

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :
05/08/94

Origine :
CABDIR

MMES et MM les Directeurs

- des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
(pour information)
- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
(pour attribution)
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale
(pour attribution)

Réf. :
CABDIR n° 8/94

Plan de classement :
2414

Objet :

TARIFICATION DES TRANSPLANTATIONS D'ORGANES - ARRETE DU 24 MARS 1993.

Pièces jointes :

0 1

Liens :

Date d'effet :

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

DGR/F. D'ESPARRON.DGA/M. SADOUL.ACCG/F. HUGOT.DISI/A. POUSSIN
42.79.33.62. 42.79.33.92. 42.79.36.33. 42.79.30.88.

CABINET DU DIRECTEUR

MMES et MM les Directeurs

05/08/94 - des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
(pour information)

Origine :
CABDIR - des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
(pour attribution)

- des Caisses Générales de Sécurité Sociale
(pour attribution)

N/Réf. : CABDIR n° 8/94

Objet : Tarification des transplantations d'organes.
Arrêté du 24 mars 1993.

La circulaire ministérielle (Direction des Hôpitaux n° 11688) du 14 juin 1993 - transmise aux Caisses le 15 juillet 1993 (par bordereau n° 814-93) - a précisé les modalités d'application de l'arrêté du 24 mars 1993 (J.O du 28 mars 1993) fixant les tarifs de prestations en matière de transplantations d'organes selon une nouvelle notion de tarification par séjour (cf annexe).

La circulaire relative aux budgets 1994 des établissements publics de santé a par ailleurs prévu la reconduction pour 1994 de l'expérimentation d'une tarification forfaitaire par type de greffes.

Cet arrêté a été pris par les Pouvoirs Publics conformément aux dispositions de l'article R. 714.3.21 du Code de la Santé Publique qui prévoit "qu'en application de l'article L. 716.2 du Code de la Santé Publique, des tarifs de prestations relatifs aux spécialités très coûteuses peuvent être fixés par arrêté des Ministres chargés de la Santé et de la Sécurité Sociale, sur la base des coûts par pathologie déterminés dans un échantillon d'établissements représentatifs. Ces tarifs s'appliquent aux établissements après accord du Conseil d'Administration".

Cette nouvelle notion de tarification a des incidences sur la liquidation des prestations d'hospitalisation servies hors dotation globale dans le cadre des conventions internationales, et dans les procédures d'échange d'informations de séjours entre les hôpitaux et les Caisses en ce qui concerne les hospitalisations dans le cadre du budget global.

La présente circulaire a pour objet de préciser les modalités de mise en oeuvre de cette tarification.

1 - Rappel des modalités prévues par la circulaire ministérielle

1.1 - La tarification forfaitaire, par séjour, des transplantations d'organes

Les tarifs forfaitaires couvrent l'ensemble des prestations relatives aux activités de transplantations pratiquées par les établissements autorisés à effectuer des greffes (liste en annexe de la circulaire ministérielle).

Conformément aux dispositions du décret n° 90-845 du 24 septembre 1990 ces activités comportent l'acte chirurgical de la transplantation, et la prise en charge médico-chirurgicale pré et post-opératoire. Il appartient à l'établissement pratiquant la greffe de prendre en charge le coût des séjours et des prestations réalisées par d'autres établissements de santé publics ou privés pendant la période pré ou post-opératoire. Les frais de prélèvement et de fourniture du greffon sont également compris dans le tarif forfaitaire.

1.2 - Les conditions de mise en oeuvre par les établissements de santé

La tarification par séjour est subordonnée à l'accord exprès du Conseil d'Administration de chaque établissement de santé et devra concerner l'ensemble des activités de transplantation.

Un arrêté préfectoral fixe la nouvelle tarification et est notifié à la Caisse Régionale d'Assurance Maladie et à la Caisse Pivot.

Par ailleurs, le forfait journalier hospitalier est en tout état de cause facturé au malade, par jour d'hospitalisation.

Dans le cas où le malade décède avant l'acte chirurgical de transplantation, la tarification forfaitaire est remplacée par une tarification normale du séjour sur la base des tarifs journaliers des services dans lesquels le malade est hospitalisé.

2 - Les modalités de prise en charge par les Caisses :

Les Hôpitaux font parvenir les informations de séjour sur un support papier (SP3 S 3409 et S 3412) à la Caisse Pivot. Ils n'utilisent pas les transmissions magnétiques d'informations de séjour.

Pour les ressortissants des conventions internationales, une facturation est établie sur un titre de recettes.

2.1 - Modification du système de liquidation des prestations servies aux bénéficiaires de conventions internationales

Le système Laser ne permet pas actuellement le paiement forfaitaire d'un séjour avec application du forfait journalier.

Un code acte FTO (Forfait Transplantation d'Organes) va être créé afin de permettre :

- le paiement d'un forfait séjour,
- l'application du forfait journalier hospitalier en fonction des dates de début et de fin d'hospitalisation.

2.2 - Modalités introduites dans la transmission du décompte des séjours

Dans le cadre général du budget global, en l'absence d'émission de titre de recettes, et par conséquent de facturation, une valorisation des séjours est effectuée.

Toutefois, la notion de séjour forfaitaire ne permet pas cette valorisation par journée. Compte tenu du caractère facultatif et expérimental, les prestations relatives aux transplantations d'organes et greffes de moelle seront prises en compte dans la répartition des paiements des dotations globales selon les taux de répartition appliqués à l'établissement où est réalisée la greffe.

Un suivi des dépenses des transplantations sera cependant à effectuer dans les conditions suivantes.

Il appartient aux Caisses Pivots de réaliser un état des dépenses engagées au titre des greffes.

Les Caisses Pivots devront pour ce faire procéder à un relevé des séjours forfaitaires relatifs aux transplantations d'organes sur l'état semestriel joint en annexe (les malades présents au dernier jour du semestre ne doivent pas figurer. Seuls les malades sortis dans le semestre sont pris en compte).

Dans la colonne "Régime de prise en charge" devra être mentionné le code Grand Régime de l'organisme gestionnaire indiqué sur les formulaires SP3 3409 et 3412.

Quant à la colonne "Tarif Unitaire", y sera inscrit le tarif forfaitaire de la transplantation.

Ces états seront agrégés au niveau national. Ils devront à cet effet être transmis à la Caisse Nationale de chaque régime concerné. La consolidation interrégime sera réalisée par la CNAMTS.

S'agissant du Régime Général, les états semestriels devront être envoyés à la Direction de la Gestion du Risque au Département des Etablissements Sanitaires et Médico-Sociaux avant la fin du deuxième mois qui suit le semestre écoulé.

Les codes tarifs utilisés pour chaque type de transplantation sont les suivants :

80	rein
81	rein-pancréas
82	pancréas
83	coeur
84	coeur-poumon
85	poumon
86	foie
87	moelle
89	autres.

Vous voudrez bien me tenir informé des difficultés survenues dans l'application de cette circulaire.

Le Directeur
de la Gestion du Risque

J.P. PHELIPPEAU

P.J. :- Relevé des séjours forfaitaire

-Circulaire Ministérielle (Direction des Hôpitaux n° 11688) du 14 juin 1993

RELEVE

GREFFES ET TRANSPLANTATIONS D'ORGANES

SEMESTRE :	
------------	--

EXERCICE

CAISSE PIVOT :

--	--	--	--	--

ETABLISSEMENT - N° FINESS : | | | | | | | | | |

RAISON SOCIALE : |

[illegible]

