

Modalités de FINANCEMENT **2019**

des activités de prélèvement et de greffe
d'organes, de tissus
et de cellules souches hématopoïétiques



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 compétence (loi de bioéthique de 2011), en particulier les activités de prélèvement et de greffe d'organes, de tissus et de cellules souches hématopoïétiques.

Cette plaquette présente les nouveaux tarifs et forfaits applicables en 2019 et expose les modalités de financement de ces activités à l'aide d'exemples concrets.

Le dispositif actuel se veut le plus complet possible, afin de tenir compte de la spécificité des activités, de la nécessité de rémunérer les établissements au plus près des différentes missions et obligations de tous les professionnels impliqués, depuis le recensement des donneurs potentiels jusqu'au suivi des patients porteurs de greffons.

Les modalités de financement des activités de prélèvement n'ont pas été modifiées en 2019 ; en revanche, en greffe d'organes, un progrès notable a été obtenu avec la création d'un nouveau forfait pour soutenir la réhabilitation-perfusion du greffon pulmonaire en greffe de poumon.

Dans l'objectif que les modalités de financement continuent d'accompagner les PLANS GREFFE, ORGANES et CSH, les équipes de l'Agence de la biomédecine sont à l'écoute des professionnels et travaillent de concert avec l'ATIH et la DGOS.

J'espère que cette plaquette d'information, que j'ai souhaité la plus exhaustive et pratique possible, facilitera l'exercice de votre métier et pourra constituer un support de dialogue, en particulier avec les professionnels des départements d'information médicale, et les gestionnaires de votre établissement.

Anne COURREGES
Directrice générale



Table des matières

1. ORGANES / TISSUS.....	4
1.1. COORDINATIONS HOSPITALIÈRES DE PRÉLÈVEMENT D'ORGANES ET DE TISSUS.....	4
1.2. PRÉLÈVEMENT D'ORGANES	11
1.3. PRÉLÈVEMENT chez un donneur vivant	16
1.4. GREFFES D'ORGANES, POST-GREFFE ET SUIVI	17
1.5. FORFAIT ANNUEL GREFFE (ORGANES).....	19
1.6. BANQUES HOSPITALIÈRES DE TISSUS.....	25
1.7. ALLOGREFFES DE TISSUS.....	26
1.7.1. Allogreffes tissulaires avec greffons intégrés dans le tarif GHS.....	26
1.7.2. Allogreffes tissulaires avec greffons inscrits à la LPP.....	29
2. CELLULES SOUCHES HEMATOPOÏÉTIQUES	30
2.1. PRÉLÈVEMENT DE SANG PLACENTAIRE	30
2.2. PRÉLÈVEMENT DE DONNEURS DE CELLULES SOUCHES HÉMATOPOÏÉTIQUES	31
2.3. ALLOGREFFE DE CSH	32
2.4. FORFAIT ANNUEL GREFFE (CSH)	32

Encadrés

Forfait CPO	5
Critères d'éligibilité aux suppléments CPO	7
Forfait PO sur donneur M2 ou M3	11
Missions TEC	20
Perfusion rénale	21
Perfusion pulmonaire	22
MIG Tissus	25
MIG sang placentaire	30

Exemples, situations pratiques

Evolution du financement des TEC en organes	4
Moyens humains d'une CHPOT	9
Règles de facturation des forfaits PO	12, 13, 14
Calcul du FAG organe d'un établissement	23
Financement des TEC en CSH	33
Calcul du FAG organe d'un établissement.....	33

Préambule

Cette plaquette d'information¹ présente les dispositifs de financement **forfaitaires et tarifaires** des établissements de santé dédiés aux activités de prélèvement et de greffe d'organes, de tissus et de cellules souches hématopoïétiques (CSH) de la campagne budgétaire 2019².

La campagne budgétaire et tarifaire 2019 est marquée par une hausse des tarifs de + 0.2 % dans le secteur public et privé non lucratif. La mise en réserve des crédits de 2019 (coefficient prudentiel) reste stable à 0.7% de l'enveloppe MCO. Cette part de l'enveloppe non distribuée aux établissements sera reversée, partiellement ou totalement, en fin d'année en fonction du respect ou non des prévisions d'activité.

En dehors de ces évolutions, les règles d'attribution des différentes prestations sont inchangées en 2019 ; les tarifs sont applicables à partir du 6 mars 2019; les forfaits CPO et FAG sont alloués annuellement en début de campagne budgétaire (1^{ère} circulaire).

¹ Version électronique disponible sur le site internet de l'Agence de la biomédecine : <https://www.agence-biomedecine.fr/Site-des-professionnels> - filtrer par : Activités transverses / Financement de l'activité

² A NOTER : les forfaits et les tarifs ne sont pas les seules recettes des établissements de santé qui facturent également des prestations externes, notamment des actes (nomenclatures CCAM et NABM), non décrits dans ce document.

Abréviations et acronymes utilisés

ATIH	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
CHPOT	Coordination Hospitalière de Prélèvement d'organes et de tissus
CPO (CHP)	Coordination des Prélèvements d'Organes (Coordination Hospitalière de Prélèvement)
CSH	Cellules Souches Hématopoïétiques
CSP	Cellules Souches Périphériques ou Code de la Santé Publique (selon le contexte dans le document)
DDAC	Donneur Décédé après Arrêt Cardio-circulatoire M1, M2 et M3 ³
DDME	Donneur Décédé en état de Mort Encéphalique
DCE	Donneur à critères élargis
ES	Établissement de santé
ETP	Équivalent Temps Plein
FAG	Forfait Annuel Greffe
FICHCOMP/FICHSUP	Fichiers de données complémentaires au RSA (Résumé de Sortie Anonyme du PMSI)
GHM	Groupe Homogène de Malades (description médico-économique)
GHS	Groupe Homogène de Séjour (tarif)
HLA	Human Leucocyte Antigens
LPP	Liste des Produits et Prestations remboursables par la sécurité sociale
MO	Moelle Osseuse
OFAS	Organisation et Financement des Activités de Soins
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PO	Prélèvement d'Organes
PMOT	Prélèvement Multi-Organes et de Tissus
ProMISe	Project Manager Internet Server
RFGM	Registre France Greffe de Moelle
RFSP	Réseau français de sang placentaire
TEC	Technicien d'Études Cliniques
UNOS	United Network for Organ Sharing
USP	Unité de Sang Placentaire

Lecture des tableaux concernant les tarifs GHS⁴

Séjour-GHM 2018	Nombre de séjours PMSI groupés par GHM
DMS-GHM 2018	Durée moyenne de séjours PMSI groupés par GHM
Tarifs GHS 2019	Tarifs GHS des séjours ; lorsque le GHM se divise en deux GHS (<i>GHS majorés</i>), les deux lignes ci-dessus sont répétées.

Pour faciliter l'appropriation des modalités de financement par les professionnels soignants, administratifs et en charge des systèmes d'information, des exemples de calcul des montants alloués aux établissements à partir des forfaits de la T2A⁵ sont présentés dans ce document.

³ Classification dite de Maastricht des décès après arrêt circulatoire :

Catégorie I (**M1**) : arrêt circulatoire en dehors de tout contexte de prise en charge médicalisée, personnes déclarées décédées à la prise en charge.

Catégorie II (**M2**) : arrêt circulatoire avec mise en œuvre d'un massage cardiaque et d'une ventilation mécanique efficaces, mais sans récupération d'une activité circulatoire.

Catégorie III (**M3**) : arrêt circulatoire après décision de limitation ou d'arrêt programmé des thérapeutiques en réanimation, du fait du caractère déraisonnable de la réanimation (loi Leonetti).

⁴ Voir les tableaux sur les tarifs GHS ci-dessous (page 14 notamment).

⁵ Les montants calculés n'intègrent pas les coefficients géographiques de majoration, modifiés par rapport à 2016, mentionnés au 3° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale.

Les régions concernées voient leur dotation majorée comme suit : **Corse + 11%** / **IdF + 7%** / **Martinique, Guadeloupe + 27%** / **Guyane + 29%** / **La Réunion + 31%**

Références réglementaires

- 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.
- Arrêté du 25 février 2016 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 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 4 mars 2016 fixant pour l'année 2016 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale.
- 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.
- Circulaire DGOS/R1/2016/172 du 12 mai 2016 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2016 des établissements de santé.
- Arrêté du 29 octobre 2015 portant homologation des règles de bonnes pratiques relatives au prélèvement d'organes à finalité thérapeutique sur personne décédée.

ATIH

- Notice technique n° CIM-MF-318-1-2016 du 22 avril 2016 / Campagne tarifaire et budgétaire 2016, Nouveautés « financement ».
- Notice technique n° CIM-MF-1213-3-2013 du 13 décembre 2013 / Campagne tarifaire et budgétaire 2014, Nouveautés PMSI-Recueil.
- Notice technique n° CIM-MF-11-1-2013 du 7 janvier 2013 / Campagne tarifaire et budgétaire 2013, Nouveautés PMSI-Recueil.
- Notice technique n° CIM-MF-167-2-2013 du 1^{er} mars 2013 / Notice technique Campagne tarifaire et budgétaire 2013, Nouveautés « financement ».

Agence de la biomédecine

- Guide de prise en charge financière des donneurs vivants d'éléments du corps humain⁶, 1^{ère} édition 2015 : <https://www.agence-biomedecine.fr/Site-des-professionnels> - filtrer par : Activités transverses / Financement de l'activité.
- Note DGMS/OFAS envoyée aux établissements par courrier daté du 29 mars 2013 (réf : YSL/MDR/2013/03/15) : Financement des missions de recueil d'informations relatives aux activités de greffe d'organes et de CSH.

⁶ <https://www.agence-biomedecine.fr/Site-des-professionnels> - filtrer par : Activités transverses / Financement de l'activité

1. ORGANES / TISSUS

1.1. COORDINATIONS HOSPITALIÈRES DE PRÉLÈVEMENT D'ORGANES ET DE TISSUS

Le forfait CPO est destiné à compenser les coûts engendrés par l'activité de coordination hospitalière de prélèvement d'organes et/ou de tissus.

Il est alloué une fois par an à chaque établissement autorisé au prélèvement d'organes et de tissus, qui a mis en place une équipe dédiée à cette activité ; lorsqu'une même coordination travaille sur plusieurs sites hospitaliers d'une même entité juridique (cas des CHU notamment), un seul forfait est attribué.

Ce forfait est calculé par le pôle OFAS de l'Agence de la biomédecine sur la base de l'activité réalisée au cours de l'année civile « N-1 » et versé aux établissements par les ARS l'année « N ». Ce forfait comptabilise les donneurs recensés, les donneurs prélevés et 3 suppléments (DDAC, ROP et Cristal Action).

Depuis 2013, les missions d'études cliniques font parties intégrante du forfait CPO vers le forfait annuel greffe.

Evolutions 2013 du forfait CPO : financement des missions d'études cliniques

Bien qu'elles relèvent intégralement des équipes de greffe, et non des coordinations hospitalières de prélèvement, ces missions étaient financées jusqu'en 2012 pour les CHU *via* le forfait CPO.

De manière à rétablir le lien entre ressources et missions, une partie du forfait CPO a été transférée vers le forfait annuel greffe (FAG) en 2013.

L'enveloppe du forfait CPO a ainsi été diminuée du montant correspondant au total des moyens à dédier aux missions d'études cliniques soit environ 2,5 M€ et le FAG a été revalorisé à due concurrence.

A noter qu'en 2019, comme en 2018 les modalités et les montants d'allocation de ce forfait restent inchangées (voir l'encadré page suivante).

Forfait des coordinations hospitalières de prélèvement (CPO)

Le modèle de financement des coordinations hospitalières de prélèvement d'organes et de tissus intègre depuis **2016 des critères d'efficacité** afin d'améliorer la progressivité du financement en fonction de l'activité de recensement de donneurs ; les différents types de décès sont inclus dans ce recensement (décès en état de mort encéphalique et après arrêt circulatoire contrôlé ou non).

Le modèle se compose :

- **Du forfait de base CPO :**

- décliné en 13 paliers F(i) pour les établissements autorisés au PMOT,
- décliné en un seul palier D pour les établissements autorisés au prélèvement de tissus seuls (à noter qu'il existe un seuil minimal exigé pour bénéficier du forfait D, fixé à 5 donneurs de tissus prélevés par an).

- **De suppléments liés à l'activité de prélèvement de tissus (CO pour cornée ou AT pour Autres Tissus) :** ici également des **seuils** minimums ont été définis : 10 donneurs de cornées prélevés sont exigés pour bénéficier du supplément « cornée ».

- **De 3 autres suppléments :**

1 - Supplément « DDAC »

Le supplément DDAC **M2** permet de compenser l'exigence et la lourdeur de la procédure qui nécessite de mettre en place une astreinte paramédicale dédiée de coordination. Les établissements, dont la CHP recense 6 DDAC **M2** et plus par an, sont éligibles à un supplément de **40 000 €**.

2 - Supplément « ROP »

Le supplément pour le financement des Réseaux Opérationnels de Proximité (ROP) permet de favoriser le développement de la prise en charge de donneurs au sein d'établissements « satellites », non autorisés au prélèvement, avec l'appui des coordinations hospitalières « tête de réseau » des établissements autorisés au prélèvement d'organes et de tissus.

Les établissements dont la CHPOT est tête de réseau sont éligibles à un supplément de 10 000 € si le réseau est composé de 1 ou 2 établissements satellites et de 20 000 € si le réseau est composé de 3 établissements satellites ou plus.

Ces moyens sont destinés à compenser les charges imputables aux réunions du réseau, aux déplacements des équipes de l'établissement tête de réseau, au temps de formation des personnels des hôpitaux satellites et au suivi des procédures initiées dans ces établissements.

3 - Supplément « CA »

Le supplément Cristal Action (CA) permet de soutenir les coordinations qui mettent en œuvre le programme d'amélioration qualitative et quantitative sur le recensement des donneurs potentiels. Toutes les coordinations sont concernées y compris celles autorisées au prélèvement de tissus seulement.

Les établissements qui ont mis en place la totalité du programme Cristal Action sont éligibles à un supplément de 15 000 €. Ces moyens sont destinés à compenser les charges imputables à l'utilisation d'un logiciel spécifique, à la conduite d'enquêtes sur les décès hospitaliers et à la mise en place d'actions de terrain (formations notamment dans tous les services de soins susceptibles de prendre en charge des donneurs potentiels).

Ces 3 suppléments sont soumis à des critères d'éligibilité prédéfinis, et validés annuellement par le service de régulation et d'appui de l'Agence de la biomédecine.

Tableau 1 : Montants du forfait annuel CPO des secteurs public et privé

Libellé	Coordination hospitalière de prélèvement d'organes et/ou de tissus	Activité	Nombre de donneurs recensés (DDME, DDAC) (*)	Forfait
D	Autorisation prélèvement de tissus uniquement	Prélèvement de donneurs	à partir de 5	25 000 €
F1	Autorisation prélèvement d'organes et de tissus	Recensement de donneurs d'organes et prélèvement de tissus	de 1 à 4	55 000 €
F2			de 5 à 9	110 000 €
F3			de 10 à 14	165 000 €
F4			de 15 à 19	215 000 €
F5			de 20 à 29	265 000 €
F6			de 30 à 39	315 000 €
F7			de 40 à 49	365 000 €
F8			de 50 à 59	415 000 €
F9			de 60 à 74	465 000 €
F10			de 75 à 89	515 000 €
F11			de 90 à 104	565 000 €
F12			de 105 à 119	615 000 €
F13			de 120 à 134	665 000 €

Au-delà de 135 donneurs, le forfait de base augmente de 50 000 € par paliers de 20 donneurs

(*) Le nombre de donneurs recensés (DDME, DDAC) inclut la totalité des donneurs décédés en état de mort encéphalique et après arrêt circulatoire M1, M2 et M3.

Tableau 2 : Montants du supplément « cornée » du forfait CPO des secteurs public et privé

Libellé	Nombre de donneurs décédés prélevés de cornées (en chambre mortuaire ou lors d'un PMOT)	Forfait
CO1	de 10 à 19 donneurs prélevés de cornées	21 910 €
CO2	de 20 à 39	30 710 €
CO3	de 40 à 69	39 510 €
CO4	de 70 à 109	48 310 €
CO5	110 et +	57 110 €

Tableau 3 : Montants du supplément "Autres Tissus" du forfait CPO des secteurs public et privé

Libellé	Nombre de donneurs décédés prélevés d'os et de tissus mous de l'appareil locomoteur + nombre de donneurs prélevés de vaisseaux (veines et artères) + nombre de donneurs prélevés de valves cardiaques + nombre de donneurs prélevés de peau	Forfait
AT1	de 5 à 9 donneurs prélevés d'autres tissus	12 520 €
AT2	de 10 à 14	21 320 €
AT3	de 15 à 24	30 120 €
AT4	de 25 à 44	38 920 €
AT5	45 et +	47 720 €

Tableau 4: Montants des suppléments du forfait CPO des secteurs public et privé

Libellé	Critères	Forfait
DDAC	Coordination recensant au moins 6 donneurs décédés après arrêt circulatoire (M2) par an	40 000 €
ROP1	Réseaux opérationnels de proximité composés de 1 ou 2 établissements de santé (non autorisés au prélèvement d'organes)	10 000 €
ROP2	Réseaux opérationnels de proximité composés de 3 établissements de santé et plus (non autorisés au prélèvement d'organes)	20 000 €
CA	Coordination mettant en oeuvre le programme CRISTAL ACTION dans sa totalité	15 000 €

CRITERES D'ELIGIBILITE AUX SUPPLEMENTS DU FORFAIT CPO (ORGANES ET TISSUS)

Critères d'éligibilité au supplément « DDAC »

Le supplément « DDAC » est alloué aux établissements de santé autorisés aux prélèvements de DDAC **M2** et recensant **au moins 6 donneurs dans l'année**.

Ce type de prélèvement impose, dans un temps contraint, une organisation logistique spécifique et lourde à mettre en œuvre, justifiant la plupart du temps une seconde astreinte paramédicale.

Les critères retenus pour le recensement sont les suivants :

- Diagnostic clinique correspondant strictement aux critères du protocole ;
- Mise en place d'un système de préservation des organes abdominaux (circulation régionale normothermique) ;
- Intention de prélèvement avec interrogation du Registre National des Refus ou contact des proches ;
- Intervention et présence de la coordination hospitalière de prélèvement ;
- Appel du SRA en cours de procédure.

Si les 5 critères sont remplis, le donneur peut être recensé dans le système d'informations Cristal de l'Agence de la biomédecine en tant que DDAC **M2**.

Critères d'éligibilité au supplément « ROP »

Un réseau opérationnel de proximité (ROP) pour les recensements de donneurs potentiels d'organes et de tissus est un réseau d'établissements de santé parfaitement identifié par le service de régulation et d'appui (SRA) de l'Agence de la biomédecine représenté par un binôme médecin et cadre infirmier.

Un établissement de santé (ES) autorisé au prélèvement peut devenir tête de réseau et être éligible au supplément ROP s'il répond aux conditions suivantes :

Une coopération est formalisée entre l'ES tête de réseau et les ES satellites

L'ES tête de réseau et les ES satellites ont signé une convention (ou avenant aux conventions actuelles, nommant les établissements), afin que les personnels de la coordination hospitalière de prélèvement puissent intervenir sur leur site auprès de patients donneurs potentiels.

Des actions de terrain sont mises en place

Au sein de ces ES satellites, les services ou unités de soins sont clairement connus et répertoriés par la coordination hospitalière de prélèvement : réanimation, Unité de Soins Intensifs Neuro-Vasculaires (USINV), Unité de Soins Intensifs Continus (USC), ... etc.

Le recensement annuel de certaines données (nombre de passages, nombre de décès) est réalisé.

Des professionnels « correspondants » sont clairement identifiés (médecins et/ou non médecins).

Des protocoles incluant les modalités de prise en charge, d'appel, ont été mises en place par la coordination en lien avec les équipes locales.

Le transport de retour du corps du défunt est organisé selon les souhaits de la famille.

Toutes ces actions sont effectuées dans le respect des bonnes pratiques établies par l'Agence de la biomédecine (y compris organisation de revues morbi-mortalité (RMM)).

Des réunions de pilotage sont organisées

Des réunions de réseau sont organisées régulièrement avec l'aide et l'appui des binômes du SRA, attestées par des relevés de décision écrits et partagés.

Critères d'éligibilité au supplément « Cristal Action »

Le programme Cristal Action est une procédure d'amélioration continue de la qualité, conduite sous l'autorité d'un comité de pilotage constitué expressément et validé par la CME de l'établissement ; quatre niveaux de déploiement de ce programme sont définis. Toutes les coordinations hospitalières de prélèvement sont concernées (autorisations organes et tissus, ainsi que tissus seuls).

Niveau 0 : pas de mise en place de Cristal Action

Niveau 1 : enquête décès réalisée

Cette enquête requiert la saisie continue, dans le logiciel Cristal Action, des décès survenus dans les services cibles (services concernés par la prise en charge de donneurs potentiels). La validité de l'enquête est assurée par le binôme du SRA qui vérifie, via les données du PMSI, l'exhaustivité pour les services concernés. Le taux attendu pour atteindre le niveau 1 est la saisie dans Cristal Action de 90% des décès survenus dans ces services, avec moins de 10% de données non conformes.

Niveau 2 : niveau 1 + enquête Connaissances, Attitudes, Pratiques (CAP) effectuée auprès du personnel des services concernés

Les enquêtes de CAP doivent être réalisées pour chacun des services de soins concernés, et sont à renouveler tous les 4 ans. La vérification de la pratique de ces enquêtes est assurée par le binôme du SRA *via* l'info service Cristal Action.

Niveau 3 : niveaux 1 + 2 + actions d'amélioration mises en œuvre

A partir de l'analyse des enquêtes décès de l'année et de l'enquête CAP la plus récente, un plan d'action d'amélioration des pratiques doit être établi, validé par le comité de pilotage Cristal Action de l'établissement, et transmis au binôme du SRA.

La mise en œuvre de Cristal Action est cyclique (type roue de Deming), puisqu'une fois l'enquête décès réalisée et les actions de terrain menées, les coordinations sont amenées à recommencer un cycle d'actions.

Le niveau 3 est atteint lorsque ces 3 critères sont observés. Il implique un retour sur les pratiques et la mise en œuvre d'actions d'amélioration.

Les coordinations hospitalières de prélèvement devront avoir satisfait au niveau 3 de mise en œuvre du programme pour que l'établissement soit éligible au supplément de financement.

Remarque : le niveau 3 lorsqu'il est atteint ne constitue par un acquis définitif ; en effet la mise en œuvre de Cristal Action suppose de remettre à jour les enquêtes décès et CAP, et d'assurer la continuité de la formation des personnels dans le temps (cycles de maintien à niveau).



MOYENS HUMAINS D'UNE EQUIPE DE COORDINATION HOSPITALIERE DE PRELEVEMENT

Les établissements éligibles aux forfaits CPO doivent se doter d'équipes de coordination leur permettant d'assumer l'ensemble des missions liées au recensement des donneurs et à l'organisation du prélèvement, comprenant notamment les déplacements, le travail en réseau, les actions de formation à l'extérieur, le suivi de formation, etc.

Ceux autorisés au prélèvement multi-organes sont en outre contraints de **mettre en place une astreinte de coordination** afin d'assurer la continuité de l'activité 24h sur 24 et 7 jours sur 7.

L'Agence de la biomédecine préconise de constituer *a minima* des équipes de coordination dotées de personnel médical et non-médical selon la répartition présentée au [Tableau 5](#).

Cette préconisation ne fait cependant pas l'objet d'une réglementation.

Tableau 5 : Moyens humains préconisés pour les coordinations hospitalières de prélèvement

Forfait de base	Nombre de donneurs recensés (SME, DDAC)	Personnel MEDICAL (en nombre d'ETP)	Personnel NON MEDICAL (en nombre d'ETP)
D	à partir de 5	-	1,00
F1	de 1 à 4	-	1,00
F2	de 5 à 9	0,20	1,50
F3	de 10 à 14	0,20	1,75
F4	de 15 à 19	0,20	2,25
F5	de 20 à 29	0,50	2,75
F6	de 30 à 39	0,50	3,50
F7	de 40 à 49	0,50	4,00
F8	de 50 à 59	1,00	4,50
F9	de 60 à 74	1,00	5,00
F10	de 75 à 89	1,50	5,50
F11	de 90 à 104	1,50	6,00
F12	de 105 à 119	2,00	6,50
F13	de 120 à 134	2,00	7,00

Remarque : l'organisation des coordinations peut justifier une répartition différente entre le temps médical et le temps non médical, en fonction des objectifs définis par la direction de l'établissement de santé. Les suppléments doivent également être pris en compte pour la répartition des moyens humains (notamment l'implication dans les ROP (Réseaux Opérationnels de Proximité), voir ci-dessus).

Ces préconisations sont intégrées à la démarche d'audit de l'activité de prélèvements d'organes et de tissus par les Services de Régulation et d'Appui de l'Agence de la biomédecine. L'inadéquation des moyens humains avec la répartition des ETP préconisée peut conduire à la formulation d'une recommandation voire d'une recommandation majeure. Le rapport d'audit et les mesures prises à l'issue de l'audit constituent un des éléments requis pour le dossier de renouvellement d'autorisation ; ces éléments sont par ailleurs valorisables lors de la certification des établissements de santé par la HAS, sur la thématique « dons d'organes et de tissus à visée thérapeutique », inclus dans le compte qualité.

Comme le montrent les exemples listés dans le tableau 6 ci-dessous, les montants alloués par le forfait CPO ont été calibrés afin de permettre le financement de ces postes, garantir la continuité du service, et supporter les charges de fonctionnement des coordinations hospitalières de prélèvement.



Tableau 6 : Exemples de budgets de coordinations hospitalières de prélèvement

Etablissement	Autorisation	Forfait de base CPO (a)			Supplément cornées			Supplément "autres tissus"			Nouveaux suppléments			Recettes (g=a+b+c+d+e+f)	Charges en personnel d'une équipe type (h)	Moyens disponibles pour les astreintes et/ou les charges de fonctionnement (g-h)
		Donneurs recensés	Forfait	Montant en € (a)	Donneurs prélevés	Niveau	Montant en € (b)	Donneurs prélevés	Niveau	Montant en € (c)	DDAC en € (d)	ROP en € (e)	CA en € (f)			
CHU	prélèvement multi-organes	45	F7	365 000	40	3	39 510	20	3	30 120	0	20 000	15 000	469 630	229 847	239 783
CH		30	F6	315 000	25	2	30 710	12	2	21 320	40 000	10 000	15 000	432 030	208 058	223 972
CH		15	F4	215 000	15	1	21 910	10	2	21 320	0	0	15 000	273 230	120 265	152 966
CH		5	F2	110 000	7	0	0	5	1	12 520	0	0	0	122 520	87 581	34 939
CH	prélèvement de tissus	15	D	25 000	15	1	21 910	0	0	0	0	0	0	46 910	43 578	3 332

Remarque : les charges en personnel sont calculées en fonction des ETP du **Tableau 5**, et des montants moyens de salaire annuel toutes charges comprises et hors prime (source ATIH, analyse des bilans sociaux des établissements publics de santé à fin 2013).

Parmi les exemples fictifs du tableau ci-dessus, la **CHPOT du CH de la ligne 2** a recensé **30 donneurs, dont 7 DDAC M2, est à la tête d'un réseau de proximité composé de 2 satellites et a finalisé la mise en place du programme Cristal Action.**

Cet établissement de santé est donc éligible :

- au forfait F6 (**315 000 €**),
- à un supplément «cornée» de niveau 2 (**30 710 €**),
- à un supplément «Autres Tissus» de niveau 2 (**21 320 €**),
- au supplément DDAC M2 (**40 000 €**),
- au supplément ROP (**10 000 €**),
- et au supplément Cristal Action (**15 000 €**).

Il bénéficie d'un financement total de **432 030 €** pour sa coordination hospitalière de prélèvement.

Les charges en personnel, selon les préconisations ABM et les montants salariaux, sont de :

- **208 058 €** correspondant à **0,5 ETP médical + 3,5 ETP non médicaux** (0,5 x 111 070 € + 3,5 x 43 578 €)

Dans notre exemple, ce CH bénéficie d'une *marge* de **223 972 € (432 030 € - 208 058 €)** pour financer les astreintes de coordination, dont une dédiée au DDAC **M2**, et les autres charges de fonctionnement de la coordination (déplacements, formations, travail en réseau, etc...).

NB : rappelons qu'en sus du forfait CPO, tout établissement facture un GHS correspondant au séjour hospitalier du donneur ; lors de cette prise en charge, un acte CCAM spécifique ouvre au supplément REA.

1.2. PRÉLÈVEMENT D'ORGANES

Les forfaits PO couvrent les charges de diagnostic de mort encéphalique, d'occupation de bloc opératoire, de bilan et typage HLA des donneurs, de restitution et de transport du corps du défunt. A noter que ni les liquides de conservation des organes⁷, ni les frais de transport de l'équipe chirurgicale de prélèvement ne sont inclus dans ces forfaits.

En cas de donneur décédé après arrêt circulatoire, le forfait PO4 couvre également les charges liées à la circulation régionale normothermique (CRN), ainsi qu'à l'utilisation de machines de perfusion rénale et/ou pulmonaire.

Les montants des forfaits PO 2019 du secteur public et privé sont marqués par une hausse de +0.16% en 2019.

Pour le secteur privé, les montants des PO5 à POA restent identiques aux tarifs du secteur public.

A noter qu'en 2016 les libellés des forfaits PO ont été modifiés, afin de distinguer sans ambiguïté le type de donneurs (état de mort encéphalique ou arrêt circulatoire).

Forfait de prélèvement(s) d'organe(s) sur une personne décédée après arrêt circulatoire

Le forfait PO4 permet de financer les prélèvements sur donneurs décédés DDAC M2. Il a été décidé de revaloriser le forfait en 2016 afin de mieux tenir compte des procédures de prise en charge non abouties (environ 50%) et d'intégrer les coûts liés à la généralisation de la circulation régionale normo-thermique (CRN).

Une étude de coûts a donc été pilotée au sein de l'Agence de la biomédecine en partenariat avec trois coordinations hospitalières de prélèvement autorisées au prélèvement de DDAC M2. Les trois établissements participants ont répondu à une enquête sur le temps en personnel et les moyens matériels de la période 2012 à 2015.

En adéquation avec les résultats de l'étude, un tarif de **13 600 €** (voir [Tableau 7](#) ci-dessous) a été retenu par le ministère, soit une augmentation de **+ 20,8%** par rapport au tarif antérieur (11 257,81 €).

Consigne de codage du PO4 : ce forfait s'applique **également** aux prélèvements chez des donneurs DDAC M3.

Tableau 7 : Montants des forfaits PO

FORFAITS PO DE PRÉLÈVEMENT (A destination de l'établissement siège du prélèvement)		Tarifs 2019	Tarifs 2019
		Public	Privé
PO 1	Prélèvements du ou des reins et/ou du foie sur une personne en état de mort encéphalique	7 344,59 €	5 653,87 €
PO 2	Prélèvements du ou des reins, du foie, du coeur, du pancréas, du ou des poumons et/ou de l'intestin, ou prélèvement d'au moins 7 organes sur une personne en état de mort encéphalique	10 337,36 €	8 588,62 €
PO 3	Autres prélèvements d'organes sur une personne en état de mort encéphalique	8 499,95 €	6 799,83 €
PO 4	Prélèvement(s) d'organe(s) sur une personne décédée après arrêt circulatoire	13 621,76 €	7 915,43 €

⁷ Le coût des liquides de conservation n'est pas inclus dans les forfaits PO1 à PO3 ; seule exception : le forfait PO4 pour les DDAC M2 qui inclut les liquides de conservation et aussi de perfusion sur machine pour les greffons rénaux.

FORFAITS PO DE PRÉLÈVEMENT (A destination de l'établissement de rattachement de l'équipe chirurgicale de prélèvement)		Tarifs 2019	Tarifs 2019
		Public	Privé
PO 5	Prélèvement de rein(s) sur une personne en état de mort encéphalique	405,39 €	405,39 €
PO 6	Prélèvement du foie sur une personne en état de mort encéphalique ou décédée après arrêt circulatoire	405,39 €	405,39 €
PO 7	Prélèvement de poumon(s) sur une personne en état de mort encéphalique ou décédée après arrêt circulatoire	516,87 €	516,87 €
PO 8	Prélèvement de coeur ou du bloc «coeur poumon» sur une personne en état de mort encéphalique	486,47 €	486,47 €
PO 9	Prélèvement de pancréas sur une personne en état de mort encéphalique ou décédée après arrêt circulatoire	608,08 €	608,08 €
PO A	Prélèvement et mise sous machine à perfusion des deux reins sur une personne en état de mort encéphalique	809,29 €	809,29 €

Remarques concernant les forfaits PO

- Dans le cas où un patient déclaré décédé est admis dans un établissement de santé pour la **seule** réalisation du prélèvement (cas des transferts), il n'est plus possible de facturer un GHS par l'établissement qui prélève. Seules les prestations PO finançant le ou les actes de prélèvement seront facturées intégralement à l'assurance maladie selon les modalités indiquées⁸. Signalons que ceci ne concerne pas les donneurs décédés après arrêt circulatoire (pas de transfert possible dans ces situations).
- A compter de la campagne tarifaire 2011, les forfaits PO1 à PO9 (+ POA depuis le 1er mars 2012) sont à renseigner dans le fichier FICHCOMP et sont valorisés via le séjour PMSI du donneur.
- En cas de déplacement d'une équipe chirurgicale pour prélèvement d'organe(s), les forfaits PO5 à POA ne sont donc plus facturés par l'établissement de rattachement du chirurgien préleveur *via* le séjour du receveur. L'établissement du donneur remboursera l'établissement de rattachement de l'équipe chirurgicale du montant du ou des forfaits PO5 à PO9 (+ POA) correspondants.
- **AUCUN** forfait PO n'est facturable pour le prélèvement d'un organe chez un donneur vivant (financement via un GHM-GHS majoré, voir Tableau 10 ci-dessous).



Memento sur les règles de facturation des forfaits PO1 à PO4

- Les forfaits PO1 à POA ne sont facturables que pour les donneurs décédés.
- L'établissement siège du prélèvement ne peut facturer **qu'1 seul forfait (PO1 à PO4)** par donneur décédé.
- Le PO3 « autres » est utilisé pour les cas non décrits par les PO1, 2 et 4.
- Le PO4 doit être facturé pour les DDAC M2 et pour les DDAC M3.

⁸ Notice technique n° CIM/MR/ME 244-1-2011 du 14 mars 2011.



Memento sur les règles de facturation des forfaits PO chez un DDME

- Pour l'établissement siège du prélèvement : 1 seul ou plusieurs PO (1 à 4) selon le ou les organes prélevés.
- Si **deux équipes** sont mobilisées pour le prélèvement **d'un même organe** (ou paire d'organes), un seul forfait PO est facturable. Le partage d'un organe n'autorise pas la facturation d'un 2^{ème} PO6 (foie) ou PO7 (poumon).
- Le prélèvement d'un organe (ou paire d'organes) autorise la facturation **d'1 seul PO** (*même pour les 2 reins*).
- En cas de perfusion des 2 reins prélevés chez un donneur DDME, le forfait POA doit être facturé (forfait à destination de l'équipe chirurgicale).

Tableau 8 : Grille de codage pour la facturation des PO chez un DDME

Organe(s) prélevé(s) chez un donneur DDME	Forfaits PO à facturer	
	PO1 à 4 (Etab ^{nt} siège du prélèvement)	PO5(A) à 9 (Etablissement de rattachement de l'équipe chirurgicale)
rein(s)	PO1	PO5 ou POA (Si les reins sont perfusés, le POA est facturé en lieu et place du PO5)
foie		PO6 (En cas de partage du foie il n'est pas possible de facturer un PO6 supplémentaire)
rein(s) + foie		(PO5 ou POA) + PO6
rein(s) + foie + cœur + poumon(s) + pancréas	PO2	(PO5 ou POA) + PO6 + PO8 + PO9
intestin		PO9 (Le forfait pour l'intestin n'existant pas, le PO9 est retenu par défaut)
intestin et +		PO9 + (Selon le type d'organes prélevés)
7 organes et +		(Selon le type d'organes prélevés)
poumon(s)	PO3	PO7 (En cas de partage du poumon il n'est pas possible de facturer un PO7 supplémentaire)
Pancréas		PO9
rein(s) + pancréas		(PO5 ou POA) + PO9
rein(s) + foie + pancréas		(PO5 ou POA) + PO6 + PO9
cœur (pour greffe du cœur) ou cœur-poumon		PO8
autres		(Selon le type d'organes prélevés)
autres + cœur (pour greffe du cœur) ou cœur-poumon		(Selon le type d'organes prélevés) + PO8

Exemple : PMOT au CHU de Dijon sur un donneur DDME

Les reins sont prélevés par les urologues locaux et perfusés, le cœur est prélevé par l'équipe de chirurgie cardiaque locale, le foie est prélevé par l'équipe de chir. hépatique de Lille, le poumon par l'équipe de chir. thoracique de Foch.

⇒ **Facturation** : 1 PO3 + 1 POA + 1 PO6 + 1 PO7 + 1 PO8

⇒ **Remboursement de la part du CHU de Dijon** : PO6 au CHU de Lille, PO7 à l'hôpital Foch



Memento sur les règles de facturation des forfaits PO chez un DDAC

- Le forfait PO4 concerne tous les donneurs DDAC : M2 et M3⁹. Ce forfait intègre les coûts de perfusion des reins car celle-ci est incluse dans le protocole, et a été d'emblée valorisée dans le calcul du montant du forfait PO4.
 - Le forfait PO4 décrit toutes les situations de PMOT chez les donneurs DDAC (quel que soit le nombre d'organes prélevés).
- ⇒ Le forfait POA n'est donc pas facturable pour les DDAC (M2 et M3).

Tableau 9 : Grille de codage pour la facturation des PO chez un DDAC

Organe(s) prélevé(s) chez un donneur DDAC	Forfaits PO à facturer	
	PO1 à 4 (Etab ^{nt} siège du prélèvement)	PO5(A) à 9 (Etablissement de rattachement de l'équipe chirurgicale)
donneurs décédés après arrêt cardio-circulatoire	PO4	PO5 et/ou PO6 et/ou PO7 et/ou PO9 selon les organes prélevés (mais le POA est interdit)

Remarque 1 : cas des valves cardiaques

Si un cœur est prélevé dans le but de réaliser le prélèvement d'une ou de plusieurs valve(s) cardiaque(s)¹⁰ en vue d'une greffe de ces tissus, l'intervention chirurgicale est considérée comme un prélèvement de tissu ; il n'est donc pas possible de facturer de forfait PO pour cet acte. Cette règle s'applique également si le prélèvement des valves intervient au cours d'un prélèvement multi-organes.

Si un cœur est prélevé en vue d'une greffe de cœur¹¹, finalement non réalisée, et que les valves sont néanmoins prélevées et mises en banque en vue d'une greffe de tissu, alors le prélèvement du cœur est considéré comme un prélèvement d'organe. Dans ce cas, il est possible de facturer des forfaits PO selon les règles citées ci-dessus.

Remarque 2 : laparotomies blanches

Si, suite à la découverte d'une pathologie infectieuse, tumorale, anatomique ou autres, le prélèvement d'organes sur un donneur recensé ne peut être réalisé, l'établissement siège du prélèvement n'est pas autorisé à facturer de forfaits PO. Les coûts de ces laparotomies blanches (diagnostic de mort encéphalique, réservation du bloc opératoire, bilan et typage HLA du donneur) sont donc à la charge de l'établissement.

Remarque 3 : restauration du corps du donneur et les éventuels frais de conservation ultérieurs à un prélèvement d'organes et/ou de tissus

Le financement des établissements pour l'activité de prélèvement d'organes et/ou de tissus couvre les ressources matérielles et humaines de fonctionnement de la coordination (effectif, bureau, moyens de communication, formations, etc...), ainsi que le ou les prélèvements proprement dit.

L'article R1211-10 du code de la santé publique mentionne que dans tous les cas l'établissement qui a procédé au prélèvement assure les frais de conservation et de restauration du corps après l'acte de prélèvement (article commun aux organes et tissus). Et qu'il prend en charge en outre les frais de restitution du corps du donneur à sa famille dans des conditions telles que celles-ci n'ait pas à exposer de dépenses supérieures à celles qu'elle aurait supportées si le prélèvement n'avait pas eu lieu.

⁹ Un forfait PO spécifique M3 sera éventuellement créé au terme de l'étude des coûts de prise en charge des donneurs M3, si le différentiel de coûts avec les donneurs M2 le justifie.

¹⁰ Acte CCAM : DZFA002 « prélèvement du cœur pour préparation de greffe orificielle, au cours d'un prélèvement multi-organes sur un sujet en état de mort encéphalique ».

¹¹ Acte CCAM : DZFA001 « prélèvement du cœur, au cours d'un prélèvement multi-organes sur un sujet en état de mort encéphalique ».

En conséquences :

- ⇒ La **restauration tégumentaire** relève de la responsabilité de l'établissement qui a assuré le prélèvement ;
- ⇒ Les éventuels **soins de conservation ultérieurs au prélèvement**, effectués par un thanatopracteur, ne constituent en rien des actes liés au prélèvement, et restent, s'ils sont souhaités par les proches, à leur charge.

1.3. PRÉLÈVEMENT CHEZ UN DONNEUR VIVANT

1.3.1. Prélèvement d'un rein chez un donneur vivant

Le séjour PMSI de prélèvement de rein chez un **donneur vivant** est classé de manière non spécifique dans le GHM 11C03 : «Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection non tumorale».

En 2012, la prise en compte de la particularité de cette activité a été actée par la création d'un **tarif majoré pour les prélèvements de rein chez le donneur vivant** (GHM de racine 11C03, +16%).

Depuis 2013, cette majoration subsiste mais elle est **réservée à l'acte de cœlioscopie** (JAF003), qui représentait déjà 75% des cas en 2011.

- ⇒ **Dans tous les cas le codage PMSI du séjour pour prélèvement chez le donneur doit mentionner en diagnostic principal le donneur vivant de rein (code CIM10 Z52.4).**
- ⇒ **Dans le cas contraire la majoration du GHS n'est pas prise en compte.**

Tableau 10 : Tarifs GHS d'interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection non tumorale (secteur public)

GHS	GHM	Libellé GHM	Secteur public			
			Séjour-GHM 2018	DMS-GHM 2018	Tarif GHS 2019	Evolution tarifs 2018-19
4116	11C031	Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection non tumorale, niveau 1	3299	3,91	4 010,87 €	0,10%
4149		Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection non tumorale, niveau 1 (donneurs de reins)			4 673,63 €	0,10%
4117	11C032	Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection non tumorale, niveau 2	1713	7,41	6 920,75 €	0,10%
4150		Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection non tumorale, niveau 2 (donneurs de reins)			7 583,50 €	0,10%
4118	11C033	Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection non tumorale, niveau 3	749	13,46	11 119,73 €	0,10%
4151		Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection non tumorale, niveau 3 (donneurs de reins)			11 782,49 €	0,10%
4119	11C034	Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection non tumorale, niveau 4	608	25,81	16 411,99 €	0,10%
4152		Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection non tumorale, niveau 4 (donneurs de reins)			17 074,75 €	0,10%

A noter : le financement de la prise en charge du donneur vivant est également assurée par la composante « donneur vivant » du forfait annuel greffe (FAG), voir page 19.

1.3.2. Prélèvement d'un foie chez un donneur vivant

Il n'y a pour l'instant pas de GHM/GHS spécifique pour décrire le séjour PMSI de prélèvement d'un **donneur vivant de foie** ; il est toutefois recommandé de coder, à l'instar du donneur vivant de rein, le code CIM10 Z52.6 « donneur de foie » en diagnostic principal (épidémiologie).

Le GHM / GHS résultera de l'acte chirurgical codé.

1.4. GREFFES D'ORGANES, POST-GREFFE ET SUIVI

Les hospitalisations pour greffe, rejet et suivi sont financées via des GHM-GHS, au fil de l'eau (PMSI).

Tableau 11 : Tarifs GHS pour la transplantation d'organe (secteur public¹²)

GHS	GHM	Libellé GHM	Secteur public			
			Séjour-GHM 2018	DMS-GHM 2018	Tarif GHS 2019	Evolution tarifs 2018-19
8906	27C021	Transplantations hépatiques, niv. 1	32	9,28	20 719,47 €	0,10%
8907	27C022	Transplantations hépatiques, niv. 2	190	17,17	29 453,71 €	0,10%
8908	27C023	Transplantations hépatiques, niv. 3	417	24,98	37 458,57 €	0,10%
8909	27C024	Transplantations hépatiques, niv. 4	621	54,53	45 071,41 €	0,10%
8910	27C031	Transplantations pancréatiques, niv. 1	2	5	10 986,37 €	0,09%
8911	27C032	Transplantations pancréatiques, niv. 2	20	10,5	16 319,86 €	0,09%
8912	27C033	Transplantations pancréatiques, niv. 3	20	17,15	19 994,55 €	0,09%
8913	27C034	Transplantations pancréatiques, niv. 4	34	32,38	27 310,67 €	0,09%
8914	27C041	Transplantations pulmonaires, niv. 1	4	1,25	17 439,76 €	0,09%
8930		Transplantations pulmonaires, niv. 1 (cardio-pulmonaires)			20 927,71 €	0,09%
8915	27C042	Transplantations pulmonaires, niv. 2	20	27,05	33 174,76 €	0,09%
8931		Transplantations pulmonaires, niv. 2 (cardio-pulmonaires)			39 809,72 €	0,09%
8916	27C043	Transplantations pulmonaires, niv. 3	45	32,09	40 654,27 €	0,09%
8932		Transplantations pulmonaires, niv. 3 (cardio-pulmonaires)			48 785,12 €	0,09%
8917	27C044	Transplantations pulmonaires, niv. 4	305	56,12	59 537,98 €	0,09%
8933		Transplantations pulmonaires, niv. 4 (cardio-pulmonaires)			71 445,57 €	0,09%
8918	27C051	Transplantations cardiaques, niv. 1	5	1	19 090,25 €	0,09%
8934		Transplantations cardiaques, niv. 1 (assistance ventriculaire)			38 275,35 €	0,09%
8919	27C052	Transplantations cardiaques, niv. 2	22	25,32	23 820,17 €	0,09%
8935		Transplantations cardiaques, niv. 2 (assistance ventriculaire)			43 005,28 €	0,09%
8920	27C053	Transplantations cardiaques, niv. 3	76	35,68	38 391,93 €	0,09%
8936		Transplantations cardiaques, niv. 3 (assistance ventriculaire)			57 577,04 €	0,09%
8921	27C054	Transplantations cardiaques, niv. 4	339	62,3	52 790,85 €	0,09%
8937		Transplantations cardiaques, niv. 4 (assistance ventriculaire)			71 975,96 €	0,09%
8922	27C061	Transplantations rénales, niv. 1	293	7,85	11 185,25 €	0,10%
8923	27C062	Transplantations rénales, niv. 2	1970	12,16	14 091,51 €	0,10%
8924	27C063	Transplantations rénales, niv. 3	729	17,71	19 476,43 €	0,10%
8925	27C064	Transplantations rénales, niv. 4	393	27,17	29 046,80 €	0,10%
8926	27C071	Autres transplantations, niv. 1	0	0	24 714,64 €	0,09%
8927	27C072	Autres transplantations, niv. 2	0	0,0	42 420,92 €	0,09%
8928	27C073	Autres transplantations, niv. 3	0	0,0	57 445,16 €	0,09%
8929	27C074	Autres transplantations, niv. 4	1	31,0	71 681,78 €	0,09%

¹² Seuls des établissements publics ou privés à but non lucratifs sont autorisés à la greffe.

Remarque : le nombre de séjours PMSI pour greffe est différent du nombre de greffes recueilli dans le système d'information CRISTAL de l'Agence de la biomédecine. Une partie de cet écart s'explique par les greffes combinées (multi-organes) et les deuxièmes greffes suite à un rejet immédiat au cours du même séjour, qui font l'objet d'un seul GHM-GHS, alors qu'il y a plusieurs greffes dans CRISTAL receveur.

Par ailleurs il y a également quelques séjours, chaque année, qui ne font pas l'objet d'une facturation à l'assurance maladie (et donc pas de GHM-GHS dans le PMSI), comme ceux concernant des receveurs non assurés sociaux en France (devis pour le séjour de greffe).

Tableau 12 : Tarifs GHS pour le rejet de greffe

GHS	GHM	Libellé GHM	Secteur public				Secteur privé			
			Séjour-GHM 2018	DMS-GHM 2018	Tarif GHS 2019	Evolution tarifs 2018-19	Séjour-GHM 2018	DMS-GHM 2018	Tarif GHS 2019	Evolution tarifs 2018-19
7604	21M151	Rejets de greffe, niveau 1	813	2,54	1 710,14 €	0,14%	5	1,88	421,42 €	-0,23%
7605	21M152	Rejets de greffe, niveau 2	776	8,54	7 335,20 €	-0,28%	5	6,50	1 729,76 €	-0,23%
7606	21M153	Rejets de greffe, niveau 3	452	16,49	14 770,54 €	0,14%	1	10,00	2 344,38 €	-0,23%
7607	21M154	Rejets de greffe, niveau 4	301	34,23	24 742,09 €	0,14%	2	20,00	3 589,05 €	-0,23%
7608	21M15T	Rejets de greffe, très courte durée	874	-	667,23 €	0,14%	1	0,00	255,03 €	-0,23%

Tableau 13 : Tarifs GHS pour le suivi post-greffe

GHS	GHM	Libellé GHM	Secteur public				Secteur privé			
			Séjour-GHM 2018	DMS-GHM 2018	Tarif GHS 2019	Evolution tarifs 2018-19	Séjour-GHM 2018	DMS-GHM 2018	Tarif GHS 2019	Evolution tarifs 2018-19
1219	04M211	Suivis de greffe pulmonaire, niv. 1	6888	0,18	789,63 €	0,57%	-	-	524,23 €	-0,23%
1220	04M212	Suivis de greffe pulmonaire, niv. 2	172	4,76	2 540,39 €	0,57%	-	-	1 293,21 €	-0,23%
1221	04M213	Suivis de greffe pulmonaire, niv. 3	53	6,85	3 404,79 €	0,57%	-	-	1 643,54 €	-0,23%
1222	04M214	Suivis de greffe pulmonaire, niv. 4	29	9,41	5 815,22 €	0,57%	-	-	1 918,16 €	-0,23%
1722	05K151	Surveillances de greffes de coeur avec acte diagnostique par voie vasculaire, niv. 1	1030	1,66	1 179,49 €	-23,66%	5	1,6	1 001,92 €	-9,29%
1723	05K152	Surveillances de greffes de coeur avec acte diagnostique par voie vasculaire, niv. 2	43	6,23	3 038,87 €	0,70%	-	-	1 791,16 €	0,13%
1724	05K153	Surveillances de greffes de coeur avec acte diagnostique par voie vasculaire, niv. 3	11	15,64	4 647,20 €	0,70%	-	-	2 257,25 €	0,13%
1725	05K154	Surveillances de greffes de coeur avec acte diagnostique par voie vasculaire, niv. 4	10	26,6	5 884,41 €	0,70%	-	-	3 229,22 €	0,13%
1726	05K15J	Surveillances de greffes de coeur avec acte diagnostique par voie vasculaire, en ambulatoire	3675	0	1 179,49 €	11,25%	5	0	1 001,92 €	7,90%
1799	05M191	Surveillances de greffes de coeur sans acte diagnostique par voie vasculaire, niv. 1	5246	0,03	664,60 €	0,45%	8	2,53	534,32 €	-0,23%
1800	05M192	Surveillances de greffes de coeur sans acte diagnostique par voie vasculaire, niv. 2	10	3,8	1 375,80 €	0,45%	0	4,52	1 155,00 €	-0,23%
1801	05M193	Surveillances de greffes de coeur sans acte diagnostique par voie vasculaire, niv. 3	10	6,6	1 894,01 €	0,45%	0	9,13	1 508,29 €	-0,23%
1802	05M194	Surveillances de greffes de coeur sans acte diagnostique par voie vasculaire, niv. 4	1	15	2 691,78 €	0,45%	0	15,62	1 777,54 €	-0,23%
2185	06M152	Suivis de greffe de l'appareil digestif	12	1,83	1 917,38 €	0,09%	0	0	605,05 €	-0,23%
2554	07M121	Suivis de greffe de foie et de pancréas, niv. 1	3467	0,3	728,42 €	0,36%	2	0,00	404,21 €	-0,23%
2555	07M122	Suivis de greffe de foie et de pancréas, niv. 2	167	8,37	3 191,00 €	0,36%	-	-	810,98 €	-0,23%
2556	07M123	Suivis de greffe de foie et de pancréas, niv. 3	72	12,51	5 123,55 €	0,36%	0	11,00	1 055,40 €	-0,23%
2557	07M124	Suivis de greffe de foie et de pancréas, niv. 4	18	17,06	6 164,20 €	0,36%	-	-	1 538,57 €	-0,23%
4336	11M171	Surveillances de greffes de rein, niv. 1	21522	0,07	813,21 €	0,21%	25	0,36	426,92 €	-0,23%
4337	11M172	Surveillances de greffes de rein, niv. 2	223	6,22	2 930,83 €	0,21%	3	7,00	1 577,74 €	-0,23%
4338	11M173	Surveillances de greffes de rein, niv. 3	77	9,65	4 270,84 €	0,21%	1	4,00	1 184,36 €	-48,27%
4339	11M174	Surveillances de greffes de rein, niv. 4	36	12,69	4 917,78 €	0,21%	2	9,00	3 442,97 €	-0,23%

1.5. FORFAIT ANNUEL GREFFE (ORGANES)

Le FAG est alloué une fois par an aux établissements autorisés à la greffe d'organes sur la base de l'activité réalisée au cours de l'année « N-1 » (1^{er} janvier au 31 décembre). Il est calculé par le pôle OFAS de l'Agence de la biomédecine et versé aux établissements par les ARS l'année « N ».

Les différentes composantes du FAG organe permettent la prise en charge des charges liées aux activités transversales à la greffe telles que :

- la coordination des activités de greffe avec donneurs décédés et vivants ;
- la prise en charge des greffés par des psychologues, des diététiciens, des assistants sociaux et des masseurs kinésithérapeutes, en pré-greffe et post-greffe ;
- les astreintes de chirurgie, d'anesthésie et d'infirmiers ;
- le transport des équipes de greffe en cas de déplacement en vue d'un prélèvement ;
- le remboursement par l'établissement greffeur du conteneur et du liquide de préservation et de conservation¹³ éventuellement fourni par l'établissement siège du prélèvement ;
- le transport des greffons ;
- le HLA pour cross match au moment de la greffe ;
- le typage HLA des patients nouvellement inscrits en liste nationale d'attente et le coût du suivi HLA des inscrits ;
- l'utilisation des machines de perfusion rénale, et du dispositif de réhabilitation-perfusion pulmonaire (voir encadrés pages 21 et 22) ;
- le transport des machines du lieu de stockage jusqu'au lieu de greffe, ou inversement ;
- la prise en charge des donneurs vivants pour la part non facturable à l'assurance maladie (bilans, transports, hôtellerie, compensation salariale, ticket modérateur, forfaits journaliers...) ;
- les missions d'étude clinique (suivi des patients notamment), depuis 2013.

Depuis 2013, le FAG finance les missions d'études cliniques : ainsi la première ligne du FAG (nombre de greffes) a été revalorisée pour tenir compte de l'intégration de ces missions, d'où son augmentation en 2013 par rapport à 2012 (voir encadré ci-dessous). **Les autres composantes du FAG n'ont pas été modifiées.**

A noter : les montants du FAG ne changent pas d'année en année (contrairement aux tarifs GHS par exemple).

Tableau 14 : Montants du FAG organes

FAG ORGANES 2019	Rein	Autres organes
Par tranche de 10 greffes (avec un minimum de 5 greffes)	40 431 €	35 839 €
Par tranche de 10 patients inscrits* (avec un minimum de 5 greffes)	9 412 €	8 494 €
Par tranche de 5 greffes à partir de don du vivant** (moyenne sur 3 années, elle doit au moins être égale à 1)		22 957 €
Par tranche de 3 utilisations de machines à perfusion, pour la perfusion des reins	8 814 €	
Par utilisation de machine à perfusion-ventilation pour la réhabilitation ex vivo d'un greffon pulmonaire		31 343 €

* Le nombre de patients inscrits s'entend comme le nombre de patients inscrits au 1^{er} janvier de l'année « N -1 » auquel s'ajoute ceux nouvellement inscrits en cours de la même d'année, et sans comptabilisation des sortants.

** Le nombre de donneurs vivants à comptabiliser pour le FAG correspond aux nombre de greffes réalisées à partir de donneurs vivants (moyennes des années « N-1 » « N-2 » « N-3 »). Le montant forfaitaire du FAG tient compte du fait que plus de la moitié des donneurs potentiels sont explorés mais non prélevés (interruption de la démarche quelle que soit la raison).

¹³ Conformément à l'arrêté de bonnes pratiques du 29 octobre 2015, le responsable de chaque équipe chirurgicale de prélèvement opérant sur un site extérieur doit apporter les conteneurs spécifiques et les solutions de conservation conformes à la réglementation en vigueur. En revanche, le conditionnement du greffon (conteneur, liquides) est à la charge de l'équipe bénéficiaire du greffon.

MISIONS D'ETUDES CLINIQUES (TEC) RELATIVES A LA GREFFE D'ORGANES

Les missions concernent la saisie et le traitement des données relatives aux greffes d'organes et de CSH. Elles se rapportent aux données utilisées pour la gestion de la liste nationale des patients en attente de greffe d'organes et aux données des différents bilans médicaux utilisés dans l'évaluation des activités de greffe.

Précisément, ces missions concernent la saisie et le traitement informatique des données sanitaires relatives : à la greffe d'organes à partir de donneurs décédés et vivants (base de données CRISTAL), à la greffe de CSH (base de données ProMISE), au suivi des porteurs de greffons fonctionnels et, depuis 2004, au suivi médical des donneurs vivants d'organes, conformément à la loi de bioéthique.

Des missions complémentaires, en lien direct avec le champ de compétence de l'Agence de la biomédecine, peuvent être demandées dans le cadre de protocoles spécifiques (exemple : protocole des greffes dérogatoires VHC).

Les missions sont détaillées dans les fiches de poste et dans le rapport final de l'Agence de la biomédecine d'octobre 2012 : « Etat des lieux de la fonction et des missions des TEC des équipes hospitalières de greffe d'organes et/ou de cellules souches hématopoïétiques ».

FINANCEMENT DES TEC : INCLUS DANS LE FAG DEPUIS 2013

Les missions d'étude clinique(*) n'étant plus financées via le forfait CPO (voir partie 1.1), le FAG a été revalorisé pour un montant d'environ 2,5 M€ correspondant au total des moyens à dédier à ces missions sur le territoire.

Ce montant a été calculé sur la base du recensement 2012 des postes de techniciens d'étude clinique (TEC) des services de greffe d'organe et de CSH soit au total : environ 56 ETP.

Les moyens humains par centre ont été analysés à la lumière des activités de greffe colligées dans les bases CRISTAL (organes) et ProMISE (CSH). On observe que pour les établissements les mieux organisés et produisant des données de qualité, l'activité de recueil et de traitement des données pour l'ensemble des missions de recueil est assurée par une personne à temps plein dans un service réalisant 120 greffes.

Ce résultat se vérifie pour les greffes d'organes et de CSH car le temps humain pour le traitement des informations est comparable entre les deux activités, malgré des systèmes d'information différents.

En outre, l'analyse de l'activité des centres nous permet de constater, qu'en moyenne, pour une greffe d'organe réalisée, environ 10 porteurs de greffons sont suivis, par an, dans le même établissement.

Le FAG a donc été revalorisé sur la base du résultat suivant : **1 poste à temps plein** est nécessaire pour assurer les missions d'études cliniques (voir ci-dessous), de saisie et de traitement des données relatives aux greffes dans un service réalisant **120 greffes par an et suivant 1 200 porteurs de greffons**.

Le montant du FAG organe, par tranche de 10 greffes d'organes (rein et autres organes), a été augmenté de 3 700 €.

(*) L'obligation de suivi et d'évaluation des activités et des résultats de la greffe est inscrite dans la loi de bioéthique (Art. L1418-1-4 du code de la santé publique).

PRISE EN CHARGE DU DONNEUR VIVANT

La composante DV du FAG correspond au soutien financier pour la prise en charge des frais du donneur vivant (forfait journalier, ticket modérateur, déplacements, hébergement, compensation salariale, ... etc).

Se reporter au guide édité par l'ABM « Guide de prise en charge financière des donneurs vivants d'éléments du corps humain », 1^{ère} édition 2015, https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/tarification_dons_vivant.pdf

Par ailleurs le séjour pour prélèvement du DV fait l'objet d'un GHS majoré (voir page 16).

FINANCEMENT des MACHINES de PERFUSION RENALE (depuis 2012)

Le forfait prélèvement (POA) et une **composante du FAG** ont été **créés en 2012** afin de financer les surcoûts liés à la perfusion des reins, lors du prélèvement, ainsi que ceux imputables au stockage et à la mise à disposition des machines. Lorsqu'un donneur en état de mort encéphalique est un donneur à critères élargis*, le conseil médical et scientifique de l'Agence de la biomédecine a décidé** que les deux reins devaient être placés sur machine à perfusion à l'issue du prélèvement dans le bloc de prélèvement.

Dans ce cas, l'établissement siège du prélèvement doit facturer le **forfait POA** en sus d'un forfait PO 1 à 3. Dans l'hypothèse d'un prélèvement après arrêt circulatoire il n'est, en revanche, pas possible de facturer un POA car le coût des machines à perfusion des donneurs décédés après arrêt circulatoire est intégré au forfait PO4.

Comme pour les forfaits PO5 à 9, le **POA (808 €)** sert à indemniser l'établissement de rattachement du chirurgien réalisant le prélèvement. Le montant est doublé par rapport au PO5 (prélèvement de rein(s) **404 €**) afin de tenir compte du temps opératoire supplémentaire lié à la mise des reins sous machine.

Concernant la composante du FAG, celle-ci a été élaborée en tenant compte des charges d'achat de la machine (avec container et logiciel), de transport, d'amortissement, de consommables, de maintenance, de temps de préparation et de transport de retour.

Le ministère a accordé dès 2012 un montant de **8 814 €** alloué par tranche de trois utilisations de machines (soit 3 donneurs DCE) afin de financer le fonctionnement en routine notamment :

- l'achat du kit de perfusion (cassette, canule, liquide de perfusion, champ stérile et canule de recharge),
- la gestion et la préparation des machines,
- et le transport de retour des machines vers le site propriétaire.

Comme pour les autres activités financées par ce forfait, le montant fléché pour les machines est versé une fois par an à partir de l'activité de l'année N-1.

En complément de ces règles, le décompte annuel des donneurs pour l'attribution du FAG machine est examiné par les responsables des SRA sur les bases suivantes :

- 1 seul rein est perfusé au bloc de prélèvement :
il y a une raison médicale → **donneur comptabilisé pour le FAG machine**
des machines sont disponibles et il n'y a pas de contre-indication médicale → **donneur non comptabilisé**
- le deuxième rein est perfusé à son arrivée au bloc de greffe :
1 machine disponible n'a pas été utilisée lors du prélèvement → **donneur non comptabilisé**
il n'y avait pas de machine disponible lors du prélèvement → à expertiser, **donneur éventuellement comptabilisé**

Dans ces deux derniers cas et dans toutes les autres situations qui pourraient se présenter, **l'avis motivé du responsable de SRA est rendu après analyse de la disponibilité réelle des machines.**

Toute perfusion rénale doit être renseignée dans CRISTAL le plus rapidement possible.

* Les critères UNOS ont été retenus : âge de 60 ans et plus ou âge entre 50 et 59 ans avec au moins deux facteurs de risque (antécédent d'HTA, décès d'accident vasculaire, créatinine > 130 µmoles/l).

** Délibération 2012-5 du comité médical et scientifique de l'Agence de la biomédecine (séance du 13 mars 2012).



FINANCEMENT de la REHABILITATION PERFUSION PULMONAIRE Ex-Vivo

En 2019, un nouveau forfait annuel greffe (FAG) est créé, pour financer le surcoût lié à l'utilisation d'une machine de perfusion et ventilation pulmonaire Ex-Vivo (PPEV). Il est versé en fonction du nombre de greffes pulmonaires effectuées pendant l'année N-1.

Le montant de ce forfait est de 31 343€ par greffe pulmonaire avec PPEV.

Il est attribué selon les conditions suivantes : a) indications, b) éligibilité de l'équipe, c) organisation de la PPEV.

a) Indications

1. Poumons prélevés chez les donneurs décédés en arrêt circulatoire contrôlé de la catégorie III de Maastricht.
2. Poumons prélevés chez des donneurs en état de mort encéphalique, à critères élargis et refusés par les équipes lors de l'attribution (poumons dits « hors tour »).

Ces indications sont susceptibles d'évoluer avec les progrès des connaissances et la révision des recommandations émises par la Société Française de Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire (SFCTCV).

b) Éligibilité de l'équipe

3. Les équipes de prélèvement et de greffe doivent obligatoirement avoir suivi une formation spécifique à cette technologie validée par la SFCTCV.
4. L'établissement de greffe doit présenter, au cours des 3 dernières années, un volume d'activité en greffe pulmonaire supérieur au seuil défini par l'Agence de la biomédecine, et un résultat des greffes pulmonaires (survie à un an), conforme au résultat attendu.

c) Organisation de la PPEV

5. Le forfait est identique quel que soit le type de machine utilisé : dispositif transportable (OCS), ou non transportable
6. La PPEV doit être saisie dans CRISTAL receveur en temps réel
7. En cas d'échec de la PPEV, le forfait n'est pas attribué (le décompte étant basé sur le nombre de greffes avec PPEV ; en revanche un taux d'échec de 20% a été pris en compte dans la construction des coûts)
8. Lorsqu'une PPEV est effectuée par une autre équipe que celle qui greffe : l'attribution du forfait à l'équipe de greffe sera validée par l'ABM à condition qu'un remboursement de l'établissement où a été effectuée la PPEV soit possible, sur la base d'une convention préalablement signée entre les 2 établissements, et que cette situation soit signalée.

Toute PPEV doit être renseignée dans CRISTAL le plus rapidement possible.

L'interlocuteur des équipes est le médecin du SRA de l'ABM, et/ou le pôle OFAS (selda.salman@biomedecine.fr).



Exemple de calcul du forfait FAG organe pour un établissement

Soit un établissement de santé autorisé à la greffe d'organes qui a réalisé l'année « N-1 » l'activité suivante :

- 75 greffes de rein, dont 17 avec don de vivant,
- 62 greffes d'autres organes, dont 2 avec don de vivant,
- 528 patients inscrits au 1^{er} janvier de l'année « N-1 » sur liste d'attente pour une greffe de rein et 73 nouveaux inscrits en cours d'année (528 + 73 = 601),
- 34 patients inscrits au 1^{er} janvier de l'année « N-1 » sur liste d'attente pour une greffe d'autres organes et 28 nouveaux inscrits en cours d'année (34 + 28 = 62),
- 15 donneurs à critères élargis de rein perfusés au moment du prélèvement sur site et/ou dans un établissement du réseau de prélèvement,
- 11 greffes de poumons avec procédure de perfusion ex-vivo,
- 19 greffes sont réalisées à partir de donneur vivant l'année « N-1 », 15 l'année « N-2 » et 12 l'année « N-3 ».

L'établissement a réalisé un total de $(75 + 62) = 137$ greffes dont 19 à partir de donneurs vivants et 118 à partir de donneurs décédés. Le nombre de greffes réalisées (quel que soit le type de donneur) étant supérieur ou égal à 5, l'établissement bénéficie du montant forfaitaire par tranche de greffes et par tranche de patients inscrits. Dans le cas contraire (nombre de greffes <5), la somme versée serait nulle pour ces deux composantes du FAG.

1 - Montant de la composante greffe (donneurs décédés)

L'établissement a réalisé 75 greffes de rein et 62 greffes d'autres organes à partir de donneurs décédés.

Il est donc éligible à la 8^{ème} tranche (de 71 à 80) pour les greffes de reins et la 7^{ème} (de 61 à 70) pour les greffes d'autres organes.

Ainsi, il bénéficie d'un financement de : $(8 \times 40\,431 \text{ €}) + (7 \times 35\,839 \text{ €}) = 574\,321 \text{ €}$

2 - Montant de la composante inscription

Le nombre de patients en liste d'attente en fin d'année est de 601 en greffe de rein et 62 en greffe d'autres organes.

L'établissement est donc éligible à la 61^{ème} tranche (de 601 à 610) pour les inscrits en greffe de rein et à la 7^{ème} tranche (de 61 à 70) pour les inscrits en greffe d'autres organes.

Ainsi, il bénéficie d'un financement de : $(61 \times 9\,412 \text{ €}) + (7 \times 8\,494 \text{ €}) = 633\,590 \text{ €}$

3 - Montant des composantes perfusion (rein, poumon)

L'établissement a utilisé ou mis à disposition 15 fois ses machines à perfusion pour perfuser les reins de donneurs à critères élargis ; il est ainsi éligible à la 5^{ème} tranche (de 13 à 15) pour le nombre d'utilisation de machines à perfusion rénale et bénéficie d'un financement de : $5 \times 8\,814 \text{ €} = 44\,070 \text{ €}$

L'établissement a réalisé 11 greffes de poumons avec procédure de perfusion pulmonaire ex-vivo ; il est ainsi éligible à un financement de $11 \times 31\,343 \text{ €} = 344\,773 \text{ €}$

4 - Montant de la composante greffe à partir de donneurs vivants

L'établissement a réalisé en moyenne sur les 3 dernières années : $15,33$ greffes $[(19+15+12) / 3]$ à partir d'un donneur vivant. Ce nombre étant supérieur ou égal à 1, l'établissement est éligible à la 4^{ème} tranche (de 16 à 20). Dans le cas contraire (nombre de greffes à partir de donneurs vivants <1), la somme versée serait nulle pour cette composante du FAG.

Ainsi, il bénéficie d'un financement de : $4 \times 22\,957 \text{ €} = 91\,828 \text{ €}$

Au total, au titre de ces quatre composantes du FAG, l'établissement perçoit un total de : 1 688 582 €.

N.B. : par ailleurs, il facture les GHS des séjours correspondants aux greffes, suivis, rejets, ... etc à travers le PMSI.

NB : les tranches des forfaits tiennent compte de l'entier supérieur.

Synthèse de la dotation au titre du FAG organes, pour l'établissement de l'exemple ci-dessus :

		Nombre de greffes	Tranches du forfait	FAG correspondant
Grefe donneur décédé	Reins	75	8	323 448 €
	Autres organes	62	7	250 873 €
Grefe donneur vivant	Reins	17		
	Autre organe*	2		
	Moyenne DV sur 3 ans	15,33	4	91 828 €
Nouveaux inscrits** + en attente***	Reins	601	61	574 132 €
	Autres organes	62	7	59 458 €
Procédure de perfusion	Reins	15	5	44 070 €
	Poumons	11		344 773 €
Total FAG				1 688 582 €

* Foie

**au 31/12 année N-1

*** année N

1.6. BANQUES HOSPITALIÈRES DE TISSUS

Le forfait CPO destiné aux coordinations hospitalières de prélèvement prévoit la facturation de suppléments pour le recensement et le prélèvement de tissus (voir page 6).

Par ailleurs, une **enveloppe MIG** (Missions d'intérêt général), a été créée pour soutenir le prélèvement de tissus : **«prélèvements de tissus lors de prélèvements multi-organes et à cœur arrêté»**. Cette dotation, destinée aux banques de tissus, visait à compenser, à l'origine, les frais de fonctionnement des banques de tissus hospitalières dont les tissus produits étaient destinés à n'être délivrés qu'au sein du même hôpital et ne bénéficiaient pas à ce titre de tarif de remboursement au travers de l'inscription à la Liste des Produits et Prestations (LPP) remboursables.

En 2007, certains tissus (cornée, peau et valves cardiaques), ont été sortis du champ de cette MIG pour être intégrés dans les tarifs des séjours (GHS). Depuis, le périmètre de cette MIG concerne exclusivement les tissus inscrits à la LPP, afin de couvrir les surcoûts liés aux prélèvements pour les banques.

Cependant, les montants versés au titre de la MIG correspondaient encore à des montants « résiduels » de la dotation historique, reconduits de manière « automatique » par les ARS, sans lien avec l'activité des banques hospitalières de tissus.

Afin de rationaliser l'allocation de ces ressources MIG (**1,2 M€**), de nouvelles modalités ont été définies en 2013, décrites dans l'encadré suivant.

Modalités d'attribution de la MIG «prélèvements de tissus lors de prélèvements multi-organes et à cœur arrêté »¹⁴

L'objectif recherché est de soutenir l'activité des banques hospitalières de tissus d'une manière générale, et de les inciter en particulier à développer celle relative aux tissus en situation de pénurie (os massifs et vaisseaux).

La dotation est calculée à partir des données d'activité de l'année N-2.

Les règles de répartition de la MIG reposent sur deux composantes :

- **une « part structurelle »** qui a pour vocation le renforcement des équipes des banques de tissus hospitalières et le développement de l'activité d'appui au prélèvement de tissus sur donneur décédé. Ce deuxième point vise à développer l'emploi de techniciens de banque de tissus dont les missions sont d'intervenir en amont du prélèvement pour préparer la salle et le matériel de prélèvement et à l'issue du prélèvement pour le conditionnement et le transport du greffon. Les contraintes liées au prélèvement de tissus nécessitent également de financer des lignes d'astreinte ;

- **une « part activité »** qui vient en complément de la part structurelle pour inciter au développement du prélèvement des os massifs et des artères.

Ces deux composantes étant cumulables.

Les modalités de versement de la MIG prévoient trois sous-enveloppes de 97 765€, 77 765€, 37 765€ allouées en fonction de critères d'activité définis pour chacune des deux composantes :

- **pour la part structurelle**, les trois catégories sont définies selon le nombre total de tissus réceptionnés par la banque de tissus au cours d'une année et déclarés dans le rapport d'activité des banques à savoir : les os massifs, la peau (en dm²), les artères, les veines, les cornées et les valves cardiaques.

- **pour la part activité**, trois catégories sont également définies selon le nombre d'os massifs et d'artères réceptionnés au cours d'une année. Le prélèvement d'os massifs est une activité lourde, consommatrice de moyens humains et organisationnels qui s'explique notamment par la reconstruction du corps en vue de la restitution aux familles. Pour en tenir compte, le nombre d'os massifs est multiplié par 4 pour le calcul de cet indicateur.

¹⁴ Libellé officiel de la MIG J 03 JPE, arrêté du 4 mars 2017 fixant la liste des programmes, actions, actes et produits financés au titre des missions d'intérêt général.

Tableau 15 : Montants de la MIG «prélèvements de tissus lors de prélèvements multi-organes et à cœur arrêté » destinée aux banques hospitalières de tissus

Nombre total de tissus réceptionnés	Montant de la part structurelle	Nombre d'os massifs (x4) et artères réceptionnés	Montant de la part activité
moins de 100 tissus	37 765 €	moins de 100 tissus	37 765 €
entre 100 et 999 tissus	77 765 €	entre 100 et 199 tissus	77 765 €
à partir de 1000 tissus	97 765 €	à partir de 200 tissus	97 765 €

1.7. ALLOGREFFES DE TISSUS

Les hospitalisations pour allogreffes de tissus sont financées via les GHM-GHS.

Le montant des greffons tissulaires d'origine humaine est, soit inclus dans le tarif du GHS, soit facturé en sus¹⁵.

Quelle que soit sa modalité, la tarification du greffon tissulaire comprend :

- les frais de prélèvement et de tests sérologiques effectués chez le donneur,
- les frais de transport (acheminement du tissu de l'établissement préleveur à la banque de tissus),
- les frais de banque de tissus : préparation, conservation, distribution, traçabilité du greffon.

1.7.1. Allogreffes tissulaires avec greffons intégrés dans le tarif GHS

Les greffons tissulaires intégrés aux tarifs GHS sont : les tissus cornéens et membranes amniotiques, la peau, les valves cardiaques et les tendons et ligaments.

Les tableaux ci-dessous présentent les GHM-GHS les plus fréquents concernant ces allogreffes de tissus.

Tableau 16 : Tarifs GHS d'allogreffes de cornée

GHS	GHM	Libellé GHM	Secteur public				Secteur privé			
			Séjour-GHM 2018	DMS-GHM 2018	Tarif GHS 2019	Evolution tarifs 2018-19	Séjour-GHM 2018	DMS-GHM 2018	Tarif GHS 2019	Evolution tarifs 2018-19
440	02C091	Allogreffes de cornée, niveau 1 (greffons cornéens)	3730	2,34	2 842,16 €	0,12%	1568	1,63	2 331,88 €	0,14%
460		Allogreffes de cornée, niveau 1 (membranes amniotiques)			1 905,41 €	0,12%			1 341,48 €	0,14%
441	02C092	Allogreffes de cornée, niveau 2 (greffons cornéens)	540	8,06	4 234,48 €	0,12%	25	4,71	4 825,37 €	0,14%
461		Allogreffes de cornée, niveau 2 (membranes amniotiques)			3 297,74 €	0,12%			3 834,96 €	0,14%
442	02C093	Allogreffes de cornée, niveau 3 (greffons cornéens)	131	12,22	7 397,02 €	0,12%	2	9,00	8 782,94 €	0,14%
462		Allogreffes de cornée, niveau 3 (membranes amniotiques)			6 460,27 €	0,12%			7 792,54 €	0,14%
443	02C094	Allogreffes de cornée, niveau 4 (greffons cornéens)	94	14,24	12 046,18 €	0,12%	0	0,00	14 803,20 €	0,14%
463		Allogreffes de cornée, niveau 4 (membranes amniotiques)			11 109,43 €	0,12%			13 812,80 €	0,14%
444	02C09J	Allogreffes de cornée, en ambulatoire (greffons cornéens)	1645	0	2 842,16 €	0,12%	1477	0,00	2 331,88 €	0,14%
464		Allogreffes de cornée, en ambulatoire (membranes amniotiques)			1 905,41 €	0,12%			1 341,48 €	0,14%

¹⁵ Articles L165-1 et L162-22-7 du code de la sécurité sociale, arrêtés du 2 mars 2005, du 16 février et du 17 juin 2011 relatifs à la liste des produits et prestations.

Tableau 17 : Tarifs GHS d'allogreffes de peau

GHS	GHM	Libellé GHM (plaquette)	Secteur public				Secteur privé			
			Séjour-GHM 2018	DMS-GHM 2018	Tarif GHS 2019	Evolution tarifs 2018-19	Séjour-GHM 2018	DMS-GHM 2018	Tarif GHS 2019	Evolution tarifs 2018-19
7802	22C021	Brûlures non étendues avec greffe cutanée, niv. 1	753	6,5	7 045,92 €	0,10%	19	6,74	7 781,33 €	0,13%
7803	22C022	Brûlures non étendues avec greffe cutanée, niv. 2	517	16,3	17 683,04 €	0,10%	3	14,41	8 947,68 €	0,13%
7804	22C023	Brûlures non étendues avec greffe cutanée, niv. 3	310	24,16	25 218,85 €	0,10%	4	26,76	10 140,60 €	0,13%
7805	22C024	Brûlures non étendues avec greffe cutanée, niv. 4	375	36,18	42 488,44 €	0,10%	0	45,24	16 822,73 €	0,13%
7810	22C02J	Brûlures non étendues avec greffe cutanée, en ambulatoire	536	0	2 091,84 €	0,10%	26	0,00	2 096,20 €	0,13%
7806	22C031	Brûlures non étendues avec parages de plaie ou autres interventions chirurgicales, niv. 1	366	2,77	3 456,96 €	0,20%	31	0,58	1 415,31 €	0,24%
7807	22C032	Brûlures non étendues avec parages de plaie ou autres interventions chirurgicales, niv. 2	80	12,14	10 336,61 €	0,20%	1	10,80	6 310,67 €	0,24%
7808	22C033	Brûlures non étendues avec parages de plaie ou autres interventions chirurgicales, niv. 3	59	19,59	13 325,99 €	0,20%	0	26,33	6 956,84 €	0,24%
7809	22C034	Brûlures non étendues avec parages de plaie ou autres interventions chirurgicales, niv. 4	33	28,5	23 168,43 €	0,20%	0	24,00	11 769,36 €	0,24%
7852	22K02J	Brûlures sans acte opératoire, avec anesthésie, en ambulatoire	2164	0	877,50 €	0,24%	27	0	339,80 €	0,13%
7853	22M021	Brûlures et gelures non étendues sans intervention chirurgicale, niv. 1	1366	4,98	2 876,87 €	0,15%	16	3,81	570,68 €	1,87%
7854	22M022	Brûlures et gelures non étendues sans intervention chirurgicale, niv. 2	948	8,91	4 663,91 €	0,15%	8	7,58	2 319,45 €	1,73%
7855	22M023	Brûlures et gelures non étendues sans intervention chirurgicale, niv. 3	343	12,44	6 358,30 €	0,15%	6	11,74	3 393,31 €	1,87%
7856	22M024	Brûlures et gelures non étendues sans intervention chirurgicale, niv. 4	192	15,99	10 596,24 €	0,15%	8	16,70	5 085,69 €	1,87%
7862	22M02T	Brûlures et gelures non étendues sans intervention chirurgicale, très courte durée	2652	0,47	622,61 €	0,15%	72	0,38	240,93 €	1,86%
7857	22Z021	Brûlures étendues, niveau 1	74	3,06	7 459,23 €	-6,71%	-	-	-	-
7858	22Z022	Brûlures étendues, niveau 2	30	13,13	31 189,61 €	0,09%	-	-	-	-
7859	22Z023	Brûlures étendues, niveau 3	48	23,52	46 182,47 €	0,09%	-	-	-	-
7860	22Z024	Brûlures étendues, niveau 4	204	57,3	83 488,25 €	0,09%	-	-	-	-
7861	22Z03Z	Brûlures avec transfert vers un autre établissement MCO : séjours de moins de 2 jours	708	0,42	758,00 €	0,32%	15	0,33	380,27 €	0,13%

Tableau 18 : tarifs GHS de remplacement valvulaire

GHS	GHM	Libellé GHM (plaquette)	Secteur public				Secteur privé			
			Séjour-GHM 2018	DMS-GHM 2018	Tarif GHS 2019	Evolution tarifs 2018-19	Séjour-GHM 2018	DMS-GHM 2018	Tarif GHS 2019	Evolution tarifs 2018-19
1430	05C021	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie, niv. 1	46	7,17	14 536,67 €	0,09%	56	11,34	9 989,01 €	0,14%
1524		Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie, niv. 1 (valves aortique et mitrale)			17 183,28 €	0,09%			12 754,09 €	0,14%
1431	05C022	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie, niv. 2	766	15,02	18 199,48 €	0,09%	606	13,99	13 159,32 €	8,38%
1525		Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie, niv. 2 (valves aortique et mitrale)			20 846,08 €	0,09%			14 924,41 €	0,14%
1432	05C023	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie, niv. 3	744	19,91	22 218,80 €	0,09%	257	17,63	16 927,66 €	0,14%
1526		Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie, niv. 3 (valves aortique et mitrale)			24 865,40 €	0,09%			19 692,75 €	0,14%
1433	05C024	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie, niv. 4	931	35,36	26 103,64 €	0,09%	191	32,97	19 906,74 €	0,14%
1527		Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie, niv. 4 (valves aortique et mitrale)			28 750,24 €	0,09%			22 671,82 €	0,14%
1434	05C031	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie, niv. 1	622	8,5	13 315,03 €	0,09%	371	9,06	8 954,60 €	0,14%
1528		Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie, niv. 1 (valves aortique et mitrale)			15 948,13 €	-0,28%			11 747,49 €	0,14%
1435	05C032	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie, niv. 2	4699	11,33	15 614,38 €	0,09%	2830	10,85	10 548,03 €	0,14%
1529		Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie, niv. 2 (valves aortique et mitrale)			18 247,48 €	0,09%			13 340,93 €	0,14%
1436	05C033	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie, niv. 3	2892	14,26	18 811,60 €	0,09%	1042	13,44	12 601,73 €	0,14%
1530		Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie, niv. 3 (valves aortique et mitrale)			21 444,69 €	0,09%			15 394,62 €	0,14%
1437	05C034	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie, niv. 4	1816	26,57	22 632,52 €	0,09%	491	28,06	16 714,91 €	0,14%
1531		Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie, niv. 4 (valves aortique et mitrale)			25 265,62 €	0,09%			19 507,81 €	0,14%

1.7.2. Allogreffes tissulaires avec greffons inscrits à la LPP

Les greffons tissulaires concernés sont : **les os** (os massifs, poudre d'os) **et les vaisseaux**.

Ces greffons sont inscrits à la Liste des Produits et Prestations Remboursables, dont les tarifs sont des prix limites de vente, opposables aux distributeurs finaux que sont les établissements de santé.

Les GHM-GHS concernant ces tissus n'étant pas spécifiques, ils ne peuvent être présentés ici.

En revanche ce qu'il faut noter est que **lors des hospitalisations pour allogreffes de ces tissus, la facturation du greffon se fait en sus du GHS** (déclaration dans le fichier FICHSUP du PMSI).

Pour en savoir plus : se reporter au site www.ameli.fr < Professionnels de santé < Centre de santé < Exercice Professionnel < Facturation et rémunération < Nomenclatures et codage < Liste des produits et prestations – LPP. ¹⁶

Tableau 19 : Extrait de la LPP : codes et libellés des greffons vasculaires

Code LPP	Libellé	Tarif unitaire réglementé
	<p>Allogreffe de veine saphène</p> <p>Ces allogreffes sont prélevées au bloc opératoire sur donneur vivant lors d'interventions pour varices. Leur prise en charge est assurée dans les indications suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - création de fistules artério-veineuses, - artériopathie oblitérante sous-poplitée sévère, notamment après surinfection de prothèses synthétiques, - maladie de Lapeyronie. <p>La prise en charge est assurée pour les greffons de veine saphène suivants :</p>	
3394034	Allogreffe vasculaire, veine saphène, cryoconservée. Date de fin de prise en charge : 15 septembre 2015.	1 559,29 €
3333073	Allogreffe vasculaire, veine saphène, non cryoconservée BIOPROTEC. Allogreffe vasculaire de veine saphène conservée entre + 2 et + 8° C. Date de fin de prise en charge : 15 septembre 2015.	2 057,25 €
	<p>Autre allogreffe vasculaire (artère ou veine autre que veine saphène)</p> <p>Les greffons les plus fréquemment prélevés sont les greffons aortiques (aorte thoracique ou abdominale), les artères iliaques, axe ilio-fémoral, axe fémoro-poplitée, carrefour aorto-bi-iliaque +/- artère fémorale +/- aorte abdominale. Les artères sont prélevées au bloc opératoire chez des sujets en état de mort encéphalique.</p> <p>La prise en charge des greffons artériels est assurée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - lors de pontage en milieu infecté, - lors de reprise de pontage après infection, - pour les pontages sous-poplités en l'absence de veine autologue. <p>La prise en charge est assurée pour les greffons, artère ou veine autre que veine saphène suivants :</p>	
3318151	Allogreffe vasculaire, non saphène, cryoconservée. Date de fin de prise en charge : 15 septembre 2015.	1 559,29 €
3363252	Allogreffe vasculaire, non saphène, cryoconservée, AP-HP, SAINT-LOUIS PARIS. Date de fin de prise en charge : 15 septembre 2015. Allogreffe vasculaire non saphène de la banque de tissus de l'hôpital SAINT-LOUIS.	2 300,00 €

¹⁶ http://www.codage.ext.cnamts.fr/codif/tips/index_presentation.php?p_site=AMELI

2. CELLULES SOUCHES HEMATOPOÏÉTIQUES

2.1. PRÉLÈVEMENT DE SANG PLACENTAIRE

Le sang placentaire représente l'une des trois sources de cellules souches hématopoïétiques (CSH) utilisées en allogreffe de cellules souches hématopoïétiques. Les prélèvements sont effectués au sein de maternités autorisées, qualifiés pour une fraction d'entre eux en greffons et conservés par des banques de tissus/cellules (unités de thérapie cellulaire).

Piloté par l'Agence de la biomédecine, le réseau français de sang placentaire (RFSP) s'est accompagné d'une restriction importante du réseau à l'issue des deux Plans Cancers puisqu'il est passé de 11 banques de sang placentaire et 76 maternités en octobre 2013, à 6 banques et 33 maternités début 2015 et 5 banques (2 EFS et 3 CHU) et 27 maternités à la fin de l'année 2017. En 2019 elle est constituée de 5 banques et de 22 maternités.

Des objectifs quantitatifs de prélèvement par maternité sont fixés annuellement par l'Agence de la biomédecine dans le cadre du RFSP. Ces objectifs quantitatifs se doublent d'un critère de richesse cellulaire des unités stockées, plus exigeant, afin d'augmenter l'accès et le succès de ce type d'allogreffes de CSH pour des patients adultes.

A compter de 2015, le financement du RFSP s'articule ainsi :

- le prélèvement de sang placentaire est financé via une mission d'intérêt général, ou MIG (voir encadré ci-dessous) versée aux maternités des secteurs public et privé qui effectuent la collecte de sang de cordon, et ce quel que soit le statut de la banque de sang placentaire de rattachement de cette maternité ;
- les banques de sang placentaire continuent de percevoir le produit financier des cessions d'USP (en France ou à l'international), préalablement enregistrées dans la base de données du RFGM et répondant aux critères qualités fixés par la RFSP actuellement en vigueur.

MIG « prélèvement de sang placentaire » créée en 2015

Cette MIG¹⁷ a pour vocation le financement des prélèvements de sang placentaire au sein des maternités du RFSP. Elle permet de compenser les surcoûts non facturables à l'assurance maladie imputables aux missions suivantes :

- l'information des femmes et le recueil du consentement,
- l'administration, la gestion et la traçabilité du prélèvement,
- le prélèvement du sang de cordon (dont kit de prélèvement et petits consommables),
- le suivi post prélèvement (suivi de l'état de santé de l'enfant (J+1) et la traçabilité : récupération des informations de la consultation post natale de la mère et des résultats des examens obligatoires de l'enfant (à J + 2 mois pour l'ouverture des droits aux allocations familiales).

Depuis 2018, **une subvention est accordée aux Banques de sang placentaire actives**. Cette subvention est évaluée en fonction des charges de production des USP et des recettes de cession. Le montant versé par banque dépend chaque année, de l'enveloppe allouée par la tutelle à cette activité.

Le montant de la MIG est calculé en fonction de l'activité de prélèvement réalisée l'année N-1 par l'établissement de santé, et modulé selon le taux de prélèvement avec un volume > 80ml, cf. tableau page suivante.

¹⁷ Libellé officiel de la MIG J 04 JPE : « Les prélèvements et stockage de sang placentaire », arrêté du 4 mars 2017 fixant la liste des programmes, actions, actes et produits financés au titre des missions d'intérêt général.

Modulation du montant de la MIG selon le taux de prélèvements dont le volume est > à 80 ml

Taux de prélèvement > 80 mL	Modulation
< 40%	-25%
[40% à 50%[-5%
[50% à 60%[+5%
≥ 60%	+15%

Chacune des maternités membre du RFSP et dûment autorisée pour cette activité par l'Agence Régionale de Santé après avis de l'Agence de la biomédecine bénéficie de cette MIG. Elle est préalablement informée, par l'Agence de la biomédecine, des objectifs attendus en termes de nombre et de qualité des prélèvements de sang placentaire, et est évaluée, quantitativement et qualitativement, en fin d'année. Le nombre de maternités impliquées dans le RFSP, ainsi que le nombre de prélèvements annuels par maternité, sont donc susceptibles d'évoluer dans le temps.

En 2018, 22 maternités ont été financées (au titre des prélèvements effectués en 2017).

2.2. PRÉLÈVEMENT DE DONNEURS DE CELLULES SOUCHES HÉMATOPOÏÉTIQUES

Le prélèvement de CSH sur donneur vivant au cours d'une hospitalisation est financé par les tarifs du GHM 16M07 : « Donneurs de moelle » (qu'il s'agisse de cellules du sang périphérique ou de moelle osseuse).

Tableau 20 : Tarifs des secteurs public et privé des forfaits GHS pour les donneurs de CSH

GHS	GHM	Libellé GHM	Secteur public				Secteur privé			
			Séjour-GHM 2018	DMS-GHM 2018	Tarif GHS 2019	Evolution tarifs 2018-19	Séjour-GHM 2018	DMS-GHM 2018	Tarif GHS 2019	Evolution tarifs 2018-19
6164	16M071	Donneurs de moelle, niveau 1	810	2,46	1 157,74 €	0,11%	-	-	812,67 €	-0,23%
6165	16M072	Donneurs de moelle, niveau 2	6	6,95	2 399,16 €	0,11%	-	-	1 612,86 €	-0,23%
6166	16M073	Donneurs de moelle, niveau 3	0	13,92	3 982,32 €	0,11%	-	-	2 481,58 €	-0,23%
6167	16M074	Donneurs de moelle, niveau 4	0	20,43	5 414,80 €	0,11%	-	-	3 084,20 €	-0,23%

Remarque : Les séjours de prélèvement CSH en vue d'un don sont facturables à l'assurance maladie (séjour PMSI du donneur) depuis la publication du décret du 24 février 2009 (article R. 1211-8 du CSP), qui abroge l'interdiction de demande de prise en charge (levée d'anonymat).

2.3. ALLOGREFFE DE CSH

Depuis 2012, les allogreffes de CSH ont été différenciées dans la classification PMSI afin de les distinguer

- en fonction du type de greffe : apparentée *versus* non apparentée,
- et du type de greffon utilisé : greffon de MO ou CSP, *versus* unité(s) de sang placentaire.

On rappelle que le coût des greffons a été intégré dans le FAG en 2012 (voir Tableau 22).

Tableau 21 : Tarifs GHS pour allogreffe de CSH (secteur public¹⁸)

GHS	GHM	Libellé GHM (plaquette)	Secteur public				
			Séjour-GHM 2018	DMS-GHM 2018	Tarif GHS 2018 (en €)	Tarif GHS 2019	Evolution tarifs 2018-19
8970	27Z021	Allogreffes de cellules souches hématopoïétiques, niv. 1	39	12,46	12 735,57 €	12 750,16 €	0,11%
8971	27Z022	Allogreffes de cellules souches hématopoïétiques, niv. 2	336	27,66	26 602,54 €	26 633,01 €	0,11%
8972	27Z023	Allogreffes de cellules souches hématopoïétiques, niv. 3	317	36,87	50 492,78 €	50 550,61 €	0,11%
8973	27Z024	Allogreffes de cellules souches hématopoïétiques, niv. 4	1321	51,65	69 525,08 €	69 604,70 €	0,11%
8977	27Z03Z	Autogreffes de cellules souches hématopoïétiques	3407	20,53	18 560,92 €	18 758,88 €	1,07%
8976	27Z04J	Greffes de cellules souches hématopoïétiques, en ambulatoire	404	0	981,00 €	982,63 €	0,17%

2.4. FORFAIT ANNUEL GREFFE (CSH)

Les montants du FAG CSH 2017 sont identiques à ceux de 2016.

Le FAG est alloué une fois par an aux établissements autorisés à l'allogreffe de CSH sur la base de l'activité réalisée au cours de l'année « N-1 ». Il est calculé par le pôle OFAS de l'Agence de la biomédecine et notifié par les ARS l'année « N ».

Sa composante CSH permet la prise en charge des activités transversales à l'allogreffe telles que :

- l'inscription des patients en attente sur le RFGM et les registres internationaux,
- les typages HLA des donneurs, apparentés ou non apparentés,
- la recherche sur les registres d'un donneur non apparenté,
- les médicaments facteurs de croissance des donneurs apparentés et non apparentés,
- l'achat des greffons de MO ou sang périphérique, et d'USP, nationaux et internationaux,
- la prise en charge du donneur vivant (bilans, typage HLA, remboursement des transports et restauration),
- la coordination de la greffe,
- les missions d'études cliniques.

Depuis 2013, le FAG finance également les missions d'études cliniques.

¹⁸ Seuls des établissements publics CHU ou centre de lutte contre le cancer (ESPIC) sont autorisés à l'allogreffe de CSH.

Tableau 22 : Montant du FAG CSH

FAG CSH 2019	
Valorisation à l'unité des allogreffes apparentées de CSH, à partir de MO ou de CSP ou d'USP	5 278 €
Valorisation à l'unité des allogreffes non apparentées de CSH, à partir de MO ou de CSP	17 294 €
Valorisation à l'unité des allogreffes non apparentées de CSH, à partir d'USP	36 045 €



Financement des missions d'études cliniques : évolutions du forfait FAG CSH

Selon le même principe que pour le FAG organe, le FAG CSH a été revalorisé en 2013 afin d'intégrer les missions d'études cliniques sur la base du résultat suivant : 1 poste à temps plein est nécessaire pour assurer les missions de saisie et de traitement des données relatives aux greffes dans un service réalisant 120 greffes par an et suivant 1 200 porteurs de greffons.

Le montant du FAG CSH étant alloué **pour chaque allogreffe**, et non par tranche de 10, il a été **revalorisé de 370 €** pour chacun des trois types de greffes.



Exemple de calcul du FAG CSH pour un établissement

Soit un site de greffe de CSH, qui réalise l'année « N -1 » :

- 18 allogreffes apparentées,
- 10 allogreffes non apparentées à partir de MO et 5 à partir de CSP,
- 23 allogreffes non apparentées à partir d'USP.

Quelle que soit l'origine des donneurs, au titre du FAG CSH, l'établissement greffeur percevra en début de campagne budgétaire de l'année « N » un montant de : $[18 \times 5\,278 \text{ €}] + [(10 + 5) \times 17\,294 \text{ €}] + [23 \times 36\,045 \text{ €}]$, soit : **1 183 449 €**



1, avenue du Stade de France
93212 Saint-Denis la Plaine cedex
France

www.agence-biomedecine.fr