

# MALADIE RÉNALE CHRONIQUE : LES MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT ET DE FINANCEMENT DU FORFAIT

Livret pédagogique à destination des ARS  
et des établissements de santé



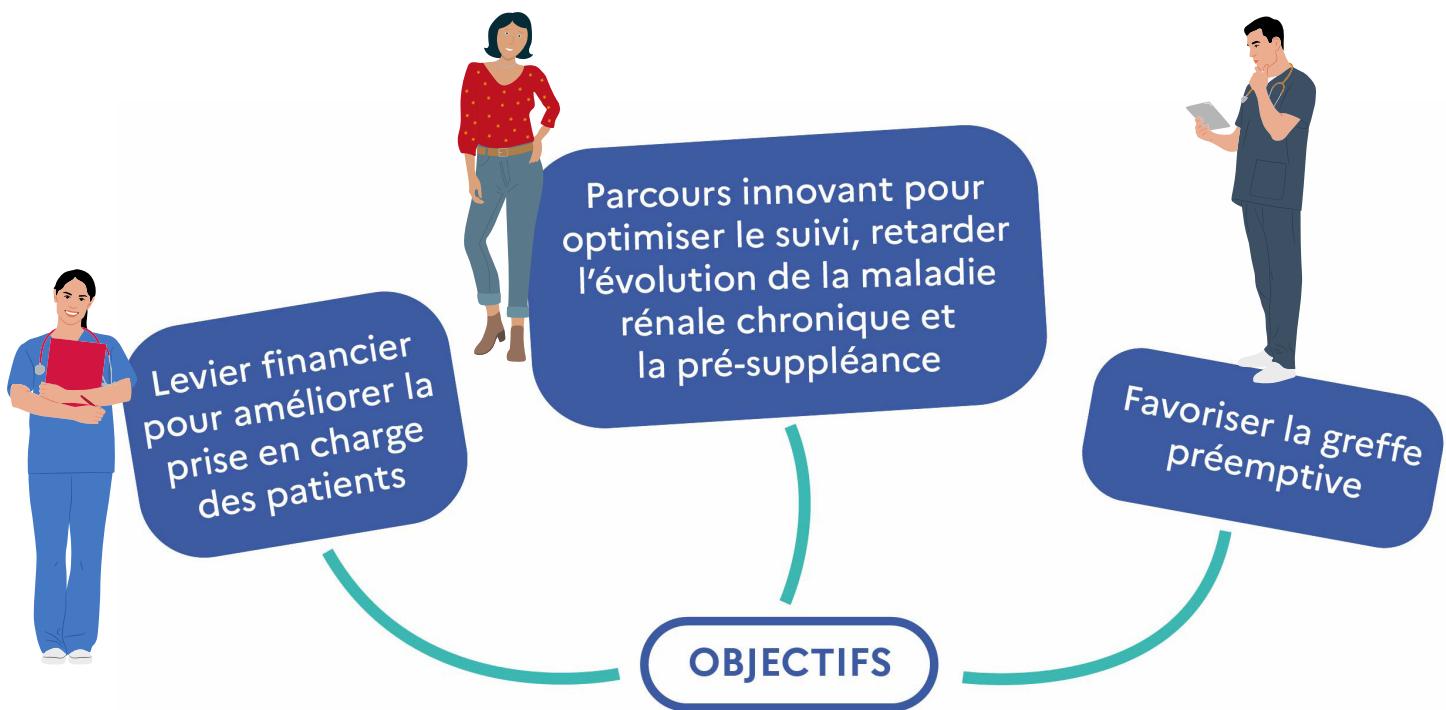
Janvier 2026

# LE FORFAIT MRC

## QU'EST-CE QUE LE FORFAIT MRC ?

Le forfait MRC constitue une rémunération forfaitaire annuelle des établissements de santé qui mettent en place un accompagnement pluriprofessionnel annuel des patients atteints de maladie rénale chronique, aux stades 4 et 5, dans l'objectif d'améliorer le suivi de ces patients, de lutter contre la progression de la maladie et la survenue de complications.

## POURQUOI A-T-IL ÉTÉ MIS EN PLACE ?



## QUELS SONT LES PROFESSIONNELS IMPLIQUÉS ?

- Équipe socle minimale :
  - un néphrologue
  - un infirmier de coordination (IDEC) ou exerçant en pratique avancée (IPA)
  - un diététicien ou un psychologue ou un assistant social.
- En tant que de besoin, tout autre professionnel paramédical ou socio-éducatif ou assurant une pratique de l'activité physique adaptée.

# L'ÉLIGIBILITÉ AU FORFAIT MRC

## QUELS ÉTABLISSEMENTS SONT CONCERNÉS ?

Les établissements de santé publics et privés qui mettent en place un accompagnement pluriprofessionnel pour des patients atteints de maladie rénale chronique aux stades 4 et 5 de la maladie.

## COMMENT BÉNÉFICIER DU FORFAIT MRC ?

- L'établissement de santé doit prendre en charge annuellement au moins 220 patients adultes et assurer une prise en charge par une équipe composée d'au moins 3 professionnels différents parmi l'équipe socle mentionnée précédemment.
- Des dérogations à ce seuil sont possibles :
  - sur dérogation du directeur général (DG) de l'ARS pour des motifs d'accessibilité territoriale.
  - en cas de convention de coopération entre établissements organisant le suivi des patients et permettant d'atteindre le seuil de 220 patients.

L'établissement de santé peut bénéficier d'une garantie de financement s'il prend finalement en charge au moins 160 patients. Les modalités de calcul de cette garantie minimale de rémunération sont détaillées plus bas.

## L'ACTUALISATION ANNUELLE DE LA LISTE DES ÉTABLISSEMENTS ÉLIGIBLES AU FORFAIT MRC

- L'ARS transmet la liste des établissements entrants et sortants du forfait MRC en N + 1 à la DGOS avant le 1<sup>er</sup> octobre de l'année N. Les établissements souhaitant entrer ou sortir du forfait doivent se manifester auprès de leur ARS en amont de cette date.
- La DGOS actualise l'arrêté fixant la liste des établissements éligibles au forfait MRC pour l'année N + 1 au 31 décembre de l'année N.

## L'ENTRÉE D'UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ DANS LE FORFAIT MRC

- Pour bénéficier du forfait MRC, l'établissement de santé éligible déclare à son ARS un nombre de patients prévisionnel estimé sur la base de sa file active de patients MRC stade 4 et stade 5.

## LA SORTIE D'UN ÉTABLISSEMENT DU FORFAIT

- Un établissement de santé souhaitant sortir du dispositif le déclare à son ARS lors de l'année N pour l'année N + 1.
- Un établissement éligible au forfait MRC ne bénéficiant pas d'une dérogation du DG ARS et n'atteignant pas le seuil minimal de 160 patients en année N est automatiquement sorti du forfait en année N + 1.

## LA RÉMUNÉRATION ANNUELLE À L'ACTIVITÉ

### LA VALORISATION DU FORFAIT MRC – LE CAS GÉNÉRAL



La valeur des forfaits dépend du secteur de l'établissement et du stade de la MRC du patient, elle est fixée par arrêté. Les 3 consultations annuelles minimales devant être assurées pour bénéficier de la totalité de la rémunération forfaitaire sont les suivantes :

- 1 consultation individuelle par un néphrologue au stade 4 et 2 consultations pour les patients au stade 5. À défaut, aucune rémunération ne peut être perçue au titre du forfait. Par exception à ce principe, si le patient au stade 5 est resté moins de 6 mois, s'il n'a eu qu'une seule consultation la rémunération n'est pas nulle mais diminuée de moitié.
- 1 séance individuelle avec l'infirmier de coordination (IDEC) ou l'infirmier exerçant en pratique avancée (IPA). À défaut de cette séance, un abattement de  $\frac{1}{3}$  du montant du forfait est appliqué (-33 %).
- 1 séance individuelle avec un diététicien ou un psychologue ou un assistant social ou avec un infirmier exerçant en pratique avancée. À défaut de cette séance, un abattement de  $\frac{1}{3}$  du montant du forfait est appliqué (-33 %).



#### Points d'attention

- Bien que l'IPA puisse intervenir en substitution de la séance d'IDEC ou de diététicien / psychologue / assistant social, son intervention auprès d'un même patient ne peut être comptabilisée **qu'une fois** parmi ces 3 consultations annuelles minimales. Ces 3 consultations peuvent ainsi être les combinaisons suivantes :
  - Néphrologue + IDEC + IPA
  - Néphrologue + IPA + Diététicien
  - Néphrologue + IPA + Assistant social
  - Néphrologue + IPA + Psychologue
  - Néphrologue + IDEC + Diététicien
  - Néphrologue + IDEC + Assistant social
  - Néphrologue + IDEC + Psychologue
- La valorisation de l'intervention de l'IPA, du psychologue et de l'assistant social telle que décrite supra s'appliquera à partir des données recueillies en 2024, valorisées en 2025.



## LA VALORISATION DU FORFAIT MRC – LA GARANTIE MINIMALE DE RÉMUNÉRATION

- Elle est perçue par l'établissement ayant pris en charge au moins 160 patients au cours de l'année, si le montant de la dotation qui lui est due au titre du forfait MRC (forfaits complets ou ayant fait l'objet d'un abattement) lui est inférieure, afin de préserver leur capacité à exercer une activité minimale.
- Elle est calculée de la manière suivante : (220 patients x montant annuel moyen national par patient) - les minorations par patient du forfait appliquées à l'établissement considéré, du fait de l'absence de consultation d'un des 3 professionnels du parcours du patient.

## LA VALORISATION DU FORFAIT MRC DES ÉTABLISSEMENTS ENTRANTS

- Pour la 1<sup>ère</sup> année de mise en œuvre du forfait MRC, l'établissement perçoit un montant provisoire de rémunération annuelle établi sur la base du nombre de patients estimé et déclaré à l'ARS par l'établissement éligible pour cette 1<sup>ère</sup> année de mise en œuvre.
- Ce montant provisoire est régularisé au plus tard le 31 mai de l'année N + 1 pour tenir compte du nombre de patients effectivement pris en charge par l'établissement l'année N.

## LA VALORISATION DU FORFAIT MRC DES ÉTABLISSEMENTS SORTANTS

- Lorsqu'un établissement n'est plus éligible au forfait MRC pour l'année N, les montants qu'il a perçus en année N - 1 au titre de l'année N - 2 sont régularisés au 31 mai de l'année N pour tenir compte de la file active qu'il a effectivement prise en charge en N - 1.
- Une fois sorti du forfait MRC, l'établissement ne perçoit plus de rémunération au titre du forfait MRC et reprend la facturation de droit commun des consultations réalisées.



# LA DOTATION QUALITÉ

## LA VALORISATION DE LA DOTATION QUALITÉ DU FORFAIT MRC – LES PRINCIPES GÉNÉRAUX

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2023, une dotation complémentaire à la qualité est mise en œuvre et prise en compte dans le calcul du montant dû aux établissements de santé au titre du forfait MRC.

Le montant de cette dotation complémentaire correspond à 5 % de l'enveloppe allouée en année N au titre de l'activité réalisée en année N - 1 par l'ensemble des établissements de santé inclus dans le dispositif.

Il est réparti à part égale entre les 4 indicateurs qualité du modèle qui ont tous le même poids.



La dotation qualité du forfait MRC repose sur les **4 indicateurs** ci-dessous :

**1. 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 :**

$$\frac{\text{Nombre de patients ayant engagé ou réalisé un bilan pré-greffe}}{\text{Nombre de patients éligibles à ce bilan pré-greffe}}$$

**2. Taux de patients pour lesquels un courrier au médecin traitant et un plan personnalisé de soins est établi pour au moins les 6 prochains mois :**

$$\frac{\text{Nombre de patients pour lesquels un courrier au médecin et un PPS est établi pour au moins les 6 prochains mois}}{\text{Nombre total de patients inclus dans le forfait MRC}}$$

**3. 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 Eval-Santé :**

$$\frac{\text{Nombre d'adresses mail déposées au niveau de la plateforme Eval-Santé}}{\text{Nombre de patients disposant d'un email et ayant accepté de le transmettre}}$$

**4. Taux de patients pour lequel l'évolution du débit de filtration glomérulaire fait l'objet d'une remontée d'information**

$$\frac{\text{Nombre de patients pour lesquels la valeur du DFG a été renseignée au 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> semestre}}{\text{Nombre total de patients inclus dans le forfait MRC}}$$

- En 2024 et 2025, la dotation qualité prend en compte l'exhaustivité des données sous-jacentes au calcul des indicateurs.
- À partir de 2026, la dotation qualité est calculée à partir de la valeur réelle des indicateurs.

**Nota bene :** en 2026, la plateforme Evalsanté est en cours de développement.

## La dotation qualité d'un établissement est allouée en 2 étapes (cf. Annexe 1)

Elle correspond à la somme des 2 rémunérations suivantes :

1) Allocation de l'enveloppe qualité en fonction des résultats des établissements aux quatre indicateurs susmentionnés (rémunération intermédiaire de l'établissement - RIE). La valorisation de cette **rémunération intermédiaire** tient compte du taux atteint en année N - 1 par l'établissement pour chaque indicateur et de sa progression entre N - 2 et N - 1.

2) Allocation du reliquat potentiel d'enveloppe au prorata des résultats des établissements aux quatre indicateurs (**rémunération complémentaire**) i.e. au prorata de la rémunération intermédiaire susmentionnée.

Dotation qualité (5 % de la valorisation de l'activité réalisée dans le cadre du forfait MRC)

Rémunérations intermédiaires des établissements (- RIE) au titre de chaque indicateur qualité (allouée en fonction des résultats atteints par chaque établissement de santé et pour chaque indicateur)

Rémunération complémentaire par établissement (total des financements non alloués au titre des rémunérations intermédiaires des établissements)

## LA VALORISATION DE LA DOTATION QUALITÉ DU FORFAIT MRC – LE GAIN THÉORIQUE ET RÉMUNÉRATION INTERMÉDIAIRE DE L'ÉTABLISSEMENT



Le **gain théorique de l'établissement** ou GTE (RIE maximale à laquelle il peut prétendre au titre de l'ensemble des indicateurs) correspond à 5 % du financement dû à l'établissement au titre de la valorisation de son activité.

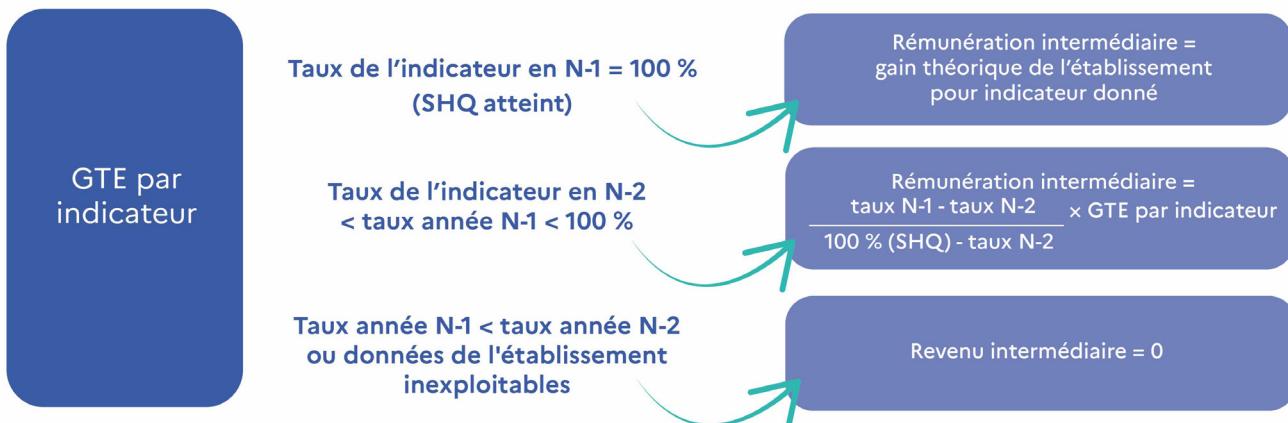
Le GTE est réparti à part égale entre les 4 indicateurs qualité qui ont le même poids au sein du modèle.

La **rémunération intermédiaire** (RIE) due à un établissement est calculée comme suit pour chaque indicateur qualité (cf. exemple en Annexe 2).

L'établissement atteint le seuil de haute qualité (SHQ), fixé à 100 % : il bénéficie de la totalité du gain théorique auquel il pouvait prétendre.

L'établissement n'atteint pas le SHQ mais son taux a progressé entre N - 2 et N - 1 : il bénéficie d'une partie du gain théorique auquel il pouvait prétendre et dont le montant dépend à la fois du taux atteint par l'établissement et de l'importance de sa progression.

L'établissement n'atteint pas le SHQ et n'a pas progressé entre N - 2 et N - 1 ou ses données sont inexploitables ou manquantes ou insuffisamment exhaustives (lorsque le taux de transmission des informations pour les indicateurs 1, 2 et 3 est strictement inférieur à 80 % : il ne bénéficie d'aucune rémunération au titre de cet indicateur).

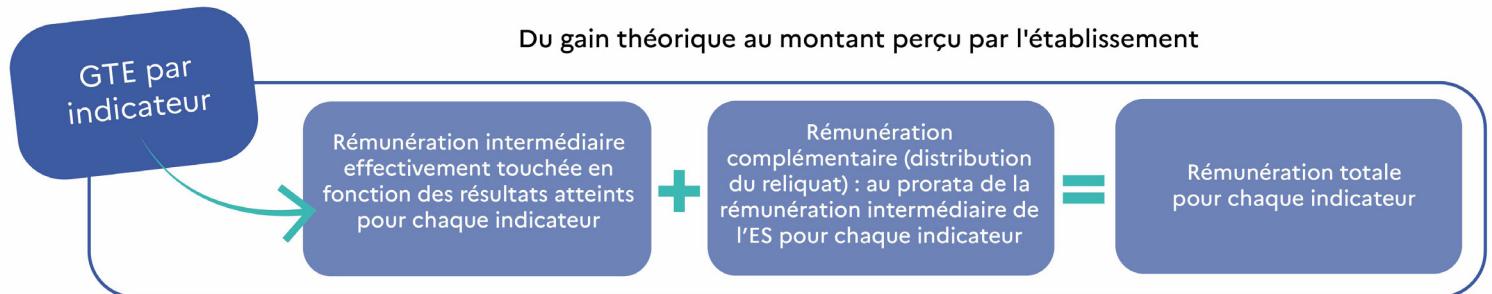


Cas particulier des 2 premières années de mise en œuvre du forfait MRC par un établissement : dans l'attente de disposer des données N - 2 et N - 1 de l'établissement et afin de ne pas le pénaliser, chaque indicateur est considéré comme ayant atteint le SHQ pour les deux premières années de mise en œuvre du forfait MRC. Sa rémunération correspond à son GTE (il ne bénéficie en revanche pas de la rémunération complémentaire mentionnée infra).

## LA VALORISATION DE LA DOTATION QUALITÉ DU FORFAIT MRC – LA RÉMUNÉRATION COMPLÉMENTAIRE DE L'ÉTABLISSEMENT

- Un reliquat d'enveloppe peut subsister une fois les rémunérations intermédiaires des établissements calculées. Il correspond aux financements non alloués au titre de ces rémunérations intermédiaires (différence entre les GTE et les RIE distribuées pour chaque indicateur).
- La répartition de ce reliquat permet à l'établissement de bénéficier d'une rémunération complémentaire. Elle est effectuée au prorata de la rémunération intermédiaire par indicateur de chaque établissement.





## LES RÉFÉRENCES RÉGLEMENTAIRES

- Article L. 162-22-5-1 du code de la sécurité sociale
- Article R. 162-33-16-1 du code de la sécurité sociale
- Arrêté du 25 septembre 2019 modifié 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
- Arrêté du 27 septembre 2019 modifiant la liste des établissements éligibles 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



## LE CALENDRIER DE TRANSMISSION DES DONNÉES ET DE GESTION DU FORFAIT MRC (APPLICABLE À PARTIR DE 2024)

### ANNÉE N

**30 septembre**  
Validation par les établissements de santé des données du 1<sup>er</sup> semestre

**15 octobre**  
Validation par les ARS des données du 1<sup>er</sup> semestre

**01 octobre**  
Transmission par les ARS de la liste des établissements de santé entrants et sortants du dispositif

**31 décembre**  
Actualisation par la DGOS de l'arrêté fixant la liste des ES éligibles au forfait MRC

### ANNÉE N+1

**28 février**  
Validation par les établissements de santé des données du second semestre de l'année N

**15 mars**  
Validation par les ARS des données du second semestre de l'année N

**31 mai**  
Arrêté ARS fixant le montant de la rémunération annuelle de chaque établissement de santé éligible, sur la base de l'activité N - 1  
et/ou régularisation de la dotation des établissements de santé entrés en N - 1  
et/ou régularisation de la dotation des établissements de santé sortis du dispositif en N au titre de leur file active N - 1



## ANNEXE 1 - EXEMPLE DE CALCUL DE LA RÉMUNÉRATION TOTALE LIÉE À LA QUALITÉ D'UN ÉTABLISSEMENT

	Valorisation de l'activité	Part de l'activité valorisée totale	GTE global de l'établissement	GTE pour indicateur N°1	Taux N-2 pour l'indicateur N°1	Taux N-1 pour l'indicateur N°1	Part de GTE associé aux résultats obtenus pour l'indicateur N°1	RIE alloué au titre de l'indicateur N°1	Part du RIE dans le RIE Total alloué	Financement complémentaire associé à l'indicateur N°1	Rémunération totale allouée au titre de l'indicateur N°1
Établissement 1	10 000 €	33 %	500 €	125 €	60 %	100 %	100 %	125 €	52 %	69	194 €
Établissement 2	7 500 €	25 %	375 €	94 €	50 %	40 %	0 %	0 €	0 %	0	0 €
Établissement 3	12 500 €	42 %	625 €	156 €	40 %	85 %	75 %	117 €	48 %	64	181 €
Total établissements	30 000 €	100 %	1 500 €	375 €				242 €		133	375 €

### Exemple :

- Soit une dotation qualité globale de 1 500 € pour l'ensemble des établissements correspondant à 5 % de l'activité valorisée ( $30\ 000\ € \times 5\ \% = 1\ 500\ €$ ).
- Cette enveloppe qualité est répartie au prorata de la valorisation de l'activité de chaque établissement pour représenter le gain théorique global de chaque établissement. Elle est divisée par 4 pour constituer le GTE pour chaque indicateur (chaque indicateur ayant le même poids).

Détail du calcul du GTE global et par indicateur de l'établissement de santé n°1 :

Poids de l'activité valorisée de l'établissement de santé n°1 dans l'activité valorisée totale =  $10\ 000\ € / 30\ 000\ € = 33,33\ %$

GTE global de l'établissement =  $33,33\ \% \times 1\ 500\ € = 500\ €$

GTE de l'établissement de santé au titre de l'indicateur n°1 =  $1\ 500\ € / 4 = 125\ €$

- La rémunération intermédiaire de l'établissement (RIE) allouée au titre de l'indicateur n°1 prend en compte l'atteinte du seuil de haute qualité (SHQ) et la progression du taux de l'établissement entre N - 2 et N - 1.

Détails du calcul de la RIE allouée pour cet indicateur :

Etablissement de santé n°1 (SHQ atteint) : RIE = 100 % GTE = 125 €

Etablissement de santé n°2 (SHQ non atteint et évolution ↓) : RIE = 0 % GTE = 0 €

Etablissement de santé n°3 (SHQ non atteint et évolution ↑) : RIE =  $(85\ \% - 40\ \%) / (100\ \% - 40\ \%) \times 156,25\ € = 117,19\ €$

- La différence entre la somme des GTE et la somme des RIE allouées permet de distribuer une rémunération complémentaire aux établissements, au prorata de leur RIE, pour chaque indicateur.



Détail du calcul relatif à l'allocation de la rémunération complémentaire des établissements de santé :  
Le reliquat disponible est calculé par indicateur : GTE – RIE, soit  $375 \text{ €} - 242,19 \text{ €} = 132,81 \text{ €}$   
Ce reliquat est distribué, par indicateur, au prorata de la RIE de chaque établissement.  
Pour l'établissement n°1 : RIE = 52 % du reliquat disponible ( $125 \text{ €} / 242,19 \text{ €} = 52 \%$ )  
Sa rémunération complémentaire =  $52 \% \times 132,81 \text{ €} = 68,55 \text{ €}$

- La rémunération totale des établissements au titre de la dotation qualité du forfait MRC correspond à la somme de leurs rémunérations intermédiaires par indicateur et de leurs rémunérations complémentaires par indicateur.

Détail du calcul de la rémunération totale au titre de la dotation qualité du forfait MRC de l'établissement n°1 pour l'indicateur qualité n°1 :  
 $\text{RIE} + \text{financement complémentaire} = 125 \text{ €} + 68,55 \text{ €} = 193,55 \text{ €}$

## ANNEXE 2 - EXEMPLE DE CALCUL DE LA RÉMUNÉRATION INTERMÉDIAIRE D'UN ÉTABLISSEMENT PAR INDICATEUR

Indicateur	Taux N-2	Taux N-1	Progression	SHQ	Taux de GTE pris en compte pour la RIE par indicateur
1	30 %	40 %	10 pt	100 %	14 %
2	80 %	90 %	10 pt	100 %	50 %
3	90 %	100 %	Non prise en compte	100 %	100 %
4	80 %	80 %	0 pt	100 %	0 %

- Calcul de la rémunération intermédiaire pour l'indicateur n°1 :
- La RIE due au titre de l'indicateur n°1 = 14 % du GTE de l'indicateur
  - Détail du calcul :  $(40 - 30) / (100 - 30) = 10 / 70 = 14 \%$

- Calcul de la rémunération intermédiaire pour l'indicateur n°2 :
- La RIE due au titre de l'indicateur n°2 = 50 % du GTE de l'indicateur
  - Détail du calcul :  $(90 - 80) / (100 - 80) = 10 / 20 = 50 \%$

- Calcul de la rémunération intermédiaire de l'indicateur n°3 :
- La RIE due au titre de l'indicateur n°3 = 100 % du GTE de l'indicateur
  - car le SHQ est atteint

- Calcul de la rémunération intermédiaire de l'indicateur n°4 :
- Absence de rémunération car SHQ non atteint et absence de progression





contact : DGOS-FIP2@sante.gouv.fr