

MODALITÉS DE FINANCEMENT

**DES ACTIVITÉS DE PROCRÉATION
EMBRYOLOGIE ET GÉNÉTIQUE HUMAINES
ET DE PRÉLÈVEMENT ET GREFFE D'ORGANES**



Ce document reprend les dispositifs de financement de la nouvelle campagne tarifaire 2009 en mettant l'accent sur les évolutions qui touchent le prélèvement et la greffe d'organes et la PEGH à travers la T2A.

Les changements les plus significatifs sont imputables au passage à la version **11** de la classification des séjours MCO qui constitue une vraie évolution par rapport à la version antérieure (V10C). De nouveaux groupes homogènes de malades ont été créés et les groupes ont été divisés en 4 niveaux de sévérité.

→ Sommaire

Editorial	2
1/ → Préambule	3
2/ → La nouvelle classification des séjours en médecine, chirurgie et obstétrique	4
2/1 Les groupes homogènes de malades (GHM) sont divisés en 4 niveaux de sévérité	4
2/2 Le codage des diagnostics	5
2/3 Le codage des actes.....	5
3/ → Le financement du prélèvement et de la greffe	5
3/1 Le forfait spécifique pour la Coordination des Prélèvement d'Organes (CPO)	6
3/2 Le forfait de prélèvement d'organes (PO)	8
3/3 Le tarif de prestation de transplantation d'organes	8
3/4 Les tarifs en phase post-greffe	10
3/5 Le forfait annuel greffe (FAG)	11
3/6 Le tarif d'allogreffe de cornée	11
4/ → Le financement de l'Assistance Médicale à la Procréation	12
4/1 La stimulation	12
4/2 La ponction folliculaire	13
4/3 La préparation des gamètes au laboratoire et la mise en fécondation	13
4/4 Le transfert embryonnaire	14
4/5 La congélation embryonnaire	14
4/6 Le nouveau GHM d'assistance médicale à la procréation	16
5/ → Le financement des activités de procréation, embryologie et génétique humaines (PEGH) par les MIGAC	16
5/1 La collecte, la conservation et la distribution des produits d'origine humaines	17
5/2 La biologie génétique et moléculaire	17
5/3 Les consultations génétiques	17
5/4 Les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN)	17
Abréviations utilisées	18
Arbre décisionnel de la transplantation d'organes	19
Bibliographie	20



Édito

Dans le contexte budgétaire de plus en plus contraint auquel sont confrontés les établissements de santé, l'Agence de la biomédecine doit appuyer et aider les professionnels en charge, dans les établissements, des activités de soins dont le législateur lui a confié la responsabilité par la loi de bioéthique de 2004, en particulier la greffe, l'assistance médicale à la procréation et la génétique.

La complexité croissante des mécanismes de financement (GHS, MIGAC, Forfaits,...) ainsi que la récente évolution de la Tarification à l'activité (T2A) avec une nouvelle version (V11) de la classification des Groupes Homogènes de Malades rend plus que jamais nécessaire la connaissance de ces outils de gestion hospitalière. Après la parution d'un guide de codage de la transplantation d'organes, parrainé par la Société Francophone de transplantation, qui expose de manière concrète les principes du codage en transplantation, l'Agence de la biomédecine a souhaité aider les professionnels hospitaliers en les informant de manière concrète sur le financement de cette activité de soins. Concernant la procréation, l'embryologie, la génétique humaine, les premiers travaux menés avec les professionnels ont mis en évidence que les mécanismes tarifaires devaient être améliorés afin de prendre en compte l'aspect transversal et multidisciplinaire des parcours de soins.

Ce document contient dans une première partie les généralités sur la T2A, puis dans deux parties distinctes présente de manière détaillée, les spécificités des modes de financement appliqués à la greffe et à la reproduction.

Sans se substituer aux spécialistes de ces outils (DHOS, ATIH...), j'espère que ce document d'information pourra faciliter l'exercice de votre métier au sein de la nouvelle gouvernance, et devenir un support de dialogue en interne, en particulier avec les professionnels du département d'information médicale et les gestionnaires de votre établissement.

Emmanuelle PRADA BORDENAVE
Directrice générale

1/ → Préambule

La réforme de la tarification à l'activité (T2A), volet majeur du « plan hôpital 2007 », engagée à partir de 2002, a modifié profondément le mode de financement des établissements de santé publics et privés.

Cette réforme a été voulue pour médicaliser le financement, responsabiliser les acteurs, et doter les établissements d'outils de pilotage médico-économiques. Elle a été mise en place progressivement à partir de 2004 dans les établissements publics, auparavant financés sous dotation globale de financement et dès mars 2005 pour tous les établissements privés sous objectif quantifié national. **La T2A est donc le mode de financement commun, se substituant à deux modes de financement coexistants :**

- la dotation globale annuelle pour les établissements publics ou participant au service public hospitalier et,
- la facturation de prestations hospitalières et d'actes dans le cadre d'un objectif quantifié national annuel pour les cliniques privées.

Ce mode de financement repose sur une tarification forfaitaire de l'activité produite par les établissements. Il fonde ainsi l'allocation de leurs ressources sur le volume et la nature de leur activité. **Il comporte deux volets complémentaires qui sont la base du modèle :**

- le financement de l'activité de diagnostic, de traitement et de soins par des tarifs de prestation et des forfaits nationaux,
- la compensation de charges liées à l'accomplissement de missions d'intérêt général par une dotation ad hoc (MIG).

À compter du 1er janvier 2008, le mécanisme de montée en charge de la T2A dans le secteur ex-DG a été aligné sur celui du secteur privé. Les activités de médecine, chirurgie et obstétrique sont valorisées à 100% des tarifs, et la Dotation Annuelle Complémentaire¹ (DAC) a été supprimée. Néanmoins, pour amortir la montée en charge de cette réforme à échéance 2012, un coefficient de transition est appliqué de manière modulée aux tarifs de chaque établissement. S'agissant du secteur privé, la mise en œuvre de la réforme a également été gérée par l'application d'un

coefficient de transition qui devra atteindre la valeur 1 en 2012, afin qu'à cette date l'ensemble des tarifs régionaux soit aligné sur le tarif national.

Les activités des établissements de santé ne se limitent pas à des activités productrices de soins quantifiables à travers les données du PMSI et facturables à l'assurance maladie. Au travers de la création de la dotation MIGAC, le législateur a entendu maintenir, pour tous les établissements publics ou privés, à but lucratif ou non, des sources de financement en dehors du principe général de la tarification à l'activité. Il a reconnu que les ressources d'un certain nombre de missions ne devaient pas être soumises aux variations de l'activité réalisée.

Ces financements concernent des activités² qui sont difficilement identifiables par patient (ex : actions de prévention, dépistage) ou qui nécessitent une permanence quel que soit le niveau effectif d'activité (ex : SAMU, centres anti-poison, équipes mobiles de liaison).

Ainsi les modalités d'allocation de ressources s'articulent en 6 grandes catégories :

- le paiement au séjour (Groupes Homogènes de Séjours, GHS),
- le paiement des actes et consultations externes,
- le paiement en sus des GHS de produits de santé (certains médicaments et dispositifs médicaux),
- l'attribution de forfaits annuels,
- les missions d'intérêt général (MIG),
- l'aide à la contractualisation (AC).

Rappel

Pour bénéficier d'un paiement au séjour, les établissements de santé réalisent un recueil d'informations médico-administratives à travers le PMSI pour les prises en charge en séances et en hospitalisations complètes et partielles MCO (Médecine, Chirurgie et Obstétrique).

Le recueil comporte le codage des actes médico-techniques (selon la CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux) et des diagnostics de la Classification Internationale des Maladies (CIM 10).

¹ Complément de financement à la T2A attribué sous forme de dotation annuelle de 2004 à 2007.

² Ces activités sont définies par arrêté ministériel après le Décret no 2005-336 du 8 avril 2005 fixant les listes des missions d'intérêt général.

Rappel suite

A chaque passage dans une unité médicale, un résumé d'unité médicale (RUM), comportant l'ensemble des informations du PMSI, est produit. Les séjours ainsi codés sont analysés informatiquement (fonction groupage) et ordonnés dans une classification en Groupe Homogène de Malades (GHM) selon les critères décrits au paragraphe ci-dessous. A chacun de ces GHM correspondent un ou plusieurs tarifs (Groupe Homogène de Séjour GHS), source de

financement des établissements³ [1, 2]. Le cas échéant, ce tarif de base est majoré par un supplément journalier de réanimation, de surveillance continue ou de soins intensifs. De même, les tarifs des séjours extrêmes en durée sont minorés, lorsque leur durée de séjour est inférieure à la borne basse, et bénéficient d'un supplément journalier lorsqu'elle est supérieure à la borne haute

Les activités de greffe d'organes et de PEGH, réalisées dans les établissements de santé autorisés, sont soumises à la T2A, comme les autres activités de soins, et bénéficient de plusieurs catégories de financement.

2/ → La nouvelle classification des séjours en médecine, chirurgie et obstétrique

La classification de séjours MCO en vigueur pour la campagne tarifaire 2009 correspond à la version 11 de la classification des GHM. Des modifications très significatives ont été apportées par rapport à la version précédente (V10) mise en œuvre de 2006 à 2008 [3]⁴.

2/1 Les groupes homogènes de malades (GHM) sont divisés en 4 niveaux de sévérité

Pour permettre une description plus précise des séjours lourds et une valorisation plus juste, les groupes homogènes se déclinent en 4 niveaux de sévérité et remplacent le découpage précédent en Complications ou Morbidités Associées (CMA) et Complications ou Morbidités Associées Sévères (CMAS).

Ce découpage augmente le nombre de groupe homogène de séjours (GHS) qui passe de 799 à 2291. Chaque groupe est dorénavant composé d'une racine codée⁵ sur 5 caractères, et d'une terminaison, sur un caractère, qui précise le niveau de sévérité.

Pour réaliser ce nouveau découpage, les diagnostics de la CIM10 ont été testés statistiquement comme facteurs

explicatifs de l'augmentation de la durée de séjour. Ces travaux ont permis de définir 3 niveaux de sévérité : les niveaux 2, 3 et 4, le niveau 1 correspondant aux séjours sans complication ni morbidité associée.

D'autres critères, comme l'âge et la durée de séjour, ont été ajoutés pour définir les niveaux de sévérité.

Les modalités de groupage correspondent, grosso modo, aux règles suivantes :

- **niveau 1** : séjours sans CMA
- **niveau 2** : séjours d'au moins 3 jours (avec une CMA de niveau 2 ou sans CMA mais avec une sortie par décès)
- **niveau 3** : séjours d'au moins 4 jours et avec une CMA de niveau 3
- **niveau 4** : séjours d'au moins 5 jours et avec une CMA de niveau 4

Si la durée de séjour est inférieure au minimum requis, le séjour est rétrogradé d'un niveau. Enfin, l'âge joue également le rôle de CMA pour environ la moitié des racines. Lorsque l'âge du patient est inférieur à 2 ans, ou supérieur à 69 ou 79 ans⁶, le résumé de séjour monte d'un niveau de sévérité. Ces règles ne s'appliquent pas systématiquement à tous les niveaux et ne concernent

³ Arrêté du 27 février 2009 fixant pour l'année 2009 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie

⁴ Ce paragraphe présente succinctement les axes majeurs de la V11, dont la présentation intégrale a fait l'objet d'une publication aux Bulletins officiels spéciaux ; en particulier le chapitre 3 du volume 1 du manuel des GHM présente la version 11 de manière détaillée

⁵ Parce que le nombre de niveaux de sévérité est augmenté et qu'ils sont appliqués de manière beaucoup plus systématique, la description de l'activité médicale par le GHM est devenue trop fine, sans apporter pour autant une information supplémentaire : c'est pourquoi l'activité médicale est maintenant décrite par la racine de GHM, qui correspond aux cinq premiers caractères du numéro de GHM. Les deux premiers chiffres désignent la CMD, la lettre correspond à la sous-CMD chirurgicale, technique non opératoire, médicale ou indifférenciée, et les deux derniers chiffres identifient le numéro d'ordre de la racine dans la sous-CMD.

⁶ En V10c le critère d'âge utilisé concernait les patients de plus de 65 ans uniquement.

pas la Catégorie Majeure Transplantation d'Organes (CM27), les racines de surveillance et de suivi post greffe, la ponction d'ovocytes et les GHM médicaux de procréation (voir paragraphes ci-dessous).

En dehors du critère d'âge, ces évolutions impactent directement l'activité de transplantation d'organes. Dorénavant les séjours seront financés selon quatre tarifs différents pour un seul type de transplantation. L'existence des niveaux de sévérité renforce le besoin de décrire, de façon exhaustive, les diagnostics et les actes médicaux en lien avec le séjour. Les écarts entre ces tarifs étant importants, de 1 à 3 entre les deux niveaux extrêmes et parfois plus, les résultats économiques de l'activité de transplantation seront directement liés à la qualité du codage des diagnostics associés.

Il en est de même pour l'activité de surveillance et de suivi des greffes de cœur, rein poumon, foie et pancréas, car les GHM correspondants ont été définis selon les mêmes modalités.

Concernant l'assistance médicale à la procréation, le GHM de prélèvement d'ovocytes n'est pas sous-divisé en V11. En revanche, 1 racine de **GHM d'assistance médicale à la procréation** est créée avec 4 niveaux de sévérité.

2/2 Le codage des diagnostics

Le diagnostic principal du séjour (DP) permet d'orienter le séjour dans toutes les catégories majeures⁷ (CM) de la classification, à l'exception de la catégorie des séjours en erreur et de celle relative à la transplantation

d'organe pour laquelle c'est l'acte chirurgical de transplantation qui est classant.

L'évolution de la classification s'est accompagnée d'une redéfinition de l'usage des diagnostics de la CIM10 [4]. Le DP reste rétrospectif et doit être codé à la fin du séjour, mais il ne correspond plus au problème de santé qui a sollicité le plus de moyen. Il fait référence au problème de santé du patient au moment de son entrée dans l'établissement ou dans l'unité, en cas de séjour multi-unités [4]. Un évènement morbide survenant au cours du séjour ne peut donc être le DP, quelle que soit sa gravité.

Le diagnostic associé significatif (DAS) décrit un problème de santé supplémentaire ou une complication qui majore l'effort de soin. Il est utilisé dans la fonction groupage pour déterminer le niveau de sévérité des séjours (2, 3 ou 4).

2/3 Le codage des actes

Seuls les actes réalisés au cours du séjour, entre les dates d'admission et de sortie, peuvent être enregistrés dans le résumé d'unité médicale (RUM). Cette règle ne connaît qu'une exception : **les prélèvements d'organes et de tissus chez les patients décédés**. Dans leur cas seulement, les actes effectués le lendemain du décès peuvent être enregistrés dans le RUM.

Enfin, rappelons que pour la Catégorie Majeure (CM27) Transplantation d'organes, ce n'est pas un diagnostic qui oriente un RSS dans cette CM, mais un acte de transplantation⁸.

3/ → Le financement du prélèvement et de la greffe

Les activités de prélèvement et de greffe d'organes, réalisées dans les établissements de santé autorisés, sont soumises à la T2A, comme les autres activités de soins, et bénéficient de plusieurs catégories de financement.

Les activités de prélèvement et de greffe d'organes sont financées pour partie par des tarifs nationaux opposables à l'assurance maladie et publiés par arrêtés annuels du Ministre en charge de la Santé.

Ceux-ci concernent le secteur public et le secteur privé à but lucratif⁹ à l'exception des tarifs des séjours de transplantation (CM27) car, conformément à la réglementation actuelle, les cliniques privées ne

sont pas habilitées à réaliser des greffes d'organes.

En effet, ces activités ne se résument pas au financement des Groupes Homogènes de Malades (GHM) par un tarif national de prestation, mais bénéficient d'un ensemble de mécanismes qui permettent de financer les différentes étapes du processus : de l'inscription du receveur en liste nationale d'attente jusqu'à son suivi post-greffe.

Comme toutes les maladies chroniques, la prise en charge du futur greffé ne peut se concentrer sur un ou plusieurs séjours hospitaliers, d'autant plus que l'activité de greffe est liée de manière évidente à l'activité de recensement des donneurs potentiels et de prélèvement d'organes.

⁷ Les catégories majeures sont le premier niveau de classement des RSS. Elles correspondent le plus souvent à un système fonctionnel (affections du système nerveux, de l'œil, de l'appareil respiratoire...) et sont alors dites catégories majeures de diagnostic (CMD) car c'est en général le diagnostic principal (DP) du RSS, qui détermine le classement.

⁸ Voir volume 2 du Bulletin officiel No 2009/4 bis Fascicule spécial MANUEL DES GROUPES HOMOGÈNES DE MALADES 11e version de la classification Version 11.11 de la fonction groupage Volume 2.

⁹ Concernant les tarifs du secteur privé lucratif, il est important de préciser qu'ils ne financent pas l'intégralité du coût de la prise en charge car les honoraires médicaux ne sont pas inclus. Ils sont payés par ailleurs par l'assurance maladie, via la déclaration des actes CCAM.

3/1 Le forfait spécifique pour la Coordination des Prélèvements d'Organes (CPO)

Il est nécessaire de rappeler que l'amélioration de la réponse aux besoins de greffe d'organes ne pourra se réaliser qu'à condition de favoriser l'organisation du prélèvement afin que « tous les établissements de santé qu'ils soient autorisés ou non participent à l'activité de prélèvement d'organes en s'intégrant dans des réseaux de prélèvement » [5].

En effet, l'activité de greffe d'organes est dépendante des activités de recensement des donneurs cadavériques et de prélèvement d'organes réalisées dans chaque interrégion sous l'égide de l'Agence de la biomédecine.

La première année de la mise en place de la Tarification à l'activité en 2004 a coïncidé avec la fin du plan greffe 2000-2003. Ce plan a permis la mise en place de ressources humaines spécifiques (postes de Techniciennes d'Etudes Cliniques et de professionnels médicaux et paramédicaux) affectées à l'activité de prélèvement d'organes et de tissus dont les missions principales sont centrées sur le recensement des donneurs potentiels et l'organisation de l'activité de prélèvement [6]. La pérennisation des budgets du plan greffe s'est concrétisée en 2004 par la création d'un forfait spécifique pour la Coordination des Prélèvements d'Organes (CPO). Ce forfait est décrit dans la circulaire relative à la campagne budgétaire pour 2004 des établissements sanitaires financés par dotation globale [7] : il couvre la coordination des prélèvements et, en particulier, les charges de rémunération des personnels concernés ainsi que le coût des astreintes. Il est versé intégralement aux établissements autorisés depuis sa création.

Ce financement annuel est décliné en 6¹⁰ niveaux selon la nature des autorisations et des missions des établissements et selon l'activité de recensement des donneurs [8] (Les montants en dépenses assurance maladie en 2009 figurent dans le tableau ci-dessous [9]). L'Agence de la biomédecine a mis en place une procédure de validation du recensement des donneurs afin de pouvoir évaluer la position de chaque établissement autorisé vis-à-vis de ce critère. A chaque fin d'année, à partir des données issues du logiciel CRISTAL¹¹, chaque donneur potentiel recensé et validé par le service de régulation et d'appui (SRA) est comptabilisé pour chacun des établissements autorisés. Ce fichier, transmis à la DHOS, donne les indications sur le montant du forfait CPO pour l'année n+1.

En 2008, en France, 168 établissements sont autorisés au prélèvement d'organes et de tissus et 35 établissements uniquement aux prélèvements de tissus. Le budget des forfaits de la coordination prélèvements d'organes (CPO) représente près de 40 millions d'euros.

En 2008, 3 181 donneurs potentiels ont été recensés et 1 563 donneurs ont été prélevés [10]. Depuis 2004, la prise en charge d'un donneur potentiel dans un service de réanimation bénéficie d'un acte marqueur¹² dans la Classification Commune des Actes Médicaux : le codage de cet acte engendre la valorisation d'un supplément en réanimation, lorsque cet acte a été effectué [11]. Il faut souligner que cet acte permet aux établissements non autorisés de coder la prise en charge, dans le cadre de leur participation à l'effort de recensement des donneurs potentiels, comme le souligne la loi de bioéthique (article L. 1231-1 A du code de la santé publique).

¹⁰ Le niveau A2 a été créé en 2008.

¹¹ Gestion de la liste nationale d'attente et de répartition des greffons.

¹² EQMF003 : Suppléance hémodynamique et ventilatoire d'un patient en état de mort encéphalique, en vue de prélèvement d'organe.

Montants des forfaits annuels « coordination des prélèvements d'organe » (CPO)

CPO		
Forfaits	Hypothèses de valorisation normatives	Montants 2009
A+ 20 donneurs recensés + prélèvements de tissus (> 30 cornées ou tissus) + animation du réseau + mission d'études cliniques.	1 ETP médical, 5 ETP non médicaux (dont 2 TEC) et 1 astreinte d'IDE	443 731 €
A2 20 donneurs recensés + prélèvements de tissus (> 30 cornées ou tissus) + au moins 20 organes prélevés par les équipes locales.	1 ETP médical, 3 ETP non médicaux et 1 astreinte d'IDE	326 754 €
A 20 donneurs recensés + prélèvements de tissus (> 30 cornées ou tissus) + animation du réseau.	0,5 ETP médical, 2 ETP non médicaux et 1 astreinte d'IDE	316 754 €
B entre 10 et 20 donneurs recensés + prélèvements de tissus.	0,5 ETP médical, 0,5 ETP non médicaux et 1 astreinte d'IDE	212 698 €
C moins de 10 donneurs recensés (et/ou transfert de donneurs potentiels) + prélèvements de tissus.	0,5 ETP non médicaux	128 352 €
D autorisation de tissus uniquement.		28 421 €

Proposition d'évolution du forfait pour 2010

Pour rendre l'activité de prélèvement de tissus plus attractive pour les coordinations hospitalières et rémunérer avec plus d'équité leur travail, l'Agence de la biomédecine fait des propositions d'évolution des modalités de financement des coordinations. Le forfait en vigueur (CPO) permet d'allouer une enveloppe progressive par palier en fonction du nombre de donneurs recensés et du nombre de cornées prélevées. Mais au regard des résultats 2007, on constate que ce dispositif comporte des effets de seuil qui ne prennent pas suffisamment en compte le nombre de tissus prélevés. L'enquête annuelle 2007 fait état de la faiblesse des prélèvements de tissus sur sujets en mort encéphalique et décédés par arrêt cardiaque. Sur un total de 197 coordinations, 40 ne prélèvent pas de cornées et 178 ne prélèvent pas d'autres tissus (os, épiderme, vaisseaux...).

Le nouveau cahier des charges proposé consisterait à reconduire la structure des forfaits, en les baissant légèrement, et en créant deux suppléments tissus, un pour les cornées et un pour les autres tissus, qui s'appliqueraient

indépendamment et s'ajouteraient à tous les forfaits. Ces nouvelles modalités permettraient de majorer la dotation des coordinations les plus dynamiques et de contenir, voire diminuer, celle des autres. Les politiques de santé ne prévoyant pas dans l'immédiat de progression de l'enveloppe globale, les gains obtenus devraient être compensés par des diminutions.

A titre d'exemple, les simulations en cours prévoient de redistribuer 10% de l'enveloppe totale (environ 40 millions d'euros) au titre du financement des tissus. Dans ces conditions, les deux premiers paliers de supplément seraient fixés à 12 500 euros à partir de 5 donneurs de cornées ou de 5 prélèvements d'autres tissus. A chaque fois que l'établissement accéderait à un niveau supérieur, il bénéficierait d'un palier supplémentaire dont le montant est cependant dégressif pour tenir compte des économies d'échelle. En complément, les forfaits correspondants aux niveaux D, C, B, A, A+ et A2 actuels seraient légèrement diminués pour compenser l'augmentation imputable aux tissus.

3/2 Le forfait de prélèvement d'organes (PO)

En 2005, est créé un tarif de prestations pour les prélèvements d'organes (PO)[12], afin de financer les frais spécifiques de :

- diagnostic de la mort encéphalique,
- mobilisation des équipes, occupation du bloc,
- bilans biologiques, typage HLA du donneur,
- transport du corps,
- conservation des organes.

Après un travail préparatoire en 2003, trois catégories de prélèvements ont été retenues pour l'année 2005.

Par la suite une quatrième catégorie, intégrant les spécificités du prélèvement sur donneur décédé après arrêt cardiaque a été ajoutée en 2007.

Ce tarif de prestation se substitue au système antérieur, selon lequel les établissements pouvaient procéder à des facturations inter-établissements, complexes et inéquitables, puisqu'un greffon prélevé et greffé sur place ne pouvait être facturé à personne, et que les tarifs en vigueur entre établissements étaient très disparates. Ces prestations sont versées à l'établissement après codage sur le RUM du donneur décédé des actes de prélèvement d'organes, codifiées dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM).

Pour favoriser la mobilité des équipes préleveuses, ces prestations sont désormais versées aussi en partie aux établissements dont dépend le chirurgien préleveur (PO5 à PO9) et plus seulement aux établissements où ont été pratiqués les prélèvements (PO1 à PO4) [13].

Listes des forfaits dénommés "prélèvements d'organes" [14]

Descriptions des prélèvements		Versement à	Tarifs 2009
P01	Prélèvements du ou des reins et/ou du foie.	l'établissement siège du prélèvement d'organes	7 321 €
P02	Prélèvements du ou des reins, du foie, du cœur, du pancréas, du ou des poumons et ou de l'intestin, ou prélèvement d'au moins 7 organes.		10 304 €
P03	Autres prélèvements d'organes,		8 473 €
P04	Prélèvements d'organes sur cœur arrêté,		11 240 €
P05	Prélèvement de rein(s)	l'établissement du chirurgien préleveur	404 €
P06	Prélèvement du foie		404 €
P07	Prélèvement de poumon(s)		515 €
P08	Prélèvement de cœur ou du bloc « cœur poumon»		485 €
P09	Prélèvement de pancréas		606 €

3/3 Le tarif de prestation de transplantation d'organes

Comme pour la version précédente, l'activité de transplantation est décrite dans la catégorie majeure 27 (CM27) « transplantation d'organes » de la version 11 de la classification des GHM. L'algorithme de groupage recherche la présence d'un acte classant de transplantation et non un diagnostic principal. La liste d'actes relative aux groupes de la CM n° 27 est disponible sur le site de l'Agence Technique de

l'Information Hospitalière¹³ (www.atih.sante.fr) [3]. Chaque GHM se voit ensuite associé à un tarif opposable à l'assurance maladie (le GHS, pour Groupe Homogène de Séjour).

Les tarifs 2009 de transplantation prévoient de financer chaque séjour de transplantation en fonction de 4 niveaux de sévérité. Les tarifs de 2008 correspondent approximativement aux niveaux 3 de sévérité de 2009 ou un montant entre les niveaux 2 et 3 pour les transplantations cœur-poumons et de reins (voir cases grisées du tableau ci-dessous) [15, 16].

¹³ Voir arbre décisionnel page 19.

Tarifs 2009 des forfaits GHS pour la CM 27 transplantation

Séjours de transplantation	Tarifs 2008	Tarifs 2009	
		Niveaux de sévérité	Tarifs
Foie	37 774 €	1 2 3 4	19 328 € 33 175 € 37 166 € 50 885 €
Pancréas	20 402 €	1 2 3 4	11 451 € 16 946 € 20 785 € 28 194 €
Poumon	47 117 €	1 2 3 4	18 899 € 34 800 € 43 367 € 62 951 €
Cœur poumon	61 870 €	1 2 3 4	22 679 € 41 760 € 52 040 € 75 541 €
Cœur	38 220 €	1 2 3 4	19 039 € 25 014 € 40 357 € 56 959 €
Cœur+ assistance	58 320 €	1 2 3 4	38 390 € 44 365 € 59 708 € 76 310 €
Rein	15 275 €	1 2 3 4	12 567 € 14 278 € 21 147 € 26 387 €
Autres	58 669 €	1 2 3 4	25 760 € 44 215 € 59 875 € 74 713 €

Séjours de transplantation	Tarifs 2008	Tarifs 2009	
		Niveaux de sévérité	Tarifs
Allogreffe de cellules souches	56 041 €	1 2 3 4	21 085 € 29 486 € 60 331 € 78 479 €
Autogreffe de cellules souches	6 275 €		6 042 €
< 11 jours	21 191 €		20 670 €
> 11 jours		Ambulatoire	1 158 €

3/4 Les tarifs en phase post-greffe

Les GHM relatifs à la surveillance des patients porteurs d'une greffe de cœur ou de rein ont été conservés dans la version 11.

Les racines correspondantes sont éligibles aux 4 niveaux de sévérité (sans critère d'âge) et un GHM décrivant une activité ambulatoire à été créé pour la racine 05K15 : « Surveillances de greffes de cœur avec acte diagnostique par voie vasculaire ».

Tarifs 2009 des forfaits GHS pour la CM 27 transplantation

Séjours de suivi de greffe	Tarifs 2008		Niveaux de sévérité	Tarifs 2009	
	Privé	Public		Privé	Public
Surveillances de greffes de cœur avec acte diagnostique par voie vasculaire	845 €	1 056 €	1	1 093 €	1 619 €
			2	1 770 €	3 129 €
			3	2 231 €	4 708 €
			4	3 191 €	6 701 €
			Ambulatoire	919 €	936 €
Surveillances de greffes de coeur sans acte diagnostique par voie vasculaire	388 €	790 €	1	530 €	771 €
			2	1 145 €	1 678 €
			3	1 496 €	2 394 €
			4	1 763 €	3 349 €
Surveillances de greffes de rein	362 €	678 €	1	423 €	808 €
			2	1 565 €	2 987 €
			3	2 265 €	4 357 €
			4	3 414 €	5 424 €

Trois autres racines de surveillance sont également créées pour la greffe de poumon, d'appareil digestif et de foie et pancréas.

Contrairement aux deux autres, la racine pour l'appareil digestif (suivi de greffes de l'appareil digestif) n'est pas éligible aux 4 niveaux de sévérité.

Séjours de suivi de greffe	Niveaux de sévérité	Tarifs 2009	
		Privé	Public
Suivi de greffes pulmonaire	1	522 €	807 €
	2	1 288 €	2 052 €
	3	1 637 €	2 810 €
	4	1 910 €	3 900 €
Suivi de greffes de l'appareil digestif		603 €	2 046 €
Suivi de greffes de foie et de pancréas	1	401 €	738 €
	2	804 €	3 354 €
	3	1 047 €	4 722 €
	4	1 526 €	6 476 €

3/5 Le forfait annuel greffe (FAG)

Les activités connexes à la greffe d'organes se caractérisent par des besoins organisationnels et médico-sociaux importants qui sont assurés par des acteurs multiples. La greffe d'organe exige, par exemple, une permanence des soins, assurée par l'équipe multidisciplinaire, et des déplacements fréquents hors site des équipes de préleveurs [17].

Pour permettre aux établissements de santé de pérenniser ces moyens, un forfait annuel spécifique a été créé en 2005 pour couvrir les charges imputables aux activités [18] :

- d'assistant de transplantation (coordination de l'activité de transplantation),
- d'animation de réseau ville-hôpital,
- de suivi des greffés par des psychologues, des diététiciennes et des assistantes sociales,

- d'astreintes de chirurgiens, d'anesthésistes et d'infirmiers,
- de programmation des donneurs vivants,
- et le cas échéant, de déplacements des équipes de prélèvement.

Dans le cadre de la refonte du forfait en 2007, ces activités transversales ont été réévaluées en distinguant les moyens nécessaires à l'activité des équipes de greffe de ceux à consacrer aux patients inscrits et aux donneurs vivants. Dans sa nouvelle version, ce forfait intègre le financement des examens relatifs au typage HLA, et du remboursement des frais engagés pour les donneurs vivants (hébergement, transport des donneurs et indemnisation des pertes de rémunération) [19]. Le périmètre du FAG a également été élargi aux missions relevant des activités de greffe de cellules souches hématopoïétiques.

Montants des forfaits annuels « transplantation d'organes et de greffe de cellules souches hématopoïétiques » (FAG)

FAG 2009	Rein	Autres organes
Par tranche de 10 greffes (avec un minimum de 5 greffes)	36 672 €	32 088 €
Par tranche de 10 patients inscrits (avec un minimum de 5 greffes)	9 397 €	8 480 €
Par tranche de 5 donneurs vivants (moyenne sur 3 années elle doit au moins être égale à 1)	22 920 €	
La tranche des 10 premiers allogreffes de moelle	45 840 €	
Par tranche de 10 allogreffes de moelle, après la première tranche	91 680 €	

3/6 Le tarif d'allogreffe de cornée

L'allogreffe de cornée est un séjour chirurgical de la CM2 : « Affections de l'œil ». Les évolutions en V11 concernent le GHM en hospitalisation qui est divisé en 4 niveaux de sévérité en incluant le critère d'âge.

Séjours allogreffe de cornée	Tarifs 2008		Niveaux de sévérité	Tarifs 2009	
	Privé	Public		Privé	Public
Allogreffes de cornée	3 879 €	4 455 €	1	3 300 €	3 466 €
			2	4 592 €	4 751 €
			3	8 395 €	7 146 €
			4	14 150 €	11 646 €
Allogreffes de cornée, en ambulatoire	3 289 €	2 725 €	Ambulatoire	2 742 €	2 869 €

4/ → Le financement de l'Assistance Médicale à la Procréation

L'assistance médicale à la procréation (AMP) répond au projet parental d'un couple (Art., L., 2141-2 du Code de la santé publique). Elle s'entend des pratiques cliniques et biologiques permettant la conception in vitro, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle, ainsi que toute technique d'effet équivalent permettant la procréation en dehors du processus naturel (Art., L., 2141-1 du Code de la santé publique). Comme les autres activités de soins, l'activité d'AMP des établissements de santé autorisés à cet effet est soumise à la T2A et bénéficie de plusieurs catégories de financement. Elle est, pour l'essentiel, une activité ambulatoire qui repose sur des consultations spécialisées réalisées dans des centres autorisés avec des examens biologiques et échographiques planifiés.

Les recettes sont donc en majorité issues d'une activité externe de consultations, d'actes de laboratoires tarifés par la NABM ainsi que d'actes cliniques inscrits à la CCAM. Après étude du bilan d'infertilité et discussion au sein de l'équipe pluridisciplinaire, un parcours d'assistance médicale à la procréation adapté à la situation et intégrant

des éléments relatifs à l'âge et à la durée de l'infertilité est proposé. Le processus de prise en charge se décompose en plusieurs étapes qui génèrent des actes médico-techniques et des consultations cliniques qu'il est possible de facturer par le biais des lettres clés et des nomenclatures d'actes.

Les tableaux ci-dessous présentent les 6 étapes réalisées au cours d'un cycle de fécondation in vitro¹⁴ et les moyens de financement associés aux différents actes. La liste n'est pas exhaustive mais se concentre sur les actes les plus usuels.

4/1 La stimulation

L'objectif du traitement hormonal administré par injection est d'une part d'obtenir le développement simultané de plusieurs follicules et d'autre part de pouvoir prélever des ovocytes avant l'ovulation. Ce traitement est surveillé de façon adaptée par des échographies et des dosages hormonaux.

Types d'actes	Nomenclature	Actes et lettres-clés	Tarifs 2009
Consultations spécialisées	Actes externes	CS	28
Dosages hormonaux*	NABM	L,H, (SANG) ESTRADIOL (FEMME) (E2) (SANG) PROGESTERONE (PG) (SANG) oui	65 B 65 B 65 B
Echographies de suivi de stimulation**	CCAM	ZCQM007 Échographie du petit bassin [pelvis] féminin pour surveillance de l'ovulation ZCQM009 Écho-doppler du petit bassin [pelvis] féminin pour surveillance de l'ovulation	37,8 € 42,25 €
Monitoring de stimulation ***	CCAM	YYYY032 induct, ovulation par gonadotrop,+insémination artif/fécond, in vitro	61,44 €

* cotation NABM surveillance

** 3 actes d'échographie sont facturables au maximum par cycle

*** Le tarif comprend la prise en charge de toutes les consultations et du monitoring clinique (examens cliniques durant le cycle monitoré, réception et interprétation des dosages et des échographies, prescriptions adaptées).

Lorsque les follicules sont matures, le déclenchement de l'ovulation est prescrit à un horaire précis, ce qui détermine aussi l'horaire de la ponction folliculaire.

¹⁴ La technique est dite "in vitro" puisque la fécondation se passe à l'extérieur du corps de la femme.

4/2 La ponction folliculaire

Elle est réalisée par voie vaginale sous contrôle échographique, et sous anesthésie ou analgésie générale ou locale.

Dans la majorité des cas, la ponction ovocytaire se passe au cours d'une hospitalisation de courte durée et donne lieu à la facturation d'un GHS mais peut également être réalisée sous anesthésie locale lors de consultations externes.

Dans ce deuxième de cas, l'établissement ne peut pas bénéficier du tarif de prestation normalement alloué pour ce type de séjour ambulatoire (voir tableau ci-dessous). Il a, en revanche, la possibilité de déclarer l'acte de ponction « JJFJ001 » mais sans bénéficier de forfait sécurité et environnement hospitalier¹⁵ qui ne compte pas dans sa liste cet acte¹⁶.

Types d'actes	Nomenclature	Actes et lettres-clés	Tarifs 2009
Ponction folliculaire	CCAM	JJFC011 - Prélèvement d'ovocytes sur un ou deux ovaires, par coelioscopie JJFJ001 - Prélèvement d'ovocytes sur un ou deux ovaires, par voie transvaginale avec guidage échographique	GHS 85,29 €

Les tarifs de prestation associés au GHM « Prélèvement d'ovocytes » **en ambulatoire** ont sensiblement évolué. Dans le secteur public¹⁷ le tarif augmente de 2% (1181,24 → 1204,94) entre 2008 et 2009 et baisse de 1,8% dans le secteur privé (350,91 → 344,56)¹⁸.

4/3 La préparation des gamètes au laboratoire et la mise en fécondation

Les spermatozoïdes et les ovocytes sont préparés en amont de la fécondation.

Les liquides folliculaires contenant les ovocytes sont transmis au laboratoire.

Le sperme est recueilli et préparé au laboratoire le jour de la ponction ovarienne. Dans des situations particulières, des spermatozoïdes préalablement congelés seront utilisés. Les paillettes sont décongelées le jour de la ponction afin de récupérer des spermatozoïdes mobiles.

La fécondation in vitro classique

Les spermatozoïdes préparés sont simplement déposés au contact des ovocytes dans une boîte de culture contenant un milieu liquide nutritif et placée dans un incubateur à 37°C. Les spermatozoïdes mobiles viennent spontanément, sans aide extérieure, au contact de l'ovocyte. Mais un seul spermatozoïde fécondera celui-ci.

La fécondation in vitro avec ICSI (Intra Cytoplasmic Sperm Injection) consiste en l'injection d'un seul spermatozoïde dans l'ovocyte. L'ICSI impose une préparation spéciale des ovocytes et des spermatozoïdes.

La couronne de cellules qui entoure l'ovocyte est enlevée pour visualiser l'endroit où va se faire la micro-injection : c'est la « décoronisation ». La capacité des ovocytes à être fécondés est évaluée de manière plus précise. Seuls les ovocytes matures seront micro-injectés. Pour chacun des ovocytes, un spermatozoïde est choisi en fonction de son aspect et de sa mobilité.

Sous contrôle d'un microscope, le biologiste maintient l'ovocyte avec une micropipette et, avec une autre micropipette, aspire le spermatozoïde sélectionné puis l'injecte à l'intérieur de l'ovocyte. Cette micro-injection est renouvelée pour chaque ovocyte fécondable. Les ovocytes sont ensuite remis dans une boîte de culture dans l'incubateur à 37°C pour les étapes suivantes. La fécondation est ici directement initiée par la technique.

¹⁵ Arrêté du 27 février 2007 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pris en application de l'article R.162-32 du code de la sécurité sociale.

¹⁶ Annexe 11 de l'arrêté du 19 février 2009 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

¹⁷ Y compris les établissements PSPH.

¹⁸ Le tarif du privé n'inclut pas les honoraires des médecins.

Types d'actes	Nomenclature	Actes	Tarifs 2009 ¹⁹
Actes de biologie interventionnelle à visée thérapeutique	NABM	Préparation des spermatozoïdes en vue d'iiu (insémination intra-utérine)	200 B
		Fécondation in vitro sans micromanipulation (FIV)	1 550 B
		Fécondation in vitro par micromanipulation (ICSI)	2 600 B
		Préparation des spermatozoïdes obtenus par ponction ou biopsie en vue ICSI	500 B

4/4 Le transfert embryonnaire

Le transfert embryonnaire est un geste simple et indolore qui est parfois pratiqué sous contrôle échographique. Il est réalisé au moyen d'un cathéter fin et souple introduit par voie vaginale dans l'utérus, la

patiente étant allongée en position gynécologique. L'embryon est déposé à l'intérieur de l'utérus et s'y développe jusqu'à son implantation. La fécondation est ici directement initiée par la technique.

Types d'actes	Nomenclature	Actes et lettres-clés	Tarifs 2009
FIV	CCAM	JSEC001 - Transfert intratubaire d'embryon, par cœlioscopie	121,36 €
		JSED001 - Transfert intra-utérin d'embryon, par voie vaginale	52,25 €

4/5 La congélation embryonnaire

Le nombre d'embryons obtenus peut être supérieur au nombre d'embryons transférés. Dans ce cas, les embryons non transférés dits

«surnuméraires» et qui présentent des critères de développement satisfaisants sont congelés.

Types d'actes	Nomenclature	Actes et lettres-clés	Tarifs 2009
	NABM	Congélation d'embryons (par cycle)	350 B

¹⁹ Concernant la biologie, les montants des actes de FIV et d'ICSI (1 600 et 2 800 B) ont été diminués de 3 et 7% par décision de l'UNCAM en date du 5 décembre 2008.

Les recettes sont donc essentiellement issues d'une activité externe de consultations, d'actes de laboratoires tarifés par la NABM ainsi que les actes cliniques inscrits à la CCAM. Les tarifs de prestations (GHS) ne permettent de financer que l'épisode d'hospitalisation de la prise en charge que constitue la ponction d'ovocyte.

Concernant les aspects organisationnels de la prise en charge et l'expertise assurée par les équipes pluridisciplinaires nécessaires au suivi des couples et à la mise en place des protocoles, il n'existe pas de financement spécifique dans la T2A

En effet, les règles actuelles de financement ne répondent pas aux spécificités de cette discipline car il n'existe pas de crédits pour payer les activités connexes à la prise en charge clinique et médico-technique en AMP, à savoir :

- l'aspect organisationnel des tentatives,
- les réunions d'information des couples qui sont organisées en début de processus,
- les entretiens individuels avec des professionnels,
- et les staffs pluridisciplinaires intervenant au cours des cycles.

Ces missions sont pourtant indispensables au déroulement d'un cycle d'AMP et sont particulièrement chronophages.

De plus, depuis 2008, les règles de gestion, de management et de sécurité sanitaire sont renforcées par un arrêté de bonnes pratiques²⁰ opposables dont les recommandations supposent la mise en

place d'une organisation et de moyens adaptés^(*).

Ces évolutions récentes contraignent de plus en plus le travail des professionnels et accentuent les attentes vis-à-vis de la T2A.

Enfin, en plus du rapport d'activité transmis chaque année à l'Agence de la biomédecine, les centres clinico-biologiques, sont depuis 2005, sollicités pour alimenter le registre national des FIV. Il leur est demandé de saisir et d'envoyer à l'Agence des fiches spécifiques pour chaque tentative, transfert d'embryons congelés et grossesse. Sur l'ensemble de la France, cela représenterait 65000 fiches à enregistrer par an.

Le recueil de cette activité, dont le temps de saisie a été estimé dans l'enquête AMP^(*) entre 20 et 30 minutes par fiche, est aujourd'hui assuré par le personnel existant et ne bénéficie pas non plus de financement spécifique.

Pour répondre aux exigences de qualité de ce registre et assurer sa pérennité, il est aujourd'hui incontournable de poser la question des moyens à y consacrer. Les attentes dans ce domaine sont fortes et les enjeux sont primordiaux si l'on veut améliorer l'analyse quantitative et qualitative de l'activité d'AMP en France.

^{*} Voir le rapport d'enquête 2008 de la biomédecine « Organisation et moyens des centres d'AMP ».

²⁰ Arrêté du 11 avril 2008 relatif aux « Règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation ».

4/6 Le nouveau GHM d'assistance médicale à la procréation

La nouvelle classification des séjours prévoit 1 nouvelle racine de GHM (13M08) de prise en charge médicale de procréation assistée qui se divise en 4 niveaux de sévérité.

Il s'agit d'une prise en charge en hospitalisation complète avec comme motif d'entrée l'un des trois diagnostics suivants :

- Z311 INSEMINATION ARTIF²¹,
- Z312 F.I.V.
- Z313 METHODES DE FECONDATION ASSISTEE, NCA.

L'âge n'intervient pas comme marqueur de sévérité sur cette racine.

Tarifs 2009 des forfaits GHS pour l'assistance médicale à la procréation

Séjour de l'assistance médicale à la procréation (Hospitalisation complète)

Niveaux de sévérité	Tarifs 2009	
	Privé	Public
1	204 €	406 €
2	476 €	1 207 €
3	739 €	1 913 €
4	1 208 €	2 732 €

5/ → Le financement des activités de procréation, embryologie et génétique humaines (PEGH) par les MIGAC

Rappel : dans le cadre de la mise en place de la réforme de la tarification à l'activité, le Ministère a pris en charge début 2005, année fondatrice de la dotation MIGAC, les travaux de chiffrage des dotations initiales des établissements²² via l'utilisation du retraitement comptable, d'enquêtes ad hoc et à titre subsidiaire sur la base de coûts standards.

Depuis 2006, l'évolution des dotations MIGAC relève du jeu de la négociation entre les établissements et les ARH. Ces dotations sont des crédits fléchés et calibrés pour permettre la prise en charge de la mission à l'exclusion de toutes autres dépenses financées par ailleurs (tarifs, forfaits, liste en sus). Ces points sont garantis par contractualisation pluriannuelle entre les établissements de santé et les ARH qui doivent également s'assurer du bon usage des financements.

Toutefois, du fait de la fongibilité des crédits, les directeurs d'établissements de santé ont toute latitude pour l'affectation de ces montants au sein de l'établissement de santé, en fonction du projet d'établissement et de la contractualisation avec les pôles.

Nous avons recensé dans les textes définissant les MIGAC [20, 21, 22, 23, 24] les activités spécifiques relevant du champ de la PEGH. Il s'avère que des enveloppes peuvent être attribuées à des segments d'activité délimités, à condition que les établissements concernés soient en mesure de faire le suivi annuel, et de fournir les pièces justificatives nécessaires à la contractualisation avec les ARH.

Ce paragraphe détaille la liste des MIGAC éligibles en 2009 pour le financement d'une activité de PEGH.

²¹ Code CIM10 Libellé.

²² Ce mode de valorisation initiale des MIGAC, avant tout déclaratif, a permis d'approcher la réalité du coût complet de ces missions sous réserve notamment de la fiabilité des retraitements comptables des établissements.

5/1 La collecte, la conservation et la distribution des produits d'origine humaine

C'est la seule MIGAC qui cible l'activité d'AMP. Elle est destinée à financer la conservation des gamètes et des embryons en vue de don.

5/2 Le diagnostic génétique

Les actes de cytogénétique (en dehors du caryotype de base figurant à la nomenclature) et de génétique moléculaire relèvent pleinement de la logique des BHN (lettres-clé B Hors Nomenclature) au titre des actes innovants[23].

Cependant, la répartition de l'enveloppe nationale des lettres-clé BHN et PHN (lettres-clé P Hors Nomenclature) qui s'est appuyée sur le retraitement comptable des établissements de 2003, avait révélé des situations aberrantes avec certains établissements ayant omis de déclarer des dépenses ou les ayant fortement sous-évaluées.

L'année 2010 verra donc la première étape de la réforme du financement des actes hors nomenclature. Pour asseoir la répartition de l'enveloppe nationale des lettres-clé ainsi que des activités de génétique inscrites en MIG, il a été décidé de procéder à un recueil exhaustif des actes hors nomenclature en 2009[24].

Cette décision, prise en concertation avec les partenaires institutionnels, conduit à fonder ce recueil sur une grille d'actes établie par la conférence des directeurs généraux de CHU et les sociétés savantes[25]. Parallèlement à cette démarche, les experts de la spécialité organisent une réflexion afin de prendre en compte la spécificité de la génétique.

5/3 Les consultations génétiques

Les consultations externes en conseil génétique se distinguent par une forte technicité et des durées longues. Elles bénéficient donc d'un financement MIGAC destiné à couvrir leur surcoût. Les consultations qui relèvent de l'assistance médicale

à la procréation ne sont pas éligibles ainsi que celles relatives aux CPDPN qui bénéficient déjà d'un financement MIG.

Le montant alloué par l'ARH sera calculé à partir du nombre de consultations déclaré par l'établissement, déduction faite du montant des recettes : facturation des lettres clés et éventuelles subventions.

5/4 Les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN)

Une enveloppe MIG de 9,890 millions d'euros a été dégagée en 2007 permettant de financer les surcoûts liés à l'activité des pôles d'expertise et de référence pluridisciplinaires, qui exercent une activité de recours et de référence, d'avis, de conseils et de formation en matière de diagnostic prénatal.

Cette enveloppe a été répartie entre les régions accueillant au moins un CPDPN, au prorata de la moyenne du nombre d'accouchements recensés dans la base SAE au cours des années 2003 à 2005. Le surcoût par accouchement a ainsi été valorisé à 18,50 €. Les dotations futures des CPDPN devront être corrélées à l'évolution du nombre moyen d'accouchements sur 3 années consécutives sur la zone couverte par la structure.

Pour obtenir un financement, le centre doit être doté d'une équipe d'au moins 6 praticiens²⁶ dont au moins quatre sont rattachés à l'établissement.

Le centre présente un dossier sur les moyens humains du centre et sera financé après accord de l'ARH pour les surcoûts relatifs aux réunions pluridisciplinaires, aux activités de recours et référence, à la formation et au suivi des dossiers.

²³ Contractualisation sur les missions d'intérêt générale et l'aide à la contractualisation : Guide méthodologique, DHOS, juin 2008.

²⁴ Voir la page « Nouveautés 2009 : recueil d'informations, version 1.1 des GHM, transmission des informations et valorisation » du site de l'ATIH (www.atih.sante.fr).

²⁵ Cette liste d'actes figure sur le site internet du CHU de Montpellier, à l'adresse électronique suivante :

http://www.chu-montpellier.fr/publication/inter_pub/R300/rubrique.jsp

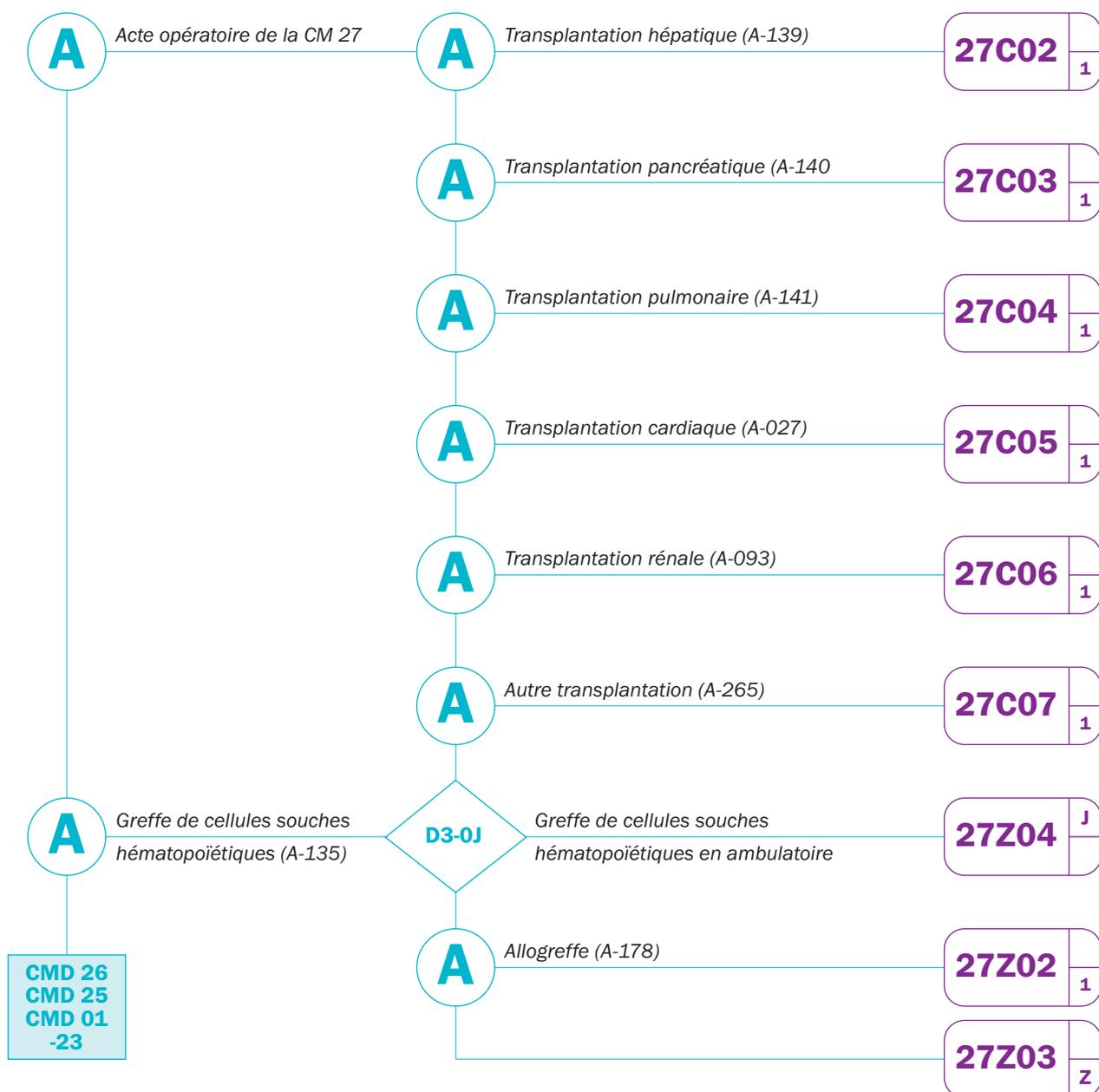
²⁶ Pas nécessairement à temps plein.

→ Abréviations utilisées

AC :	Aide à la Contractualisation
AMP :	Assistance Médicale à la Procréation
ARH :	Agence Régionale de l'Hospitalisation
BHN/PHN :	lettres-clé B et P Hors Nomenclature
CCAM :	Classification Commune des Actes Médicaux
CM27 :	Catégorie Majeure 27
CMA :	Complications ou Morbidités Associées
CMAS :	Complications ou Morbidités Associées Sévères
CPDPN :	Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal
CPO :	Coordination des Prélèvements d'Organe
DAC :	Dotation Annuelle Complémentaire
DAS :	Diagnostic Associé Significatif
DP :	Diagnostic Principal
ETP :	Equivalent Temps Plein
Ex-DG :	Etablissement de santé anciennement sous Dotation Globale
Ex-OQN :	Etablissement de santé anciennement sous Objectif Quantifié National
FAG :	Forfait Annuel Greffe
GHM :	Groupe Homogène de Malade
GHS :	Groupe Homogène de Séjour
ICSI :	Intra Cytoplasmic Sperm Injection
MCO :	Médecine Chirurgie obstétrique
MIGAC :	Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
NABM :	Nomenclature des Actes de Biologie Médicale
PCR :	Polymerase Chain Reaction
PDSH :	Permanence Des Soins Hospitalière
PEGH :	Procréation Embryologie Génétique Humaines
PMSI :	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
RUM :	Résumé d'Unité Médicale
SAE :	Statistiques Annuelles d'Etablissement
SROS :	Schéma Régional d'Organisation des Soins
T2A :	Tarifification à l'activité

→ Arbre décisionnel de la transplantation d'organes

Les séjours de transplantation d'organes sont classés en GHM à partir des actes chirurgicaux (voir listes d'acte CCAM de l'arbre : A-139, A-140..). Ces listes sont présentées dans le volume 2 du manuel des GHM en V11.



Bibliographie

- [1] Arrêté du 19 février 2009 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale
- [2] Circulaire N° DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2009/78 du 17 mars 2009 relative à la campagne tarifaire 2009 des établissements de santé
- [3] Bulletin officiel spécial n° 2009-4 bis, manuel des groupes homogènes de malades, 11^e version de la classification : volume 1 (présentation et annexes générales), volume 2 (description détaillée par CMD et GHM), volume 3 (arbre de décision) (<http://www.atih.sante.fr>)
- [4] Bulletin officiel spécial n° 2009-5 bis, annexe 11 de l'arrêté du 20 janvier 2009, Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, chapitre IV, Hiérarchisation et codage des informations médicales du résumé d'unité médicale
- [5] Loi du 6 août 2004, relative à la bioéthique (article L. 1233-1 du code de la santé publique)
- [6] Rapport d'activité de l'Etablissement Français des Greffes, 2003
- [7] Circulaire DHOS-F2-0 / DSS-1A-2004 n° 36 du 2 février 2004 relative à la campagne budgétaire pour 2004 des établissements sanitaires financés par dotation globale, Annexe 4 : tarifs et forfaits annuels (GHS, suppléments journaliers, urgences, prélèvements d'organes)
- [8] La tarification des établissements de santé, rappel des enjeux, des modalités, des schémas cibles et transitoires, annexe 6, document réalisé par toute l'équipe de la MT2A sous la coordination de Christophe Andréoletti, www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/t2a/pedagogie/documents/rappel_enjeux_mai07.pdf
- [9] Annexe IX, Montants des forfaits annuels des établissements de santé, Arrêté du 27 février 2009 fixant pour l'année 2009 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie
- [10] Rapport d'activité de l'Agence de la biomédecine, 2008
- [11] Arrêté du 2 août 2004 pris en application du I de l'article 34 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 et fixant les tarifs de référence nationaux par activité, Liste 1 : Actes marqueurs de suppléance vitale pour lesquels une occurrence suffit, annexe 5.
- [12] Loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 (JO du 21 décembre) de financement de la sécurité sociale pour 2005 (article 17)
- [13] Arrêté du 25 février 2008 modifiant l'arrêté du 27 février 2007 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, Art.3
- [14] Annexe IV et VIII, Montants des forfaits annuels des établissements de santé, Arrêté du 27 février 2009 fixant pour l'année 2009 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie
- [15] Annexe I, Tarifs des GHS DES SUPPLÉMENTS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ MENTIONNÉS AUX a, b ET c DE L'ARTICLE L. 162-22-6 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, Arrêté du 27 février 2008 fixant pour l'année 2008 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie
- [16] Annexe I, Tarifs des GHS et DES SUPPLÉMENTS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ MENTIONNÉS AUX a, b ET c DE L'ARTICLE L. 162-22-6 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, Arrêté du 27 février 2009 fixant pour l'année 2009 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie
- [17] Décret n° 2007-1257 du 21 août 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités de greffes d'organes et de greffes de cellules hématopoïétiques et modifiant le code de la santé publique
- [18] Circulaire DHOS-F-0/DSS-1A no 2005-119 du 1er mars 2005 relative à la campagne tarifaire 2005 des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale.
- [19] Circulaire N° DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2007/74 du 21 février 2007 relative à la campagne tarifaire 2007 des établissements de santé.
- [20] Décret n° 2005-336 du 8 avril 2005 fixant les listes des missions d'intérêt général et des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques donnant lieu à un financement au titre de la dotation mentionnée à l'article L.162-22-13 du code de la sécurité sociale
- [21] Arrêté du 12 avril 2005 pris pour l'application de l'article D.162-8 du code de la sécurité sociale
- [22] Arrêté du 23 mars 2007 pris pour l'application de l'article D.162-8 du code de la sécurité sociale
- [23] Arrêté du 13 mars 2009 modifiant l'arrêté du 12 avril 2005 pris pour l'application de l'article D.162-8 du code de la sécurité sociale
- [24] Arrêté MIGAC : Arrêté du 13 mars 2009 pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale



1 avenue du Stade de France
93212 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX
Tél. : 01 55 93 65 50
Fax : 01 55 93 65 55
www.agence-biomedecine.fr