €

1.3.1.3. Coefficients

La dotation MRC liée à l'activité est égale au maximum entre la valorisation forfaitaire de la file active de l'entité juridique (cf. § 1.3.1.1.) et son montant garanti (cf. § 1.3.1.2.) après application.

- > du coefficient géographique (article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale) et
- > du coefficient dit « SEGUR » (décret n° 2021-341 du 29 mars 2021).

1.3.1.4. Exemples

Le tableau suivant recense les combinaisons de professionnels et les minorations de forfait induites selon la présence d'au moins une consultation/séance annuelle.

		Au moins une consultation/séance individuelle annuelle													
Professionnel	Néphrologue	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
	IDEC	1	1	1	1				1	0	0	0	0	0	0
	IPA	1				1	1	1	0	1	0	0	0	0	
	Diététicien		1			1			0	0	1	0	0	0	
	Assistant social			1			1		0	0	0	1	0	0	
	Psychologue				1			1	0	0	0	0	1	0	
Taux de minoration		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	33%	33%	33%	33%	33%	66%	100%

Les exemples sont fondés sur les tarifs 2025 du secteur ex-DG.

> Valorisation forfaitaire supérieure au montant garanti

	Source	Forfait	Effectif de la file active	Effectifs par taux de minoration				Valorisation sans minoration	Minoration	Valorisation avec minoration
				0%	33%	66%	100%			
Stade 4	Recueil 2024	451,81 €	550	539	5	4	2	248 495,50 €	2 841,88 €	245 653,62 €
Stade 5	Recueil 2024	692,78 €	320	315	0	0	5	221 689,60 €	3 463,90 €	218 225,70 €
Global	Recueil 2024		870	854	5	4	7	470 185,10 €	6 305,78 €	463 879,32 €
Garantie		510,70 €	220					112 354,00 €	6 305,78 €	106 048,22 €
<i>Dotation MRC compartiment activité, hors coefficients</i>										463 879,32 €

La première étape consiste à valoriser l'effectif de la file active par les forfaits en fonction du stade de la maladie.

$$\begin{aligned}
 & 451,81 \times 550 + 692,78 \times 320 \\
 & = 248\,495,5 + 221\,689,6 \\
 & = 470\,185,1
 \end{aligned}$$

Comme la file active est supérieure à 160 patients, le mécanisme de garantie s'applique. Le montant brut de garantie s'obtient en valorisant 220 patients au montant annuel moyen national.

$$220 \times 510,70 = 112\,354$$

Il reste à moduler les deux montants par les minorations. Elles sont calculées en appliquant aux effectifs concernés le taux de minoration et le forfait associé au stade de la maladie.

$$\begin{aligned}
 & 451,81 \times (5 \times 33\% + 4 \times 66\% + 2 \times 100\%) + 692,78 \times (5 \times 100\%) \\
 & = 2\,841,884\,9 + 3\,463,9 \\
 & = 6\,305,784\,9
 \end{aligned}$$

Enfin la dotation MRC liée au compartiment activité s'obtient en prenant le maximum entre la valorisation de la file active et le montant de garantie, diminué du montant des minorations

$$\begin{aligned}
 & \max(470\,185,1 ; 112\,354) - 6\,306,784\,9 \\
 & = 470\,185,1 - 6\,306,784\,9 \\
 & = 463\,879,315\,1
 \end{aligned}$$

Ensuite il convient d'appliquer les coefficients géographiques et « SEGUR » liés à l'EJ.

> Valorisation forfaitaire inférieure au montant garanti

	Source	Forfait	Effectif de la file active	Effectifs par taux de minoration				Valorisation sans minoration	Minoration	Valorisation avec minoration
				0%	33%	66%	100%			
Stade 4	Recueil 2024	451,81 €	110	110	0	0	0	49 699,10 €	- €	49 699,10 €
Stade 5	Recueil 2024	692,78 €	70	67	0	0	3	48 494,60 €	2 078,34 €	46 416,26 €
Global	Recueil 2024		180	177	0	0	3	98 193,70 €	2 078,34 €	96 115,36 €
Garantie		510,70 €	220					112 354,00 €	2 078,34 €	110 275,66 €
<i>Dotation MRC compartiment activité, hors coefficients</i>										110 275,66 €

Dans cet exemple, la file active est supérieure à 160 patients donc le mécanisme de garantie s'applique. Son montant est supérieur à la valorisation de la file active.

$$112\,354 > 98\,193,7$$

La dotation MRC liée au compartiment activité s'obtient en modulant le montant de garantie par le montant des minorations

$$98\,193,7 - 2\,078,34 = 110\,275,66$$

Ensuite il convient d'appliquer les coefficients géographiques et « SEGUR » liés à l'EJ.

> Valorisation sans garantie

	Source	Forfait	Effectif de la file active	Effectifs par taux de minoration				Valorisation sans minoration	Minoration	Valorisation avec minoration
				0%	33%	66%	100%			
Stade 4	Recueil 2024	451,81 €	110	110	0	0	0	49 699,10 €	- €	49 699,10 €
Stade 5	Recueil 2024	692,78 €	40	37	0	0	3	27 711,20 €	2 078,34 €	25 632,86 €
Global	Recueil 2024		150	147	0	0	3	77 410,30 €	2 078,34 €	75 331,96 €

Dotation MRC compartiment activité, hors coefficients

La file active est inférieure à 160 patients donc le mécanisme de garantie ne s'applique pas.

La dotation MRC liée au compartiment activité s'obtient en modulant la valorisation de la file active par le montant des minorations

$$77\,410,3 - 2\,078,34 = 75\,331,96$$

et en appliquant les coefficients géographiques et « SEGUR » liés à l'EJ.

1.3.2. Compartiment qualité

La valorisation de la qualité, au titre de la campagne 2025, s'appuie sur la mesure de l'exhaustivité du codage des variables sous-jacentes aux 4 indicateurs cibles, des données 2024 ainsi que des données 2023 lorsqu'il serait nécessaire d'en évaluer la progression.

- > Taux de patients éligibles à un bilan d'inscription sur la liste d'attente de greffe, engagés dans ce bilan au cours de l'année
- > Taux de patients pour lequel un courrier est adressé au médecin traitant et un plan personnalisé de soins est établi pour au moins les six prochains mois
- > Taux de transmission de l'adresse mail des patients en disposant et ayant accepté de la transmettre pour répondre à des questionnaires via la plateforme EvalSanté
- > Taux de patients pour lesquels l'évolution du débit de filtration glomérulaire fait l'objet d'une remontée d'information

Chacun de ces indicateurs aura le même poids dans la construction de la valorisation.

1.3.2.1. Périmètre des indicateurs

L'ensemble des patients sont pris en compte dans le calcul de ces indicateurs à l'exception de trois situations particulières.

- > Les patients avec un mode de sortie « Perdu de vue » ont une absence de contact depuis au moins 12 mois. Ces patients sont donc neutralisés pour le calcul des indicateurs, c'est-à-dire qu'ils ne sont dénombrés ni au numérateur ni au dénominateur des indicateurs.
- > Pour les patients entrant durant l'année d'activité,
 - si le patient entre avant juillet, l'information du débit de filtration glomérulaire est attendu aux deux semestres (conforme à l'attendu général) ;
 - si le patient entre après juin, l'information du débit de filtration glomérulaire est attendu au second semestre.
- > Pour les patients sortant durant l'année d'activité,
 - si le patient sort avant juillet, l'information du débit de filtration glomérulaire n'est attendu au premier semestre que s'il y a eu au moins une consultation de néphrologue et le patient est neutralisé sinon ;
 - si le patient sort après juin, l'information du débit de filtration glomérulaire est attendu au premier semestre.

1.3.2.2. Gain Théorique Etablissement (GTE)

Le GTE s'élève à 5 % de la rémunération au titre du compartiment activité (cf. § 1.3.1.).

1.3.2.3. Pondération des indicateurs

La pondération est le poids donné à un indicateur dans la répartition du GTE entre tous les indicateurs.

Cette pondération est la même pour les quatre indicateurs.

$$GTE_{indicateur} = \frac{GTE}{4}$$

1.3.2.4. Seuil de Haute Qualité (SHQ)

Le SHQ est fixé à une exhaustivité du codage de 100 %.

1.3.2.5. Revenu Intermédiaire Etablissement (RIE) et reliquat

Le RIE est calculé pour chaque indicateur des entités juridiques (EJ) éligibles en 2023, en 2024 et en 2025 à partir du GTE associé à cet indicateur de la manière suivante.

> Si le SHQ est atteint en 2024,

$$RIE = 100 \% GTE_{indicateur}$$

> Si le SHQ n'est pas atteint en 2024 et l'exhaustivité est croissante entre 2023 et 2024,

$$RIE = \frac{score_{2024} - score_{2023}}{SHQ - score_{2023}} GTE_{indicateur}$$

> Si le SHQ n'est pas atteint en 2024 et l'exhaustivité est décroissante entre 2023 et 2024,

$$RIE = 0 \% GTE_{indicateur}$$

Le reliquat est la somme des parts du GTE associé à cet indicateur qui n'ont pas été alloués dans les RIE. Ce reliquat est réparti au prorata des RIE, si bien que la rémunération finale associée à cet indicateur est la somme du RIE et d'une part du reliquat.

$$rémunération_{indicateur} = RIE + \left(\sum_{EJ} GTE_{indicateur} - \sum_{EJ} RIE \right) \times \frac{RIE}{\sum_{EJ} RIE}$$

1.3.2.6. Rémunération

La dotation MRC d'une entité juridique liée à la qualité est égale à la somme des rémunérations associées à chacun de ses quatre indicateurs.

$$rémunération_{finale} = \sum rémunération_{indicateur}$$

Pour les entités juridiques nouvellement éligibles au forfait MRC en 2025 ou en 2024, la dotation MRC liée à la qualité est égale à leurs GTE.

En effet ces établissements n'ont pas encore deux années de recueil de données requises pour calculer le RIE.

1.3.2.7. Exemple

Afin de favoriser la lisibilité, l'exemple suivant détaille la construction de la rémunération d'un seul indicateur parmi 4, dans le cas fictif de 3 entités juridiques.

	Valorisation activité	GTE	Indicateur (SHQ = 100 %)						
			Score 2023	Score 2024	GTE indicateur	Part du GTE indicateur	RIE	Reliquat	Rémunération indicateur
EJ 1	10 800 €	540 €	60%	100%	135 €	100%	135 €	90 €	225 €
EJ 2	9 200 €	460 €	50%	40%	115 €	0%	- €	- €	- €
EJ 3	8 000 €	400 €	40%	85%	100 €	75%	75 €	50 €	125 €
Total	28 000 €	1 400 €			350 €		210 €	140 €	350 €

Le GTE vaut 5 % de la valorisation de l'activité pour chaque entité.

Le GTE lié à l'indicateur représente ¼ du GTE puisque cet indicateur a le même poids que les 3 autres.

Le RIE est calculé selon les cas.

- > L'EJ 1 atteint le SHQ en 2024 donc son RIE est égal à son GTE lié à l'indicateur.
- > L'EJ 2 n'atteint pas le SHQ en 2024 et l'indicateur ne progresse pas entre 2023 et 2024 donc son RIE est nul.
- > L'EJ 3 n'atteint pas le SHQ en 2024 et l'indicateur progresse entre 2023 et 2024 donc la part de son GTE liée à l'indicateur est égale au rapport entre le chemin parcouru entre 2023 et 2024 et le chemin restant à parcourir en 2023 pour atteindre le SHQ.

$$\frac{85 \% - 40 \%}{100 \% - 40 \%} = 75 \%$$

La somme des RIE vaut 210 €, il reste donc 140 € à répartir au prorata des RIE.

La rémunération de l'indicateur est égale à la somme du RIE et de la part de reliquat. La totalité des 350 € de dotation pour cet indicateur a été répartie.

2. Versement et facturation

2.1. Versement

Pour l'ensemble des établissements, la dotation annuelle est notifiée à travers l'arrêté portant notification des dotations missions spécifiques et objectifs de santé publique, DAF, du forfait global de soins USLD et des forfaits annuels. Une ligne est identifiée, relative au versement de la dotation annuelle MRC (une unique dotation somme des compartiments activité et qualité). Comme pour les autres dotations, la dotation MRC notifiée et versée doit être renseignée, pour chaque établissement, dans le dispositif de notification des ARS.

Pour les entités juridiques nouvellement éligibles en 2025, le calcul de cette dotation se fera en deux temps.

- > Une dotation provisoire sera calculée au plus tard le 31 mai 2025. Son calcul se fondera sur le nombre de patients déclaré, au niveau de l'entité juridique ou dans le cadre d'une coopération, en 2024 et selon les règles de valorisation définies au § 1.3.1.
- > La dotation définitive sera calculée au plus tard le 31 mai 2026. Son calcul se fondera sur le nombre de patients pris en charge en 2025, au niveau de l'entité juridique ou dans le cadre d'une coopération, selon les informations transmises via le PMSI et selon les règles de valorisation définies au § 1.3.1.

Pour les entités juridiques éligibles en 2024 et en 2025, le calcul de la dotation sera opéré au plus tard le 31 mai 2025.

Le calcul de la dotation se fait sur la base, d'une part, du nombre de patients pris en charge en 2024, au niveau de l'entité juridique ou dans le cadre d'une coopération, selon les informations transmises via le PMSI et selon les règles de valorisation définies au § 1.3.1, ainsi que, d'autre part, de la mesure de l'exhaustivité du codage de ces informations selon les règles de rémunération définies au § 1.3.2.

Pour les entités juridiques nouvellement éligibles en 2025, la régularisation définitive au titre de 2025 est intégrée à la dotation 2026.

Pour les entités juridiques qui ne seront plus éligibles en 2026, la dotation 2025 sera régularisée lors du calcul de la dotation 2026 en comparant les valorisations selon les règles définies au § 1.3.1., d'une part, du nombre de patients pris en charge en 2024, et d'autre part, du nombre de patients pris en charge en 2025, au niveau de l'entité juridique ou dans le cadre d'une coopération, selon les informations transmises via le PMSI.

2.2. 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 au § 1.1. 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.

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.