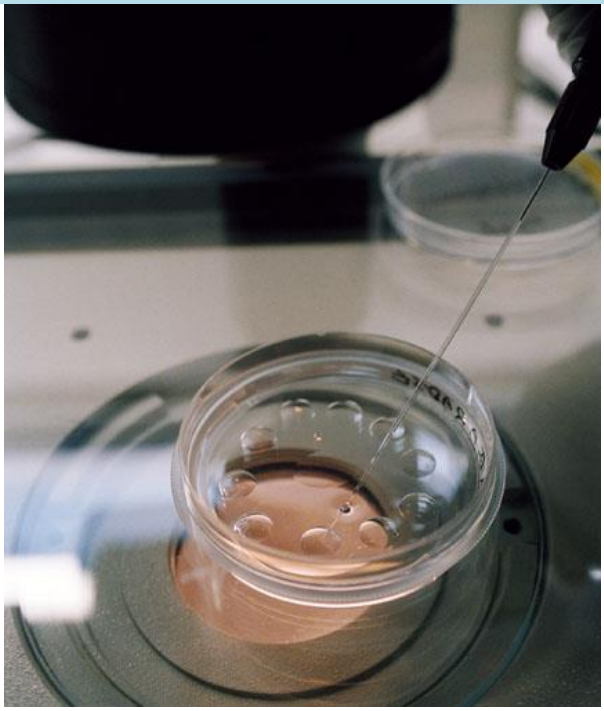
agence de la biomédecine

Modalités de FINANCEMENT 2020 des activités d'AMP, de CPDPN, et de DPI



© Benoit Rajau pour l'Agence de la biomédecine

Editorial

L'Agence de la biomédecine appuie et soutient les financements des activités de soins dont l'encadrement et la supervision relèvent de son champ de compétences (loi de bioéthique du 7 juillet 2011), en particulier les activités d'assistance médicale à la procréation, de diagnostic prénatal et préimplantatoire, et de génétique humaines.

Afin de tenir compte de la spécificité des activités et de la nécessité de rémunérer les établissements au plus près des différentes missions et obligations de santé publique, les modalités de financement dans le cadre de la tarification à l'activité, dans ces domaines, ont fait l'objet d'améliorations depuis 2011, avec la création et/ ou la modélisation des missions d'intérêt général (MIG), grâce au travail collectif mené entre l'Agence de la biomédecine, les professionnels (sociétés savantes, fédération), et la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS).

Cette plaquette d'information a pour vocation d'informer les équipes cliniques et biologiques ainsi que tous les acteurs concernés (notamment les directions d'établissement et les ARS), sur les modalités de financement des activités d'AMP dans les établissements de santé publics et privés, et sur le financement des surcoûts imputables aux activités des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN), et des centres de diagnostic préimplantatoire (CDPI).

Les modalités d'allocation de l'enveloppe « MIG AMP » sont inchangées depuis 2016.

Concernant les CPDPN, en 2018 un nouvel indicateur et une révision de la répartition des activités ont été mis en œuvre ; en 2019 c'est l'année d'activité prise en compte pour le calcul de la dotation qui a été modifiée (N-2 au lieu de N-3).

Enfin, le modèle de la MIG destinée aux CDPI a également été revu ; désormais il tient compte de l'activité des centres et se veut plus incitatif que le modèle antérieur.

Les équipes de l'Agence de la biomédecine sont à l'écoute de tous les professionnels concernés et travaillent également en concertation avec les tutelles (DGOS et ATIH).

Ainsi, dans le cadre de la révision de la loi de bioéthique en 2020, il est envisagé que de nouvelles modalités de financement, concernant notamment le don de spermatozoïdes, soient étudiées dès la publication de la nouvelle loi.

J'espère que cette plaquette d'information, que j'ai souhaité la plus synthétique et pratique possible, constituera un support de dialogue utile entre les équipes concernées, les professionnels des départements d'information médicale, et les gestionnaires des établissements.

Emmanuelle CORTOT-BOUCHER
Directrice générale

SOMMAIRE

Abréviations et acronymes 6
Références réglementaires 7
En préambule : 2 encadrés pour comprendre 8
Qu'est-ce qu'une MIG ? 8
Illustration : la dotation MIG dédiée aux activités d'AMP 9
FINANCEMENT DE L'AMP 11
1. Les prestations facturables en AMP *(T2A, NABM, CCAM)* 12
1.1. L'hospitalisation pour ponctions d'ovocytes 12
1.2. Les actes de FIV / ICSI 12
1.3. Le transfert d'embryon(s) 12
2. Les 6 compartiments de la MIG AMP 14
2.1. Les surcoûts de l'AMP 14
2.2. L'AMP en contexte viral 15
2.3. Le don d'ovocytes 16
2.4. Le don de spermatozoïdes 18
2.5. L'accueil d'embryon 19
2.6. La préservation de la fertilité 20
FINANCEMENT DES CPDPN 25
FINANCEMENT DES CDPI 31

Abréviations et acronymes

Abm	Agence de la biomédecine
AMP	Assistance médicale à la procréation
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
Case-mix	Eventail des cas traités, ou répartition des séjours PMSI, une année donnée
CCAM	Classification Commune des Actes médicaux
CDPI	Centres de diagnostic préimplantatoire
CECOS	Centre d'Etudes et de Conservation des Œufs et du Sperme
CIM-10	Classification Internationale des Maladies – 10ème révision
CPDPN	Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
Coef. géo	Coefficient géographique [correctif régional de majoration qui s'applique aux tarifs hospitaliers et aux montants des MIG : Corse + 11% / IdF + 7% / Martinique et Guadeloupe + 27% / Guyane + 29% / La Réunion + 31%]
ES	Etablissement de santé
ex-DG[1]	Etablissement de santé anciennement sous dotation globale (publics et privés à but non lucratif, ESPIC pour la plupart)
ex-OQN	Etablissement de santé anciennement sous objectif quantifié national (privés lucratifs)
ETP	Equivalent temps plein
FIV	Fécondation in vitro
IA	Insémination Artificielle
IAD	Insémination Artificielle avec Donneur
ICSI	Intra-Cytoplasmic Sperm Injection
IMG	Interruption Médicale de Grossesse
GHM	Groupe homogène de malades (classification des séjours PMSI)
GHS	Groupe homogène de séjour (le tarif du GHS)
MIG, MIGAC	Missions d'intérêt général, Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
NABM	Nomenclature des actes de biologie médicale
ONDAM	Objectif national des dépenses d'Assurance maladie
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
RAA	Rapport d'activité annuel
SE	Forfait Sécurité Environnement

[1] Dans ce tableau et la suite du document :
« Public » regroupe les établissements publics et privés à but non lucratif (« ex-DG »)
Privé regroupe les établissements privés à but lucratif (« ex-OQN »)

Références réglementaires

DGOS

- Circulaire DGOS/R1/2020/60 du 20 avril 2020 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2020 des établissements de santé
- Circulaire DGOS/R1/2020/3 du 07 janvier 2020 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2019 des établissements de santé
- Circulaire DGOS/R1/2019/233 du 07 novembre 2019 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2019 des établissements de santé
- Circulaire DGOS/R1/2019/111 du 07 mai 2019 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2019 des établissements de santé
- Circulaire DGOS/R1/2018/114 du 4 mai 2018 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2017 des établissements de santé
- Circulaire DGOS/R1/2017/164 du 9 mai 2017 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2017 des établissements de santé
- Arrêté du 6 mars 2019 fixant pour l'année 2019 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale
- Arrêté du 28 février 2018 modifiant l'arrêté du 27 février 2017 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile
- Arrêté du 27 février 2017 modifiant l'arrêté du 25 février 2016 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile

ATIH

- Notice technique n° CIM-MF-195-4-2018 du 11 avril 2018 / Campagne tarifaire et budgétaire 2018, Nouveautés « financement »
- Notice technique n° CIM-MF-318-1-2016 du 22 avril 2016 / Campagne tarifaire et budgétaire 2016, Nouveautés « financement »
- Notice technique CIM-MF-167-2-2013 du 1er mars 2013 / Campagne tarifaire et budgétaire 2013 : nouveautés « financement »
- Notice technique CIM-MF-11-1-2013 du 7 janvier 2013 / Campagne tarifaire et budgétaire 2013 : nouveautés PMSI-Recueil
- Notice technique CIM-MF – 2012 du 12 mars 2012 / Campagne tarifaire 2012 : nouveautés relatives aux prestations
- Notice technique CIM-MF 1234-4-2011 du 28 décembre 2012 / Campagne tarifaire et budgétaire 2012 : nouveautés PMSI

En préambule : 2 encadrés pour comprendre

Qu'est-ce qu'une MIG ?

La tarification à l'activité, dite T2A, depuis son origine, comporte deux volets **complémentaires** :

- ✓ Le financement de l'activité de diagnostic, de traitement et de soins par des **tarifs** de prestation et des forfaits nationaux (par exemple forfaits GHS affectés aux séjours hospitaliers) : les ressources sont ainsi allouées aux établissements en fonction du volume et de la nature de leur activité (décrite par le PMSI).
- ✓ La compensation de charges liées à l'accomplissement de missions d'intérêt général, par des dotations spécifiques appelées **MIG** ou **MIGAC** (AC pour aide à la contractualisation).

En 2020, la 1ère circulaire budgétaire verse au total 7,8 Md€ de dotations MIG/MIGAC pour le court séjour

La dotation nationale de financement MIG/MIGAC finance les missions et les actions dont le législateur a estimé qu'elles ne devaient pas être soumises aux seules variations de l'activité.
En effet, les activités des établissements de santé ne se limitent pas à des activités quantifiables à travers les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et facturables à l'Assurance maladie. Cette notion de mission d'intérêt général n'est pas propre au système français et la plupart des systèmes étrangers de tarification à l'activité prévoient de telles modalités complémentaires de financement.

Les dotations MIG/MIGAC ont pour objectif de **compenser des surcoûts constatés**, potentiellement différents selon les établissements compte tenu des disparités d'activités et de résultats. Ainsi, **des données d'activité** (activité mesurée en « niveaux » et non pas au séjour ou à l'acte) **doivent nécessairement être intégrées au calibrage des dotations** et *in fine* permettre une réévaluation de celles-ci au regard des résultats constatés.

La diversité des missions d'intérêt général explique que le législateur ait souhaité les délimiter et les ordonnancer.

Rappelons enfin que, comme tout financement T2A, **seuls les établissements de santé peuvent percevoir des dotations MIG.**

La MIG AMP, la MIG CPDPN et la MIG destinée aux CDPI font partie des MIG dont le périmètre et les modalités ont été définies depuis 2013.

A noter que depuis 2016, ces MIG n'ont pas été impactées par le plan d'économies (qui a concerné d'autres MIG), en raison de leur modélisation récente, et de leur objectivité fondée sur des indicateurs mesurables et reproductibles.

Illustration : la dotation MIG dédiée aux activités d'AMP

La dotation MIG a pour objectif de compenser les surcoûts des activités de soins (voir ci-contre).

Concernant l'AMP, des surcoûts ont été identifiés pour l'activité d'AMP en général et pour certaines prises en charge spécifiques. Ces missions sont donc compensées - *sous réserve **d'autorisation** en cours de validité* des activités - par un financement structurel et annuel de type MIG fondé sur des indicateurs quantitatifs, et fléché par établissement.

Le financement d'un centre d'AMP (quel que soit son statut[2]) est ainsi constitué de deux composantes complémentaires : une part facturable (actes cliniques, biologiques, d'imagerie, consultations, séjours d'hospitalisation) et une part non facturable (liée à l'exécution de différentes missions).

La composante non facturable, ou dotation MIG, a pour vocation de financer des charges de personnel et d'équipements. Dans le cas du don de gamètes et d'embryons, elle permet également de garantir le principe de neutralité financière pour les donneurs[3]. En vertu de ce principe, l'établissement en charge du prélèvement pour don de gamètes rembourse la totalité des dépenses non médicales du donneur et l'exonère du ticket modérateur[4] et du forfait journalier.

Concernant la biologie, les actes de laboratoire non-inscrits à la NABM (actes hors nomenclature) ne sont pas financés par la MIG AMP mais par une MIG *ad hoc* concernant tous les actes hors nomenclature (facturation dans le cadre du RIHN).

L'enveloppe MIG AMP « historique », initialement dédiée au financement des activités de don de gamètes a été redéfinie en deux étapes en intégrant de nouveaux périmètres d'activité et de nouvelles règles de répartition :

- ✓ la première étape de modélisation a concerné les 3 activités de don : les dotations correspondantes ont été appliquées à compter de la campagne budgétaire 2013.
- ✓ la seconde étape de modélisation a concerné les 3 autres compartiments de la MIG : surcoûts de l'AMP, AMP en contexte viral et préservation de la fertilité : les dotations correspondantes ont été appliquées **à compter de la campagne budgétaire 2014**.

En 2020, la dotation MIG AMP s'élève à plus de **20,1 millions d'€** et comprend au total **6 compartiments** :

1. **Surcoûts de l'AMP** (§ 2.1)
2. **AMP en contexte viral** (§ 2.2)
3. **Don d'ovocytes** (§ 2.3)
4. **Don de spermatozoïdes** (§ 2.4)
5. **Accueil d'embryon** (§ 2.5)
6. **Préservation de la fertilité** (§ 2.6)

Pour les centres démarrant une activité ou en situation de déploiement conjoncturel, les perspectives de financement seront intégrées à une démarche de **contractualisation avec les ARS** sur la base d'un **forfait de démarrage** prévu pour tous les compartiments (sauf celui des « surcoûts AMP »).

---

[2] La MIG AMP est une des quelques MIG attribuées selon des règles strictement identiques au secteur public (« ex-DG ») et au secteur privé (« ex-OQN).

[3] Voir le « Guide de prise en charge financière des donneurs vivants d'éléments du corps humain » : https://www.agence-biomedecine.fr/Site-des-professionnels - filtrer par : activités transverses / Financement de l'activité.

[4] Article R. 322-9 du code de la sécurité sociale.

FINANCEMENT DE L'AMP

1. Les prestations facturables en AMP *(T2A, NABM, CCAM)*

1.1. L'hospitalisation pour ponctions d'ovocytes

La ponction d'ovocytes est effectuée en hôpital de jour (ambulatoire dans la terminologie PMSI).

Elle est financée par le GHM/GHS 13C16J (tableau 1). Ce GHM/GHS est obtenu par le codage de l'acte CCAM JJFJ001, prélèvement d'ovocytes en ambulatoire, avec un diagnostic principal de fécondation in vitro Z312 ou Z313.

NB : voir en § 2.3.1 le cas de la ponction pour don d'ovocytes, où le codage doit être différent.

Tableau 1 : Case-mix 2019 du GHM 13C16J (GHS 4982/ DP Z312 –Z313) et tarifs 2020

DP	N° GHS	N° GHM	Libellé	Nombre de séjours PMSI 2019		Tarif 2020 (en €)		Evolution tarif 2019-20 (en %)	
				Privé	Public	Privé	Public	Privé	Public
Z312 Z313	4982	13C16J	Prélèvement d'ovocytes en ambulatoire	28 463	36 067	349,35 €	1 175,56 €	0,02%	0,24%

1.2. Les actes de FIV / ICSI

L'acte biologique de FIV[5] - sans ou avec micromanipulation[6] (ICSI) - est facturable au titre de l'activité externe des centres clinico-biologiques, indépendamment de l'obtention ou non d'un transfert embryonnaire et quel que soit le statut public ou privé du centre d'AMP.

Cet acte de biologie est donc systématiquement facturable en sus du GHS de ponction d'ovocytes et en sus de l'acte médical de transfert intra-utérin d'embryon(s), y compris dans les cas exceptionnels où la réalisation de l'acte de transfert nécessite une anesthésie générale et/ou une hospitalisation du patient.

1.3. Le transfert d'embryon(s)

Comme le prévoit le code de la santé publique[7], le transfert d'embryon(s) intra-utérin par voie vaginale est un acte qui nécessite un ***environnement hospitalier*** : cela signifie qu'il doit être réalisé au titre de l'activité ***externe*** des établissements de santé, et qu'il est financé par un forfait « sécurité environnement de type 2 » (forfait SE2).

Dans ce cadre de financement :

- Il y a **facturation de l'acte** de transfert embryonnaire *(CCAM JSED0010)*
- mais il n'est ***pas possible de facturer de consultation*** *(règle générale[8] : pas de consultation en sus d'un forfait SE)*

[5] Code NABM 0060 (*1550 B*)

[6] Code NABM 0061 (*2600 B*)

[7] Article R. 2142-23 du CSP.

[8] Article III-3 « Quand des actes techniques sont effectués dans le même temps qu'une consultation [...] les honoraires de celle-ci ne se cumulent pas avec ceux des actes techniques». « Par extension, les majorations prévues à la NGAP ne peuvent pas être appliquées à des actes techniques figurant à la CCAM et les modificateurs prévus au chapitre 19.03 de la CCAM ne peuvent pas être appliqués aux actes relevant de la NGAP ». En l'espèce, les transferts d'embryons dans le cadre de FIV ne permettent pas de facturation de consultation, par les médecins des établissements publics comme privés, en sus de l'acte CCAM JSED0010.

Tableau 2 : Tarifs 2020 du forfait sécurité et environnement hospitalier SE2

CODE prestation	Libellé	Montants 2020	Evolution 2019-20
		Public et privé	Public et privé
SE 2	Acte sans anesthésie générale, ou loco-régional nécessitant un recours opératoire	60,95 €	0%

Toutefois, il existe deux exceptions à cette règle :

1. **L'admission en hospitalisation :** elle reste possible mais doit être réservée aux rares cas où le transfert nécessite une anesthésie générale ; dans ce cas, elle aboutit à la facturation du GHM-GHS 13M08, dont voici les tarifs.

Tableau 3 : Case-mix 2019 du GHM 13M08 et tarifs 2020 de ce GHM

N° GHS	N° GHM	Libellé	Niveau de sévérité	Nombre de séjours PMSI 2019		Tarif 2020 (en €)		Evolution tarif 2019-20 (en %)	
				Privé	Public	Privé	Public	Privé	Public
5 232	13M081	Assistance médicale à la procréation	1	35	522	196,39	393,52	-0,89%	0,24%
5 244			1	-	-	115,00	231,00		
5 233	13M082		2	1	-	521,24	1 189,59	-0,89%	0,24%
5 234	13M083		3	-	-	911,99	2 058,90	-0,89%	0,24%
5 235	13M084		4	-	-	1 358,82	3 067,62	-0,89%	0,24%

2. **Le transfert sous cœlioscopie :** dans les cas encore plus exceptionnels où le transfert se fait, pour des raisons médicales, par cœlioscopie (acte JSEC0010), une facturation en hôpital de jour est également possible ; elle donne alors lieu à la facturation du GHS 13C19J[9] *(11 cas observés dans le PMSI 2013, 6 en 2014, 1 en 2016 et 1 en 2017)* ; si cette situation clinique se présente, rappelons qu'elle doit être argumentée dans le dossier médical.

Règle générale de facturation du transfert d'embryon(s)

1. *Pas d'anesthésie générale*
2. *Pas d'admission en hôpital de jour*
3. *Prise en charge dans le cadre d'un forfait sécurité environnement*
4. *Facturation en externe de l'acte CCAM JSED0010 (voie vaginale)*
5. *Facturation d'un forfait SE2*
6. *Pas de facturation de la consultation*

Toutes les autres situations cliniques entraînant des modalités de facturation différentes (sous anesthésie générale et/ou avec prise en charge en hôpital de jour, ou sous cœlioscopie), doivent être décrites dans le dossier médical afin de ne pas être considérées comme indues lors d'un contrôle T2A.

Réf. réglementaire : notice ATIH 2013.

[9] « Interventions pour stérilité ou motifs de soins liés à la reproduction, en ambulatoire ».

2. Les 6 compartiments de la MIG AMP

2.1. Les surcoûts de l'AMP

La dotation MIG imputable à l'activité d'AMP est calculée en fonction du nombre de ponctions d'ovocytes réalisées **l'année « N-2 ».**

L'indicateur d'activité est le nombre annuel de ponctions d'ovocytes, quelle que soit la technique qui sera utilisée (FIV ou ICSI), et quelle que soit l'origine des gamètes (intraconjugal, don de sperme ou d'ovocytes).

NB : les ponctions d'ovocytes en vue d'un DPI sont inclues et celles réalisées dans le cadre d'une préservation de la fertilité sont exclues.

Quatre niveaux forfaitaires sont définis :

- ✓ le niveau **1** de 30 000 € correspondant à une activité de 1 à 349 ponctions
- ✓ le niveau **2** de 45 000 € correspondant à une activité de 350 à 540 ponctions
- ✓ le niveau **3** de 65 000 € correspondant à une activité de 541 à 790 ponctions
- ✓ le niveau **4** de 87 000 € correspondant à une activité de 791 ponctions et plus

Les établissements qui démarrent l'activité bénéficient du niveau 1.

Dépenses entrant dans le périmètre de ce compartiment MIG :

Les dépenses couvertes concernent toutes les activités connexes à la prise en charge des couples en AMP à savoir l'organisation et la planification des tentatives, les réunions d'information des couples, les entretiens individuels avec des professionnels, les réunions pluri-professionnelles/pluridisciplinaires intervenant au cours des cycles, le suivi des grossesses et la participation au recueil de données du registre national des FIV.

Dépenses hors du périmètre MIG :

Les consultations des cliniciens et les actes de biologie de la NABM ou hors nomenclature ne sont pas financés par la dotation MIG.

2.2. L'AMP en contexte viral

La dotation MIG imputable à l'activité d'AMP en contexte viral est calculée en fonction du nombre de tentatives d'AMP en contexte viral **l'année « N-2 ».**

L'indicateur d'activité est le nombre annuel de tentatives d'AMP en contexte viral, *quels que soient :*

- ✓ l'agent pathogène (VHC, VHB, VIH, ZIKA),
- ✓ la technique (IIU, FIV, ICSI, TEC),
- ✓ la conservation de gamètes ou non,
- ✓ le ou les membres du couple infecté(s).

Trois niveaux forfaitaires ont été définis :

- ✓ le niveau **1** de 45 000 € correspondant à une activité de 1 à 40 tentatives
- ✓ le niveau **2** de 60 000 € correspondant à une activité de 41 à 100 tentatives
- ✓ le niveau **3** de 80 000 € correspondant à une activité de 101 tentatives et plus

*Les établissements qui **démarrent** l'activité bénéficient du niveau **1**.*

Dépenses entrant dans le périmètre de ce compartiment MIG :

Les dépenses couvertes concernent les surcoûts cliniques tels que les entretiens, les réunions pluriprofessionnelles/pluridisciplinaires et les dépenses d'amortissement du laboratoire[10] dédié au risque viral. Des charges de logistique générale sont également intégrées à hauteur de 20% des charges médico-techniques.

Dépenses hors du périmètre MIG :

Les consultations des cliniciens et les actes de biologie de la NABM ou hors nomenclature ne sont pas financés par la dotation MIG.

[10] Fixé à 10 ans.

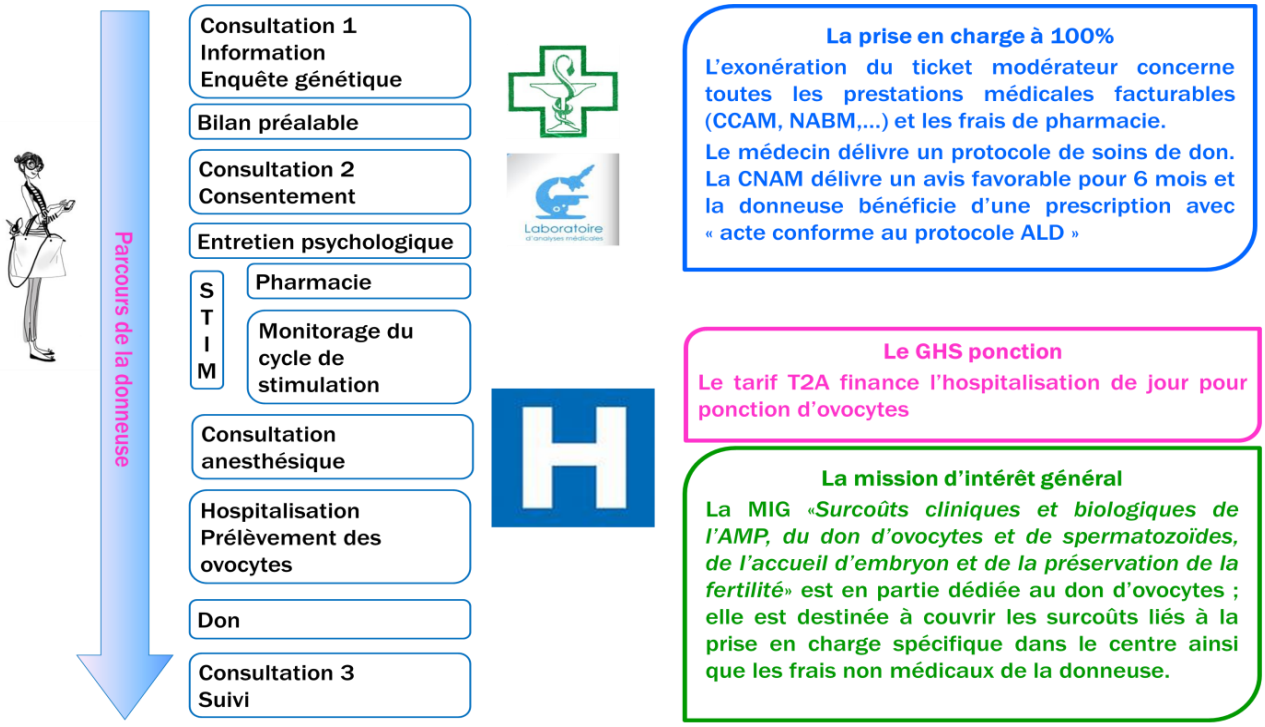
2.3. Le don d'ovocytes

L'IGAS a publié en février 2011 un rapport sur le contexte du don d'ovocytes en France faisant état des délais d'attente et du manque de lisibilité du financement de cette activité.

Recommandations de l'IGAS de 2011 concernant le financement

- ✓ *Garantir la mise en œuvre du décret du 24 février 2009 prévoyant la prise en charge à 100% des donneuses d'ovocytes par l'Assurance maladie.*
- ✓ *Mettre en place dans les centres une organisation proactive du remboursement des frais, médicaux et non médicaux de la donneuse, conformément à l'obligation qui leur est faite par les textes de la défrayer totalement.*
- ✓ *Opter dans l'arrêté de définition des MIG pour une définition explicite du champ de la MIG.*
- ✓ *Régler rapidement les situations d'attribution a priori indue de MIG.*
- ✓ *Élaborer un tarif «donneuse» afin de donner au don d'ovocytes un financement dynamique et incitatif.*

Parcours d'une donneuse d'ovocytes et financement du don



En s'appuyant sur le parcours d'une donneuse, la mise en œuvre des recommandations de l'IGAS a abouti à la **création de 3 modalités de financement du don d'ovocytes** :

1. Pour la ponction : tarif hospitalier majoré
2. Pour la donneuse : prise en charge à 100% du parcours médical par l'Assurance maladie
3. Pour le centre d'AMP : compartiment DO de la MIG AMP

2.3.1 L'hospitalisation pour ponction en vue de don (cf. § 1.1)

Depuis 2012, le tarif des séjours décrits par le GHM 13C16J Prélèvement d'ovocytes en ambulatoire est ***majoré*** lorsque la ponction se fait dans le cadre d'un don d'ovocytes. Le tableau suivant montre la différence de tarif entre la ponction pour AMP « classique » et la ponction pour don.

	N° GHS	N° GHM	Libellé	Nombre de séjours PMSI 2019		Tarif 2020	
				Privé	Public	Privé	Public
AMP "classique"	4982	13C16J	Prélèvement d'ovocytes en ambulatoire	29 418	37 082	349,35 €	1 175,56 €
AMP avec don : ***GHS majoré***	4989	13C16J	Prélèvement d'ovocytes en ambulatoire, en vue de don		646	-	1 453,84 €

De manière à facturer le GHM/GHS majoré, il est IMPERATIF de coder en diagnostic principal le code Z52.80, « donneur d'autres organes et tissus » (***extension française du code CIM-10*** ajoutée en 2012 à la demande de l'ABM, afin de décrire la donneuse d'ovocytes. Ces séjours sont repérés dans le PMSI par le code :

Codage du don d'ovocytes

Le code « Z52.80 » doit être utilisé pour coder le diagnostic principal du séjour pour prélèvement d'ovocytes lorsque celui-ci est réalisé dans le cadre d'un don,
ou comme diagnostic associé lorsqu'il s'agit d'une AMP avec partage d'ovocytes («egg sharing»).

2.3.2 La prise en charge à 100% de la donneuse[11]

Depuis 2011, les donneuses d'ovocytes bénéficient d'un régime de prise en charge à 100%[12], d'une durée de 6 mois, pour les dépenses de soins effectuées en dehors du centre d'AMP.

Ainsi, les actes médicotechniques, le recours éventuel à une infirmière libérale et les achats de médicaments réalisés « en ville » dans le cadre du don sont intégralement pris en charge sur simple présentation de la carte Vitale.

Pour faire valoir ce droit, le médecin en charge du don délivre un certificat de prise en charge à la donneuse et rédige un protocole de soins mentionnant la prise en charge au titre du don qu'il transmet au service du contrôle médical de la CPAM d'affiliation de la patiente.

Dans l'éventualité où cette prise en charge à 100% ne serait pas effective, les donneurs doivent être intégralement remboursés par le centre d'AMP.

2.3.3 Le compartiment D.O. de la MIG AMP

Le financement des surcoûts de l'activité de don d'ovocytes par la MIG « AMP » est calculé à partir de l'activité réalisée l'année **« N-2 ».** Il est également fondé sur des niveaux d'activité[13] que les établissements autorisés s'engagent à mettre en œuvre dans leur CPOM.

L'indicateur d'activité est le nombre annuel de ponctions d'ovocytes en vue de dons. Sont comptabilisés les dons exclusifs et les dons effectués en cours de FIV ou ICSI («egg sharing»).

[11] Voir le « Guide de prise en charge financière des donneurs vivants d'éléments du corps humain » http://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/tarification_dons_vivant.pdf

[12] Voir le 18ème alinéa de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale

[13] Ces niveaux d'activité ont été modifiés en 2017 afin de mieux tenir compte des capacités réelles de développement de l'activité de DO, tout en restant incitatifs grâce à l'augmentation du nombre de niveaux.

Les montants forfaitaires sont définis par paliers de 5 en 5 ponctions pour DO annuelles :

- ✓ niveau **1** : **60 000 €** pour une activité contractualisée de 1 à 9 ponctions
- ✓ niveaux **2 à 7** : **+ 35 000 €** par palier de 5 ponctions pour une activité de 10 à 39 ponctions
- ✓ niveaux **8 à 12** : **+ 25 000 €** par palier de 5 ponctions pour une activité de 40 à 64 ponctions
- ✓ niveaux **13 et plus** : **+ 25 000 €** par palier de 5 ponctions, à partir de 65 ponctions par an.

Les établissements qui **démarrent** l'activité bénéficient d'un montant forfaitaire de 60 000 € (niveau **1**).

Dépenses entrant dans le périmètre de ce compartiment de la MIG AMP :

Les dépenses couvertes correspondent aux surcoûts de la mise en œuvre du don d'ovocytes dans un centre d'AMP, et au remboursement des charges non médicales[14] de la donneuse (transport, hôtellerie, forfait journalier, garde d'enfant, compensation salariale le cas échéant).

Dépenses hors du périmètre MIG :

Les consultations des cliniciens, les actes biologiques de FIV (y compris ICSI), les ponctions d'ovocytes et les actes de transferts sont facturables. De même, les actes médicotechniques réalisés en dehors du centre d'AMP et les médicaments achetés en ville sont pris en charge à 100% par l'Assurance maladie depuis 2011 (pour une durée de 6 mois : cf. ci-dessus).

2.4. Le don de spermatozoïdes

La dotation MIG « AMP » liée à l'activité de don de spermatozoïdes est calculée en fonction du nombre de paillettes délivrées l'année « **N-2** » pour un montant unitaire de **258 €**.

L'indicateur d'activité est le nombre annuel de paillettes délivrées quelle que soit l'année de congélation des spermatozoïdes et quel que soit le lieu d'utilisation des paillettes.

Dépenses entrant dans le périmètre de ce compartiment de la MIG AMP :

Les dépenses couvertes concernent les éventuels remboursements de frais non médicaux occasionnés par le don, la gestion du donneur, la gestion des paillettes, les surcoûts de gestion du receveur.

Plus précisément, sont intégrés :

- ✓ les consommables, l'entretien et l'amortissement des appareils de laboratoire ;
- ✓ l'achat de containers pour le transport des paillettes ;
- ✓ l'azote liquide pour le stockage ;
- ✓ et des charges connexes imputables aux démarches qualité et accréditation, aux audits externes et à la formation continue.

Les charges générales de fonctionnement des CECOS ainsi que les dépenses de logistique générale[15] sont également intégrées à la MIG.

[14] Le principe de neutralité financière inscrit dans la loi prévoit une prise en charge intégrale de ces dépenses par le centre préleveur (même en cas d'avance des frais par la donneuse).

[15] On entend par logistique générale le management, les ressources humaines, le service informatique, l'amortissement et l'entretien du bâtiment et du mobilier, les dépenses de blanchisserie, d'hôtellerie, l'entretien du service…

Dépenses hors du périmètre MIG :

Les consultations des cliniciens et les actes de biologie de la NABM ou hors nomenclature ne sont pas financés par la dotation MIG.

Particularité concernant l'autoconservation dans le cadre du DON (ovocytes ou spermatozoïdes) : l'acte biologique de conservation annuelle des gamètes, est facturable au donneur, au-delà de l'année du don,

2.5. L'accueil d'embryon

La dotation MIG imputable à l'activité d'accueil d'embryon est calculée en fonction du nombre de couples receveurs pris en charge **l'année « N-2 ».**

L'indicateur d'activité est le nombre annuel de couples ayant bénéficié d'au moins un transfert d'embryon(s) dans le cadre d'un accueil.

Afin d'encourager les centres à dépasser le seuil de 10 accueils par an et d'être plus incitatif pour les centres qui ont une activité élevée, les montants des niveaux 2 et 3 ont été augmentés de +10 000€ et un 4ème niveau a été créé en 2017.

Quatre niveaux forfaitaires sont ainsi définis :

- ✓ le niveau **1** de 10 000 € correspondant à une activité de 0 à 9 couples
- ✓ le niveau **2** de 30 000 € correspondant à une activité de 10 à 19 couples
- ✓ le niveau **3** de 40 000 € correspondant à une activité de 20 à 29 couples
- ✓ le niveau **4** de 50 000 € correspondant à une activité de 30 couples et plus

Les établissements qui **démarrent** l'activité bénéficient du niveau **1**.

Dépenses entrant dans le périmètre de ce compartiment de la MIG «AMP» :

Les dépenses couvertes concernent la prise en charge des couples donneurs et receveurs pour la réalisation des entretiens, la gestion de dossiers, les réunions pluridisciplinaires, la récupération du consentement au don délivré par le tribunal de grande instance, l'appariement des couples et les expertises et validations des examens cliniques et biologiques.

L'amortissement[16] des équipements tels que les cuves de cryoconservation est également intégré à la MIG.

Dépenses hors du périmètre MIG :

Les consultations des cliniciens et les actes de biologie de la NABM ou hors nomenclature ne sont pas financés par la dotation MIG.

[16] Fixé à 10 ans.

2.6. La préservation de la fertilité

La dotation MIG imputable à l'activité de préservation de la fertilité est calculée en fonction du nombre de patients[17] ayant des tissus ou cellules prélevés **l'année « N-2 »** et cryoconservés la même année (niveau du stock au 31 décembre de la même année).

L'indicateur annuel d'activité est défini en additionnant ces six items :

1. le nombre de patients ayant des paillettes de sperme congelées dans l'année
2. **+** le nombre de patients ayant des paillettes de sperme cryoconservées au 31 décembre
3. **+ 3 fois** le nombre de patientes ayant des ovocytes (ou embryons) congelés dans l'année
4. **+** le nombre de patientes ayant des ovocytes (ou embryons) cryoconservés au 31 décembre
5. **+ 5 fois** le nombre de patients ayant des tissus germinaux congelés dans l'année
6. **+** le nombre de patients ayant des tissus germinaux cryoconservés au 31 décembre

Les coefficients **3** et **5** sont utilisés pour pondérer les activités de préservation des **ovocytes** et des **tissus germinaux** respectivement, activités moins répandues et nécessitant un investissement plus important des équipes. Cette pondération vise à soutenir les centres offrant une diversité des techniques permettant aux femmes et aux jeunes d'accéder à la préservation de la fertilité.

Le niveau minimum d'activité est fixé à la valeur 100 de l'indicateur.

Quatre niveaux forfaitaires sont définis :

- ✓ le niveau **1** de 45 000 € correspondant à un indicateur compris entre 100 et 500
- ✓ le niveau **2** de 75 000 € correspondant à un indicateur compris entre 501 et 1000
- ✓ le niveau **3** de 115 000 € correspondant à un indicateur compris entre 1001 et 2000
- ✓ le niveau **4** de 150 000 € correspondant à un indicateur supérieur ou égal à 2001

Les établissements qui **démarrent** l'activité bénéficient du niveau **1**.

Dépenses entrant dans le périmètre de ce compartiment de la MIG «AMP» :

Les dépenses couvertes concernent la préparation des dossiers, la programmation, les entretiens, les avis et expertises des résultats d'examens, les staffs pluridisciplinaires, la gestion des dossiers et les relances annuelles des personnes disposant d'échantillons cryoconservés.

L'amortissement[18] des équipements de cryoconservation tels que les systèmes d'extraction de contrôle d'oxymétrie de la salle dédiée et les cuves de cryoconservation est également intégré à la MIG.

Dépenses hors du périmètre MIG :

Les consultations des cliniciens, les actes de biologie de la NABM ou hors nomenclature et les actes de prélèvements de tissus/cellules de la CCAM ne sont pas financés par la dotation MIG.

[17] Il s'agit des personnes dont la prise en charge médicale est susceptible d'altérer la fertilité, ou dont la fertilité risque d'être prématurément altérée, qui peuvent bénéficier du recueil et de la conservation de leurs gamètes ou de leurs tissus germinaux, ou parfois de leurs embryons, en vue de la réalisation ultérieure, à leur bénéfice, d'une AMP, ou en vue de la préservation et de la restauration de leur fertilité. Les personnes bénéficiant d'une autoconservation en cours d'AMP ne sont pas inclues.

[18] Fixé à 10 ans.

Exemple de dotation MIG « AMP » d'un centre clinico-biologique

Soit un centre qui l'année « N-2 » :

- ✓ *a réalisé 656 ponctions d'ovocytes au total ;*
- ✓ *a réalisé 203 tentatives d'AMP en contexte viral ;*
- ✓ *a réalisé 42 ponctions d'ovocytes en vue de don ;*
- ✓ *a délivré 386 paillettes de sperme ;*
- ✓ *a pris en charge 6 couples receveurs d'embryon(s) ;*
- ✓ *et a obtenu un indicateur d'activité de 681 pour la préservation de la fertilité.*

*Etant donné que les différentes composantes de la MIG se cumulent, le montant total alloué au titre de la MIG « AMP » l'année « N » est de : **624 588 €***

Montant de la dotation MIG AMP			
Activité l'année "N-2"		Niveau	Montant
Surcoûts AMP	656	3	65 000 €
AMP en contexte viral	203	3	80 000 €
Don d'ovocytes	42	8	295 000 €
Don de spermatozoïdes	386		99 588 €
Accueil d'embryons	6	1	10 000 €
Préservation de la fertilité	681	2	75 000 €
		Total	**624 588 €**

Tableau 4 : récapitulatif des compartiments de la MIG AMP

Tableau récapitulatif : les 6 compartiments de la MIG J02 JPE "surcoûts clliniques et biologiques de l'assistance médicale à la procréation"

	Surcoûts en AMP	AMP en contexte viral	Don d'ovocytes	Don de spermatozoïdes	Accueil d'embryons	Préservation de la fertilité
Objectif général	Compenser les surcoûts (non facturables)					
Objectifs spécifiques	Inciter à la transmission de données exhaustives et de qualité à l'ABM dans le cadre du registre national des FIV		Inciter au développement de l'activité pour lutter contre la pénurie et le tourisme procréatif	Inciter au développement de l'activité et diversifier le recrutement des donneurs		Inciter au développement de l'activité notamment pour les jeunes patients atteints de cancer
			Garantir la neutralité financière pour les donneurs			
Condition d'attribution	Autorisations en cours de validité par l'ARS	Déclaration faite à l'Abm	Autorisations en cours de validité par l'ARS	Autorisations en cours de validité par l'ARS	Autorisations en cours de validité par l'ARS	Autorisations en cours de validité par l'ARS
Conditions du maintien du financement les années suivantes	Selon exhaustivité et qualité des données transmises à l'Abm (registre national des FIV)	Selon activité				
Modalités d'attribution de la dotation (par compartiment MIG)	Fléchage par établissement, par le ministère ("JPE impérative") selon activité colligée par Abm					
Financement du démarrage de l'activité	Non	OUI, selon contractualisation avec ARS				
Indicateur d'activité (données du rapport annuel d'activité des centres)	Nb de ponctions en vue de FIV ou d'ICSI (incluant les ponctions avec don de gamètes et en vue de DPI)	Nb d'IIU, de FIV et d'ICSI et de TEC en contexte viral	Nb de ponctions en vue de don	Nb de paillettes délivrées	Nb de couples bénéficiant d'un transfert d'embryon	Nb de patients bénéficiant d'une nouvelle conservation dans l'année ou d'un prélèvement en stock. Pondération pour les nouvelles conservations: 2 pour les ovocytes et 5 pour les tissus germinaux
Année de référence de l'activité	Année N-2 par rapport à l'année de dotation (données d'activité 2018)					
Nb d'établissements concernés pour l'année 2020	Tous les centres clinico-biologiques (102 pour la MIG 2020)	22 centres financés pour une activité d'AMP en contexte viral	31 centres financés disposant d'une autorisation clinique et biologique pour le don d'ovocytes	26 centres financés pour une activité de don de spermatozoïdes	18 centres financés pour une activité d'accueil d'embryon	43 centres financés pour une activité de préservation de la fertilité

Tableau 5 : Synthèse de la MIG AMP 2018 – 2020 *(hors coefficient géographique)*[19]

Compartiments de la MIG AMP		MIG AMP 2018 (activité 2016)	MIG AMP 2019 (activité 2017)	MIG AMP 2020 (activité 2018)
Surcoûts en AMP	Nombre de centres financés	100	102	102
	Nombre de ponctions	62390	62852	62101
	Évolution de l'activité	1,7%	0,7%	-1,2%
	Montants	5 827 000 €	5 906 000 €	5 860 000 €
	Évolution de la dotation	1,3%	1,4%	-0,8%
Risque viral	Nombre de centres financés	21	22	22
	Nombre de tentatives	1902	1616	1477
	Évolution de l'activité	10,6%	-15,0%	-8,6%
	Montants	1 325 000 €	1 295 000 €	1 290 000 €
	Évolution de la dotation	1,5%	-2,3%	-3,9%
Don d'ovocytes	Nombre de centres financés	28	30	31
	Nombre de ponctions	734	764	762
	Évolution de l'activité	36,4%	4,1%	2,1%
	Montants	5 410 000 €	5 605 000 €	5 620 000 €
	Évolution de la dotation	34,2%	2,5%	-1,0%
Don de spermatozoïdes	Nombre de centres financés	24	26	26
	Nombre de paillettes	7050	7047	7125
	Évolution de l'activité	-7,5%	0,0%	1,1%
	Montants	1 818 900 €	1 818 126 €	1 838 250 €
	Évolution de la dotation	-7,5%	0,0%	1,1%
Accueil d'embryon	Nombre de centres financés	19	17	18
	Nombre de couples ayant bénéficié d'un transfert d'embryon	143	141	146
	Évolution de l'activité	7,5%	-1,4%	3,5%
	Montants	310 000 €	250 000 €	300 000 €
	Évolution de la dotation	10,7%	-19,4%	20,0%
Préservation de la fertilité*	Nombre de centres financés	48	43	43
	Montants	4 185 000 €	4 490 000 €	4 700 000 €
	Évolution de la dotation	-0,7%	5,0%	4,7%
MIG AMP totale*	Nombre de centres financés	101	103	103
	Montants	18 875 900 €	19 364 126 €	20 056 149 €
	Évolution de la dotation	7,6%	1,8%	0,23%

** Ici il n'est pas possible, méthodologiquement, de présenter l'évolution de l'activité :*
- cf. la construction du score pour la préservation de la fertilité
- pas d'addition d'indicateurs différents pour la MIG AMP totale

[19] **Le coefficient géographique est un correctif régional de majoration qui s'applique aux tarifs hospitaliers et aux montants des MIG : Corse + 11% / IdF + 7% / Martinique et Guadeloupe + 27% / Guyane + 29% / La Réunion + 31%.**

FINANCEMENT DES CPDPN

La France compte 47 centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN) autorisés et financés par une MIG.

Les CPDPN sont financés par une dotation de type MIG (mission d'intérêt général[20]), déléguée en sus des prestations facturables en T2A (actes, consultations, hospitalisations). Cette dotation est de l'ordre de 13,5 M€.

Historiquement basé sur le nombre de naissances observé sur le territoire, le modèle de financement se fonde dorénavant sur les données issues du rapport d'activité annuel[21] transmis par chaque CPDPN à l'Agence de la biomédecine.

En 2014, la DGOS, en concertation avec la fédération des CPDPN et l'Agence de la biomédecine, a arbitré un nouveau modèle visant à remplacer le critère « aveugle » du nombre de naissances, sans lien avec la réalité des pratiques.

L'objectif de la modélisation étant de **rendre compte au mieux de la diversité des centres, tant en volume d'activité qu'en complexité**, ces deux axes doivent être mesurés afin d'aboutir à un classement permettant de moduler le financement. Ainsi :

- Le volume d'activité est exprimé par le nombre de dossiers examinés dans l'année ;
- La notion de complexité est composée de 4 critères :
  1. Le nombre d'attestations de gravité,
  2. Le nombre d'actes d'imagerie spécialisés (échocardiographies, IRM, scanner du fœtus, …),
  3. Le nombre de prélèvements à visée diagnostique,
  4. Le nombre de gestes à visée thérapeutique.

La pondération appliquée aux critères de volume et de complexité définit un score dit score MIG permettant de classer les établissements les uns par rapport aux autres puis de les répartir en quintiles (voir encadré page suivante).

Depuis la campagne budgétaire 2018, le modèle a intégré les modifications suivantes à partir des propositions de la fédération des CPDPN, l'ABM et de la DGOS :

- ✓ Ajout, au critère « attestations de gravité », du nombre de grossesses poursuivies avec une pathologie fœtale qui aurait permis de poser l'indication d'interruption médicale de grossesse [22]
- ✓ Modification du poids respectif des critères de complexité : au lieu d'être équivalents entre eux, les critères 1/ nombre d'attestations de gravité et 4/ gestes à visée thérapeutique, considérés comme plus significatifs de lourdeur, ont davantage de poids pour le calcul du score MIG.
- ✓ Création d'un score d'expertise, afin d'identifier et de classer les quelques centres de recours (moins de 5), entre lesquels sera répartie une dotation complémentaire de 150.000 €, octroyée par la DGOS, *en supplément de la dotation antérieure* donc sans impact sur l'enveloppe consacrée à tous les autres centres.

[20] Cf. les encadrés pages 8 et 9

[21] Cette transmission est réglementaire (article L. 2131-2 du CSP).

[22] Au sens de l'article L.2131-4 du CSP : afin de refléter toutes les situations, dans la mesure où le choix de poursuivre ou non la grossesse dépend du couple, et que dans tous les cas la conséquence est une prise en charge effectuée par le CPDPN. Cette modification de définition est mise en œuvre en 2018 pour le calcul des scores et de la dotation.

Le modèle est donc amélioré par une plus grande prise en compte d'éléments objectifs d'expertise et de lourdeur reconnus par les professionnels.

NOUVEAU

Depuis 2019, la dotation MIG CPDPN est calculée sur l'activité « N-2 »

Afin de mieux rendre compte de l'activité des centres et de gagner en réactivité, Le calcul de la dotation MIG CPDPN est basé sur les données du RAA de l'année N-2 au lieu de N-3. Ce qui occasionne une délégation des crédits en 2ème circulaire budgétaire compte tenu du calendrier de disponibilité des données.

La dotation MIG CPDPN est calculée à partir des indicateurs suivants :

- ✓ Le nombre total de dossiers examinés dans l'année (plafonné à 1000 dossiers)
- ✓ Le nombre d'attestations de gravité et grossesses poursuivies avec une pathologie fœtale qui aurait pu faire autoriser une IMG
- ✓ Le nombre d'actes d'imagerie spécialisés (échocardiographies, IRM, scanner du fœtus, ...)
- ✓ Le nombre de prélèvements à visée diagnostic,
- ✓ Le nombre de gestes à visée thérapeutique.

Pondération des indicateurs pour la construction des scores :

Indicateurs issus du rapport annuel d'activité des CPDPN		Score MIG *1er classement*		Score d'expertise *2ème classement*	
activité	Nombre de dossiers	50%		0%	
complexité	Nombre d'attestations	17,5%	50%	35%	100%
	Nombre d'actes d'imagerie	7,5%		15%	
	Nombre de prélèvements	7,5%		15%	
	Nombre de gestes thérapeutiques	17,5%		35%	

Le score MIG permet de classer les centres les uns par rapport aux autres et de définir le niveau de dotation de chacun :

Les cinq niveaux forfaitaires alloués aux CPDPN en fonction de l'ordre issu du score MIG (1er classement)

- ✓ niveau 1 = 182 700 € alloué au 1er quintile
- ✓ niveau 2 = 225 000 € alloué au 2ème quintile
- ✓ niveau 3 = 279 000 € alloué au 3ème quintile
- ✓ niveau 4 = 333 000 € alloué au 4ème quintile
- ✓ niveau 5 = 387 000 € alloué au 5ème quintile

Les établissements qui **démarrent** l'activité bénéficient du niveau **1**.

*NB. : étant donné le modèle en quintiles, le niveau d'un centre donné peut **changer** d'une année sur l'autre.*

Le 2ème score de complexité, dit score de recours ou d'expertise, est obtenu **uniquement à partir des indicateurs de complexité**, sans prise en compte du nombre de dossiers.

Il a été créé afin de répartir un ***supplément de dotation de 150 000€***, destiné à accorder un **complément à un nombre très limité de CPDPN** ***sans impact*** sur la dotation de tous les autres centres. Les centres bénéficiaires seront au nombre de 4 ou 5 chaque année, afin de ne pas distribuer des montants trop modestes, comme le montre le tableau suivant.

2ème classement : après calcul d'un score d'expertise

- ✓ Objectif : affecter un supplément de 150.000€ pour un petit nombre de centres de recours (4-5 centres maximum)
- ✓ Le score d'expertise ne tient ***pas*** compte du nombre de dossiers
- ✓ Il est appliqué à tous les centres
- ✓ Il garde la même proportion entre les indicateurs de complexité, que le score MIG (35% ; 15% ; 15% ; 35% ; cf. tableau page précédente)
- ✓ À partir d'un niveau seuil fixé *arbitrairement en fonction du classement obtenu**, la dotation supplémentaire de 150 000€ est répartie entre les centres éligibles en fonction de l'écart observé par rapport au centre le mieux classé

CPDPN	Distribution de la dotation supplémentaire 2020			
	Score d'expertise	Classement score d'expertise	*Ecart (en nb de pts) VS le 47è centre*	5 centres seuil ≥ 42 *0,25 = 1300 €*
R. Debré	41,55	42ème	*6,45*	- €
Nantes	42,15	43ème	*5,85*	19 580 €
Trousseau	43	44ème	*5*	24 000 €
Lille	43,65	45ème	*4,35*	27 380 €
Antoine Béclère	44,1	46ème	*3,9*	29 720 €
Necker	48	47ème	*0*	50 000 €
				150 680 €

** le classement et en conséquence le seuil peuvent changer d'une année sur l'autre.*

<u>Dépenses entrant dans le périmètre de la MIG</u> :

Les dépenses couvertes concernent les surcoûts de personnel médical et paramédical dédié aux missions du CPDPN : information et accompagnement des femmes dont le fœtus est suspect d'affection de particulière gravité, présentation et étude des dossiers en réunion pluridisciplinaire, relation avec les médecins traitants, actions de formation intra- et extra-hospitalières, tâches administratives (rapports d'activité). De même, sont intégrés tous les moyens en bureautique et logistique utiles au fonctionnement des CPDPN.

Le **minimum** requis pour le fonctionnement d'un CPDPN (niveau 1) correspond à :

- ✓ 1 ETP de sage-femme et 1 ETP de secrétariat ;
- ✓ 8 vacations[23] de médecins spécialistes (gynéco-obstétricien, échographiste, néonatologiste et généticien) dont 2 vacations à consacrer aux activités de coordination du centre ;
- ✓ 1 vacation de conseiller en génétique ;
- ✓ et 1 vacation de psychologue (ou psychiatre).

Dépenses hors du périmètre MIG :

Toutes les consultations et actes facturables bénéficiant d'une cotation (NABM, CCAM).

[23] 1 vacation correspond à ½ journée par semaine.

FINANCEMENT DES CDPI

En 2019, il y a en France 5 établissements de santé autorisés à la pratique du diagnostic préimplantatoire : CHU de Montpellier, APHP (activité répartie sur 2 sites Necker Enfants Malades et Antoine Béclère), CHU de Strasbourg, CHU de Nantes, CHU de Grenoble.

La MIG CDPI a vocation à couvrir les charges liées à la pratique propre du DPI, de la préparation jusqu'au transfert embryonnaire, notamment :

- gestion de la demande et examen du dossier,
- validation de la faisabilité génétique et gynécologique,
- consultation pluridisciplinaire en présence du couple,
- recueil du consentement du couple,
- mise au point du test génétique (adaptation du test à la maladie recherchée et au couple selon l'indication du DPI),
- identification des embryons indemnes de la maladie recherchée.

Les activités suivantes font l'objet de modes de financement ciblés **et ne relèvent *pas* du financement par la MIG « Centres de DPI »** :

- Prise en charge du couple dans le cadre de l'assistance médicale à la procréation (obtention des embryons et transfert intra utérin d'embryon(s) indemne(s), frais ou congelés),
- Avis donnés par les CPDPN en amont du parcours en DPI (les CPDPN sont financés par une MIG spécifique),
- Actes de biologie hors nomenclature spécifiques au DPI,
- Consultations de génétique (facturation et MIG spécifique).

La MIG dédiée aux CDPI a été modélisée une première fois en 2010.
Les modalités de cette MIG prévoyaient un versement des crédits par l'ARS, sur une base ***contractuelle***, intégrant en contrepartie du financement :

1) un objectif cible d'activité de 250 cycles de FIV/ICSI par an et une diminution des délais d'attente pour les couples,
2) le renforcement des équipes en particulier des professionnels de biologie, afin de garantir la continuité de l'activité.

Une dotation par centre a été fixée à 1,1 M€. Elle intégrait la part des actes de biologie émargeant à l'époque au référentiel hors nomenclature (référentiel des BHN dit de Montpellier).

Dans le but de rendre le financement plus incitatif et de permettre l'augmentation de l'activité au-delà de 250 cycles afin notamment de réduire les délais d'attente, et dans un contexte de grande hétérogénéité des financements versés, la DGOS a demandé à l'Agence de la biomédecine, en 2015, de proposer un nouveau modèle de financement.

Ce travail a été effectué en collaboration étroite avec les professionnels du DPI, réunis par l'ABM dans un groupe de travail où chacun des métiers du DPI, et chacun des centres autorisés, était représenté. La modélisation a été construite à partir de la valorisation du parcours d'un couple, depuis la demande jusqu'au transfert d'un embryon indemne[24]. Les travaux se sont terminés fin

[24] Les activités de centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal et les consultations de génétique, en lien avec la prise en charge en DPI, mais qui bénéficient déjà d'un financement MIG ad hoc, n'ont pas été décrites ni valorisées dans le modèle

2016 ; une demande spécifique de nouveaux crédits a été arbitrée favorablement lors du PLFSS 2017. La première mise en œuvre du nouveau modèle de MIG CDPI a lieu en 2018.

Les principes du modèle actuel sont les suivants :

- ✓ La dotation MIG DPI d'une année N est calculée sur la base de l'activité « N-2 », telle que renseignée par les CDPI dans le rapport d'activité annuel réglementairement transmis à l'ARS et à l'ABM chaque année.
- ✓ Le financement est progressif, c'est-à-dire fixé par paliers ;
- ✓ L'indicateur d'activité est le nombre de **cycles débutés *en vue de* ponction** (*c'est-à-dire quelle que soit l'issue de ce cycle : avec ou sans ponction, avec ou sans transfert immédiat, avec ou sans congélation de la cohorte embryonnaire -freeze all-. En revanche les transferts d'embryons congelés qui seraient effectués dans un 2è temps ne sont pas considérés comme des cycles débutés) ;*
- ✓ Le financement ne fait pas de distinction selon le type de diagnostic génétique effectué : en cytogénétique ou en génétique moléculaire ;
- ✓ Un supplément pour le diagnostic en génétique moléculaire de nouvelles maladies est créé, par paliers de 5 nouveaux diagnostics ;
- ✓ Un financement socle est défini ;
- ✓ Puis le niveau de financement augmente par palier de 25 cycles (et non plus par palier de 50 cycles comme prévu initialement, –modification intervenue en 2019).

La dotation MIG DPI est définie par un socle fixe puis par une augmentation de dotation, fonction de l'activité, avec un supplément pour les nouveaux développements :

✓ Socle fixe, jusqu'à 225 cycles débutés en vue de ponction	850 000 €
✓ Par palier de 25 cycles débutés, à partir de 226 cycles	+ 93 975 €
✓ Supplément, par palier de 5 nouveaux diagnostics développés en génétique moléculaire (y compris les mutations *de novo*)	+13 765 €

Pour un CDPI qui *démarre*, la dotation est arbitrée au cas par cas.

Dépenses entrant dans le périmètre de la MIG « DPI » :

La MIG DPI a vocation à compenser les charges liées à la pratique du DPI, depuis la demande de DPI jusqu'au transfert d'un embryon indemne. Elle intègre également les coûts liés au recueil et à la transmission, à l'Agence de la biomédecine, des données du registre des FIV et relatif au suivi des grossesses.

Dépenses hors du périmètre de la MIG « DPI » :

Les consultations des cliniciens, les actes de la biologie de la NABM et les actes de la CCAM, ainsi que les activités d'AMP financées par la MIG « AMP ».

1, avenue du Stade de France
93212 Saint-Denis la Plaine Cedex – France
Tél : +33 (0) 1 55 93 65 50
www.agence-biomedecine.fr