agence de la biomédecine
Du don à la vie

Financement

Prélèvement et greffe organes tissus 2025

Juillet 2025

Editorial

L'Agence de la biomédecine a un rôle d'appui concernant le financement des activités de soins relevant de son champ de compétences, dont les prélèvements et les greffes d'organes et de tissus.

L'objectif de l'Agence de la biomédecine, dans sa mission de relais et de proposition auprès de la Direction Générale de l'Offre de Soins du ministère de la Santé et de la Prévention, est que les modalités de financement continuent d'accompagner, au plus près de leurs pratiques, les équipes médicales et soignantes.
Le dispositif actuel se veut le plus complet possible, afin de tenir compte des spécificités de prise en charge à chaque étape du parcours de soins, depuis le recensement des donneurs potentiels jusqu'au suivi des patients porteurs de greffons.

Cette plaquette d'information expose les modalités de financement à l'aide d'exemples concrets, et présente les tarifs et forfaits applicables en 2025.

L'année 2025 s'inscrit dans le cadre du **Plan d'actions ministériel 2022-2026** pour le prélèvement et la greffe d'organes et de tissus avec la poursuite des **crédits d'investissement visant à renouveler le parc de machines de perfusion rénale.** La campagne budgétaire 2025 est marquée par une faible augmentation des tarifs des GHS et des forfaits (+0,2%), ***sauf pour les activités de greffe*** : +1% pour les GHS de transplantation et +1,5% pour les forfaits annuels greffe.
Nos travaux avec le ministère de la santé continuent par ailleurs pour la mise en œuvre en 2026 de nouveaux financements.
Dans ce document vous trouverez également les tableaux mettant en correspondance les moyens humains préconisés par l'Agence pour les coordinations hospitalières de prélèvement d'organes et de tissus, en fonction de leur activité : cette année nous avons ajouté l'activité tissus.

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 la direction générale de votre établissement.
Ce document est libre d'accès en ligne sur le site de l'Agence de la biomédecine. Il accompagne les synthèses financières qui sont adressées chaque année aux directions d'établissement et à toutes les équipes impliquées : coordinations hospitalières de prélèvement d'organes et de tissus, et équipes de greffes d'organe.

N'hésitez pas à solliciter vos correspondants de l'Agence, ainsi que les collaborateurs impliqués sur ces sujets[1], pour vous apporter les éclairages et explications dont vous auriez besoin.

Marine JEANTET

Directrice générale

[1] Pôle OFAS (organisation et financement des activités de soins), contact marion.duret@biomedecine.fr

Table des matières

1. COORDINATIONS HOSPITALIÈRES DE PRÉLÈVEMENT D'ORGANES ET DE TISSUS 5
2. PRÉLÈVEMENT D'ORGANES CHEZ UN DONNEUR DECEDE 15
3. PRÉLÈVEMENT CHEZ UN DONNEUR VIVANT (REIN, FOIE) 19
4. SEJOURS pour GREFFES D'ORGANES, POST-GREFFE ET SUIVI 21
5. FORFAIT ANNUEL GREFFE 23
6. MIG BANQUES HOSPITALIÈRES DE TISSUS 35
7. SEJOURS POUR ALLOGREFFES DE TISSUS 37

Encadrés

Forfait CPO 5
Suppléments du forfait CPO 6
Critères d'éligibilité aux suppléments CPO 10
Forfait PO sur donneur DDAC 15
FAG DV : prise en charge du donneur vivant 19
Transplantation d'îlots pancréatiques 23
Suivi du donneur vivant (post-greffe) 27
Perfusion rénale 28
Perfusion-réhabilitation pulmonaire 29
Perfusion hépatique hypothermique 30
Missions TEC relatives à la greffe 31
MIG Tissus 34

Exemples, situations pratiques

Moyens humains d'une CHPOT 12
Exemples de budgets CHPOT 14
Règles de facturation des forfaits PO ..... 17 - 18
Calcul du FAG organe d'un établissement 33

Préambule

Cette plaquette d'information[2] présente les dispositifs de financement **forfaitaires et tarifaires** des établissements de santé dédiés aux activités de prélèvement et de greffe d'organes et de tissus.de la campagne budgétaire 2025.

En 2025, la campagne budgétaire et tarifaire pour les établissements de santé dans les secteurs de la Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO) prévoit pour les établissements publics et privés à but non lucratifs (ESPIC), une augmentation des tarifs des GHS de +0,2% , sauf pour les activités faisant l'objet d'une **revalorisation ciblée de +1%** : pédiatrie, soins palliatifs, **transplantations et greffes**, chirurgie lourde et complexe, mais également certaines activités de médecine en cardiovasculaire, digestif, neurologie, hématologie, rhumatologie. Les forfaits augmentent également de 0,2% sauf les **FAG qui bénéficient d'une revalorisation de 1,5%.**

Les tarifs sont applicables à partir du 1er mars 2025. Les coefficients géographiques (majoration des tarifs dans les DOM, la Corse et la région Ile-de-France) ont légèrement augmenté en 2025 pour la Guyane, Mayotte et la Réunion (voir note[2] ci-dessus). Les forfaits CPO et FAG sont alloués annuellement en début de campagne budgétaire par les ARS.

Enfin, ne pas oublier que les forfaits et les GHS ne sont pas les seules recettes des établissements de santé qui facturent également des prestations externes (actes, consultations, … *etc.*).

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
DV	Donneur Vivant
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
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
TEC	Technicien d'Études Cliniques
UNOS	United Network for Organ Sharing

[2] En ligne sur le site internet de l'ABM : https://www.agence-biomedecine.fr/fr/don-et-greffes-organes-tissus-financement-a-l-activite - filtrer par : Toutes nos activités/Don et greffes d'organes et de tissus/Financement à l'activité

[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).

REFERENCES REGLEMENTAIRES

- Arrêté du 7 avril 2025 fixant pour l'année 2025 les éléments tarifaires mentionnés aux I et V de l'article L. 162-22-3-1 du code de la sécurité sociale, le montant des forfaits mentionnés aux articles L. 162-22-5-1 à L. 162-22-5-3 du même code et la valeur du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-3-2 du même code.

ATIH

- NOTICE TECHNIQUE n° ATIH-11-1-2024 / Campagne tarifaire et budgétaire 2024 / Nouveautés PMSI Champs MCO – HAD – SMR – Psychiatrie
- NOTICE TECHNIQUE n° ATIH -546-10-2023 du 18 décembre 2023 / Campagne tarifaire et budgétaire 2024 Nouveautés « financement MCO/HAD
- NOTICE TECHNIQUE n° ATIH-543-10-2023 / Campagne tarifaire et budgétaire 2024 Nouveautés PMSI - Champs MCO, HAD, SSR et psychiatrie
- NOTICE TECHNIQUE n° ATIH-419-13-2022 du 14 décembre 2022 / Campagne tarifaire et budgétaire 2023 Nouveautés « financement MCO/HAD »
- NOTICE TECHNIQUE n° ATIH 150-4-2022, modifiée le 19 mai 2022 Nouvelle publication nouveautés financement 2022
- NOTICE TECHNIQUE n° ATIH- 159-02-2022 du 29 avril 2022, Complément du 31 aout 2022 / Garantie de financement 2022, activités MCO et HAD – secteur ex-DG
- NOTICE TECHNIQUE n° ATIH-693-16-2021 du 21 décembre 2021, modifiée le 24 janvier 2022 et le 10 février 2022 / Campagne tarifaire et budgétaire 2022 Champs MCO, HAD, SSR et psychiatrie

Agence de la biomédecine

- Guide de prise en charge financière des donneurs vivants d'éléments du corps humain[4], 1ère édition 2015 : https://www.agence-biomedecine.fr/fr/don-et-greffes-organes-tissus-financement-a-l-activite - filtrer par : Toutes nos activités/Don et greffes d'organes et de tissus/Financement à l'activité

[4] https://www.agence-biomedecine.fr/fr/don-et-greffes-organes-tissus-financement-a-l-activite - filtrer par : Toutes nos activités/Don et greffes d'organes et de tissus/Financement à l'activité

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

Les coordinations hospitalières de prélèvement d'organes et/ou de tissus sont financées par un forfait annuel, dénommé CPO, dont les montants sont définis dans l'arrêté tarifaire.

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 prend en compte les donneurs recensés, les donneurs prélevés de tissus, ainsi que 4 types de suppléments (DDAC M2, DDAC M3, ROP et Cristal Action).

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 pendant l'année civile « N-1 », saisie dans le système d'informations CRISTAL de l'Agence de biomédecine. Il est versé aux établissements de santé par les ARS l'année « N ».

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 et de prélèvement des donneurs d'organes et de tissus.

Le forfait CPO se compose :

- **Du forfait de base CPO** :
  - décliné en paliers F(i) pour les établissements autorisés au PMOT, en fonction du nombre de donneurs d'organes **recensés**, quel que soit le type de décès (décès en état de mort encéphalique et après arrêt circulatoire contrôlé ou non).
  - 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 : cornées (CO) et Autres Tissus (AT)**
- **De suppléments liés à la prise en charge des donneurs en arrêt circulatoire :**
  1. **Supplément «DDAC M2»** (arrêt circulatoire non contrôlé dit Maastricht II)
  2. **Supplément «DDAC M3»** (arrêt circulatoire non contrôlé dit Maastricht III)
- **De suppléments valorisant le travail en réseau et le programme Cristal Actions**
  3. **Supplément « ROP »**
  4. **Supplément « CA »**

Ces suppléments sont évalués sur la base d'indicateurs et de critères d'éligibilité prédéfinis, et validés annuellement par les services de régulation et d'appui de l'Agence de la biomédecine.

Les suppléments de la filière prélèvement (forfait CPO)

En 2019, dans le cadre d'un soutien au Plan Greffe d'organes et tissus 2017-2021, un accompagnement financier avait été apporté aux établissements de santé dans le but de renforcer à très court terme les moyens humains et techniques dédiés à ces activités. Ce soutien, d'un montant de 1,229 K€ après prise en compte du financement de la perfusion pulmonaire (arrêtés prestation et tarifaire 2019), a été fléché sur le soutien au prélèvement « Maastricht 3 » (donneurs décédés d'arrêt circulatoire après limitation des thérapeutiques) et à la filière du don du vivant

Depuis la campagne 2020, cette enveloppe a été pérennisée et elle vient **abonder** le forfait CPO, permettant ainsi d'augmenter le montant de certaines prestations.

Les évolutions des financements répondent à des objectifs d'incitation et de soutien :

Incitation au prélèvement de tissus

- Supplément Cornée : progressivité des paliers, suppression du plafond
- Supplément Autres tissus : suppression du seuil, progressivité des paliers, suppression du plafond

Accompagnement du prélèvement DDAC

- Maintien du supplément M2 avec modifications (seuil abaissé et montant également) : 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 **3 DDAC M2** et plus par an, sont éligibles à un supplément de **30 337€**.
- Création d'un supplément M3 incitatif pour soutenir la mise en œuvre et la montée en charge du programme DDAC M3 :
  - ES autorisés avec conventions pour prélever au moins 3 types d'organes différents ; ***attention en 2026 l'exigence sera de pouvoir prélever au moins 4 types d'organe différents, ce qui signifie qu'en 2025 les établissements du programme M3 doivent avoir signé au moins 4 conventions d'ici le 31 décembre.***
  - Prise en compte des donneurs DDAC M3 en intention de prélever, avec supplément attribué par donneur proposé à la répartition.

Accompagnement des réseaux de prélèvement :

- Ajout d'1 niveau supplémentaire de taille de réseau (plus de 5 ES satellites non autorisés) : le supplément pour les réseaux opérationnels de prélèvement (**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 12 135€ si le réseau est composé de 1 ou 2 établissements satellites, de 24 268€ si le réseau est composé de 3, 4 ou 5 établissements satellites, de 36 404€ si le réseau est composé de plus de 5 établissements satellites.

Les modalités du supplément Cristal Action (CA) restent inchangées en 2025. Ce supplément 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 ce supplément. Ces moyens sont destinés à compenser les charges imputables à l'utilisation d'un logiciel spécifique, à la conquête d'enquête sur les décès hospitaliers et à la mise en place d'actions de terrain (formation notamment dans tous les services de soins susceptibles de prendre en charge des donneurs potentiels.

N.B. : L'évolution prévue de Cristal Action est d'améliorer l'objectivité de l'évaluation en se basant sur un indicateur chiffré qui prendra en compte notamment le nombre de donneurs possibles et de signalements à la coordination.

Tous les suppléments sont basés sur des critères d'éligibilité (voir p. 10-11), et validés annuellement par les services de régulation et d'appui de l'Agence de la biomédecine.

Tableau 1 : Montants du forfait annuel CPO des secteurs publics et privé (« forfait de base »)

Niveau	Coordination hospitalière de prélèvement d'organes et/ou de tissus	Nombre de donneurs recensés (DDME, DDAC) (*)	Forfait 2025	Forfait 2024
D	*Autorisation prélèvement de tissus uniquement*	*à partir de 5*	**30 337 €**	*29 887 €*
F1	Autorisation prélèvement d'organes et de tissus	de 1 à 4	**66 740 €**	65 750 €
F2		de 5 à 9	**133 478 €**	131 499 €
F3		de 10 à 14	**200 221 €**	197 252 €
F4		de 15 à 19	**260 891 €**	257 023 €
F5		de 20 à 29	**321 564 €**	316 796 €
F6		de 30 à 39	**382 237 €**	376 570 €
F7		de 40 à 49	**442 909 €**	436 342 €
F8		de 50 à 59	**503 581 €**	496 115 €
F9		de 60 à 74	**564 253 €**	555 887 €
F10		de 75 à 89	**624 926 €**	615 660 €
F11		de 90 à 104	**685 598 €**	675 433 €
F12		de 105 à 119	**746 271 €**	735 206 €
F13		de 120 à 134	**806 942 €**	794 978 €
F14		de 135 à 154	**867 614 €**	854 751 €
F15		de 155 à 174	**928 286 €**	914 524 €

A partir de 135 donneurs et au-delà, le forfait de base augmente de 60 672 € par palier 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 publics et privé

Niveau	Nombre de donneurs décédés prélevés de cornées (en chambre mortuaire ou lors d'un PMOT)	Forfait 2025	Forfait 2024
CO1	de 10 à 18 donneurs prélevés de cornées	26 586 €	26 192 €
CO2	de 19 à 36	37 265 €	36 712 €
CO3	de 37 à 63	47 944 €	47 233 €
CO4	de 64 à 99	58 621 €	57 752 €
CO5	de 100 à 144	69 299 €	68 272 €
CO6	de 145 à 198	79 979 €	78 793 €
CO7	de 199 à 261	90 657 €	89 313 €
CO8	de 262 à 333	101 334 €	99 832 €
CO9	de 334 à 414	112 014 €	110 353 €

Au-delà de 414 donneurs prélevés de cornée(s), le forfait augmente de 10 679 € par palier de + 9 donneurs.

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

Niveau	Nombre de donneurs décédés (DD) prélevés d'os + nb de DD prélevés de tissus ligamentaires + nb de DD prélevés de vaisseaux (veines et artères) + nb de DD prélevés de valves cardiaques + nb de DD prélevés de peau	Forfait 2025	Forfait 2024
AT1	de 1 à 2 donneurs prélevés d'autres tissus	3 797 €	3 741 €
AT2	de 3 à 4	7 597 €	7 484 €
AT3	de 5 à 9	15 193 €	14 968 €
AT4	de 10 à 14	25 871 €	25 487 €
AT5	de 15 à 24	36 548 €	36 006 €
AT6	de 25 à 34	47 227 €	46 527 €
AT7	de 35 à 49	57 907 €	57 048 €
AT8	de 50 à 64	68 584 €	67 567 €
AT9	de 65 à 84	79 262 €	78 087 €
AT10	de 85 à 104	89 942 €	88 608 €
AT11	de 105 à 124	100 619 €	99 127 €

Au-delà de 124 donneurs prélevés d'autres tissus, le forfait augmente de 10 679 € par palier de + 20 donneurs

Tableau 4bis : définition des 'Autres tissus' pris en compte dans le supplément AT : par groupe tissulaire

	OEIL	MUSCULO-SQUELETIQUE		CŒUR	VASCULAIRE		EPIDERME	
Groupe tissulaire	**Tissus oculaires**	**Tissus osseux**	**Tissus ligamentaires**	**Tissus valvulaires**	**Tissus artériels**	**Tissus veineux**	**Tissus cutanés**	**PO réorienté tissus valv. / autres tissus**
SUPPLEMENT TISSUS	**1 CO**	**1 AT**	**1 AT**	**1AT**	**1 AT**		**1 AT**	**0 AT**
Éléments tissulaires	droite	humérus D	tendons D	bloc cardiaque	thoracique	profondes	épiderme	cœur réorienté tissu
	gauche	humérus G	tendons G	autre élément cardiaque	abdominale	veines superficielles D	autre élément cutané	artères réorientées tissu
	autre élément oculaire	fémur D	ligaments D		artères périph. D	veines superficielles G		
		fémur G	ligaments G		artères périph. G	autres éléments veineux		
		tibia D	ménisque D		autres artères			
		tibia G	ménisque G					
		autres os massifs	appareil extenseur D					
			appareil extenseur G					
			autres tissus ligamentaires					

Tableau 5 : Montants des suppléments du forfait CPO des secteurs publics et privé

Niveau	Critères	Forfait 2025	Forfait 2024
DDAC M2	Coordination recensant au moins 3 donneurs décédés après arrêt circulatoire non contrôlé	30 337 €	29 887 €
DDAC M3	Par donneur décédé après arrêt circulatoire contrôlé et proposé à la répartition (en intention de prélever)	2 427 €	2 391 €
ROP 1	Réseau opérationnel de proximité composé de 1 ou 2 établissement(s) de santé (non autorisés au prélèvement d'organes)	12 135 €	11 955 €
ROP 2	Réseau opérationnel de proximité composé de 3 à 5 établissements de santé (non autorisés au prélèvement d'organes)	24 268 €	23 908 €
ROP 3	Réseau opérationnel de proximité composé de plus de 5 établissements de santé (non autorisés au prélèvement d'organes)	36 404 €	35 864 €
CA	Coordinations mettant en œuvre le programme CRISTAL ACTION	18 202 €	17 932 €

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

Critères d'éligibilité au supplément « DDAC M2 »

Le supplément « DDAC M2 » est alloué aux établissements de santé autorisés aux prélèvements de DDAC **M2, ayant recensé au moins 3 donneurs dans l'année,** dans le strict respect du protocole de l'ABM (en particulier mise en place d'un système de préservation des organes abdominaux (circulation régionale normothermique ou CRN)

Critères d'éligibilité au supplément « DDAC M3 »

Le supplément « DDAC M3 » est alloué aux établissements de santé autorisés aux prélèvements de DDAC M3, dont les **conventions** passées avec les établissements greffeurs, permettent de prélever **au moins 3 types d'organe**[5] parmi les suivants : reins, foie, poumon, pancréas.

Le supplément M3 est attribué en fonction du nombre de **donneurs M3 recensés et proposés à la répartition** (c'est-à-dire en intention de prélever), dans le strict respect du protocole de l'ABM (CRN notamment).

Il n'y a pas de palier : le financement est versé par donneur, dès le 1er donneur, dès lors qu'au moins 1 organe est proposé à la répartition. Ce supplément n'est pas plafonné.

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.

---

[5] ***En 2026, la condition passera à 4 organes***. *Autrement dit, au 31 décembre 2025, il faudra avoir signé au moins 4 conventions avec des équipes de greffe afin d'avoir la* ***possibilité de prélever 4 types d'organes différents***.

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 autorisés au prélèvement multi-organes et 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. Ils 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 6.

AVERTISSEMENT : cette préconisation ne fait cependant pas l'objet d'une réglementation.

Tableau 6 : Moyens humains préconisés pour les coordinations hospitalières de prélèvement

Niveau forfait base	Nombre de donneurs recensés (SME, DDAC)	Forfait de base (tarif 2025)	Paliers (montant)	Personnel MEDICAL (en nb d'ETP)	Personnel NON MEDICAL soignant (en nb d'ETP)	Nombre de CHPOT (activité 2024)
D	à partir de 5	**30 337 €**	-	-	1,0	32
F1	de 1 à 4	**66 740 €**	-	-	1,0	7
F2	de 5 à 9	**133 478 €**	66 738 €	0,2	1,5	36
F3	de 10 à 14	**200 221 €**	66 743 €	0,2	1,8	31
F4	de 15 à 19	**260 891 €**	60 670 €	0,2	2,3	14
F5	de 20 à 29	**321 564 €**	60 673 €	0,5	2,8	13
F6	de 30 à 39	**382 237 €**	60 673 €	0,5	3,5	5
F7	de 40 à 49	**442 909 €**	60 672 €	0,5	4,0	7
F8	de 50 à 59	**503 581 €**	60 672 €	1,0	4,5	4
F9	de 60 à 74	**564 253 €**	60 672 €	1,0	5,0	9
F10	de 75 à 89	**624 926 €**	60 673 €	1,5	5,5	10
F11	de 90 à 104	**685 598 €**	60 672 €	1,5	6,0	2
F12	de 105 à 119	**746 271 €**	60 673 €	2,0	6,5	3
F13	de 120 à 134	**806 942 €**	60 671 €	2,0	7,0	-
F14	de 135 à 154	**867 614 €**	60 672 €	2,5	7,5	1
F15	de 155 à 174	**928 286 €**	60 672 €	2,5	8,0	-

***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 le critère 2.4-09 « Les activités de prélèvement et de greffe d'organes et tissus sont évaluées et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés ».

MOYENS HUMAINS D'UNE EQUIPE DE COORDINATION HOSPITALIERE DE PRELEVEMENT

Tableau 6 : Moyens humains SUPPLÉMENTAIRES préconisés pour les coordinations hospitalières de prélèvement ayant une activité de prélèvement de cornées

Niveau	Nombre de donneurs décédés prélevés de cornées (en chambre mortuaire ou lors d'un PMOT)	PNM (en nb d'ETP)	PM (en nb d'ETP)
CO1	de 10 à 18 donneurs prélevés de cornées	+ 0,5	0
CO2	de 19 à 36	+ 0,5	0
CO3	de 37 à 63	+ 0,5	0
CO4	de 64 à 99	+ 1	0
CO5	de 100 à 144	+ 1	0
CO6	de 145 à 198	+ 1	0
CO7	de 199 à 261	+ 1,5	+ 0,2 à + 0,5
CO8	de 262 à 333	+ 1,5	+ 0,2 à + 0,5
CO9	de 334 à 414	+ 2	+ 0,2 à + 0,5

Tableau 7 : Moyens humains SUPPLÉMENTAIRES préconisés pour les coordinations hospitalières de prélèvement ayant une activité de prélèvement d'autres tissus (cf. la définition des autres tissus tableau 3bis p. 8)

Niveau	Nombre de donneurs décédés (DD) prélevés d'os + nb de DD prélevés de tissus ligamentaires + nb de DD prélevés de vaisseaux (veines et artères) + nb de DD prélevés de valves cardiaques + nb de DD prélevés de peau	PNM supplémentaire (en nb d'ETP)	PM supplémentaire (en nb d'ETP)
AT1	de 1 à 2 donneurs prélevés d'autres tissus	0	0
AT2	de 3 à 4	0	0
AT3	de 5 à 9	0	0
AT4	de 10 à 14	0	0
AT5	de 15 à 24	+ 0,5	0
AT6	de 25 à 34	+ 0,5	0
AT7	de 35 à 49	+ 1	0
AT8	de 50 à 64	+ 1	+ 0,5
AT9	de 65 à 84	+ 1	+ 0,5
AT10	de 85 à 104	+ 1	+ 0,5
AT11	de 105 à 124	+ 1,5	+ 0,5

Comme le montrent les exemples listés 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 8 : Exemples de recette CPO pour les CHPOT

Etablissement	Autorisation	Forfait de base CPO		Supplément cornées		Supplément "autres tissus"		Autres Suppléments			
		Donneurs recensés	Forfait	Donneurs prélevés	Niveau	Donneurs prélevés	Niveau	Nb DDAC M2	Nb DDAC M3	ROP	CA
CHU	PMOT	45	F7	40	CO3	20	AT6	2	2	2	validé
CH	PMOT	**34**	**F6**	**25**	**CO2**	**12**	**AT4**	**0**	**9**	**1**	**validé**
CH	PMOT	15	F4	15	CO1	10	AT4	0	0	0	validé
CH	PMOT	5	F2	7	0	3	AT2	0	0	0	non val
CH	TISSUS seuls	15	D	15	CO1	4	AT2	0	0	0	non val
CH	TISSUS seuls	15	D	15	CO1	0	0	0	0	0	non val

Parmi les exemples ci-dessus, **la CHPOT du CH de la ligne 2** a recensé 34 donneurs, dont 11 DDAC M3 recensés et 9 proposés à la répartition, est à la tête d'un réseau de proximité composé de 2 établissements satellites, et a finalisé la mise en place du programme Cristal Action.

Cet établissement de santé est donc éligible :

- au forfait **F6** (382 237 €),
- à 1 supplément **CO de niveau 2** (CO2 : 37 265 €),
- à 1 supplément **AT de niveau 4** (AT4 : 25 871 €),
- à **9 suppléments DDAC M3** (2 427 x 9 = 21 843€)
- au supplément **ROP de niveau 1** (12 135 €),
- et au supplément **Cristal Action** (18 202 €), soit un financement total de **497 553€** pour sa CHPOT.

Les charges en personnel, selon les préconisations ABM et les montants salariaux[6], sont de :

- **Donneurs recensés niveau F6 :5 ETP médical + 3,5 ETP non médicaux correspondent à 307 896€** [(0,5 x 163 267) € + (3,5 x 64 646 €)]
- **Donneurs prélevés de cornées niveau CO2 :+ 0.5 ETP non médical correspond à 32 323€** [0,5 x 64 646 €]

Ainsi, dans notre exemple, ce CH bénéficie d'une ***marge* de 157 334 €** (497 553€ - 340 219 €) pour financer les astreintes de coordination, dont une dédiée au DDAC**,** et les autres charges de fonctionnement de la coordination (déplacements, formations, travail en réseau, consommables ; 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, la réanimation des organes du donneur ouvre droit au supplément REA (l'acte CCAM EQMF003 Suppléance hémodynamique et ventilatoire d'un patient en état de mort encéphalique, en vue de prélèvement d'organe est un acte classant).*

Exemples du tableau ci-dessus avec les montants correspondants à l'activité

Etablissement	Autorisation	Forfait de base CPO (a)			Supplément cornées			Supplément "autres tissus"			Autres Suppléments						Recettes (h= a+b+c+d+e+f+g)	Charges en personnel d'une équipe type (i)	Moyens disponibles pour les astreintes et/ou les charges de fonctionnement
		Donneurs recensés	Forfait	Montant en € (a)	Donneurs prélevés	Niveau	Montant en € (b)	Donneurs prélevés	Niveau	Montant en € (c)	Nb DDAC M2	DDAC M2 en € (d)	Nb DDAC M3	DDAC M3 en € (e)	ROP en € (f)	CA en € (g)			
CHU	PMO	45	F7	442 909	40	CO3	47 944	20	AT6	47 227	2	0	2	4 854	24 268	18 202	585 404	404 865	180 539
CH	PMO	**34**	**F6**	**382 237**	**25**	**CO2**	**37 265**	**12**	**AT4**	**25 871**	**0**	**0**	**9**	**21 843**	**12 135**	**18 202**	**497 553**	**340 219**	**157 334**
CH	PMO	15	F4	260 891	15	CO1	26 586	10	AT4	25 871	0	0	0	0	0	18 202	331 550	210 431	121 119
CH	PMO	5	F2	133 478	7	0	0	3	AT2	7 597	0	0	0	0	0	0	141 075	129 623	11 452
CH	Tissus	15	D	30 337	15	CO1	26 586	4	AT2	7 597	0	0	0	0	0	0	64 520	96 970	-32 450
CH	Tissus	15	D	30 337	15	CO1	26 586	0		0	0	0	0	0	0	0	56 923	96 970	-40 047

[6] Les charges en personnel sont calculées en fonction des ETP et des montants moyens de salaire annuel toutes charges comprises et hors prime (source ATIH, analyse des bilans sociaux des établissements publics de santé 2022 : https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4978/rapport_bilan_social_2022.pdf)

2. PRÉLÈVEMENT D'ORGANES CHEZ UN DONNEUR DÉCÉDÉ

Les prélèvements d'organe sont financés également par des forfaits spécifiques, dénommés PO. Ces forfaits 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 organes[7], ni les frais de transport de l'équipe chirurgicale de prélèvement ne sont inclus dans ces forfaits.

Ces forfaits sont déclinés en 2 listes :

1. la liste 1 concerne des financements pour l'établissement où a lieu le prélèvement multi-organe,
2. la liste 2 concerne les montants devant être remboursés par l'établissement préleveur à celui dont dépendent la ou les équipes chirurgicales s'étant déplacées pour prélever.

Les montants des forfaits PO pour le secteur public et privé augmentent de 0.18% en 2025 par rapport à 2024.

Tableau 9-1 : Montants[8] des forfaits PO, liste 1 : 1 seul choix possible

FORFAITS PO DE PRÉLÈVEMENT *(A destination de l'établissement site de prélèvement)*		Tarifs 2025	
		Public	Privé
PO 1	Prélèvements du ou des reins et/ou du foie sur une personne en état de mort encéphalique	**8 304,5 €**	**6 392,9 €**
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	**11 688,5 €**	**9 711,2 €**
PO 3	Autres prélèvements d'organes sur une personne en état de mort encéphalique	**9 610,9 €**	**7 688,6 €**
PO 4	Prélèvement(s) d'organe(s) sur une personne décédée après arrêt circulatoire	**15 402,1 €**	**8 950,0 €**

Forfait de prélèvement(s) d'organe(s) sur un donneur décédé après arrêt circulatoire (DDAC)

Le forfait **PO4** permet de financer les prélèvements sur donneurs décédés DDAC **M2 et M3**. Il tient compte des protocoles M2et M3, et notamment : des procédures de prise en charge non abouties (environ 50% pour le DDAC M2), des coûts liés à la circulation régionale normo-thermique (CRN), ainsi qu'à l'utilisation de machines de perfusion rénale au bloc de prélèvement

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

[8] Tarifs du secteur « public » : concerne les hôpitaux publics et privés non lucratifs (ESPIC) ; tarifs du secteur privé : concerne les cliniques privées à but lucratif.

Memento sur les règles de facturation des forfaits PO1 à PO4

- Les forfaits PO1 à POA ne sont facturables que pour les donneurs décédés.
- Dans la liste 1 : **1 seul forfait (PO1 à PO4)** par donneur décédé prélevé
- Le PO3 « autres » est utilisé pour les cas non décrits par les PO1, 2 et 4.
- Le PO4 doit être facturé pour tous les DDAC, M2 et M3, quel que soit le type et quel que soit le nombre d'organe(s) prélevé(s)

Tableau 9-2 : Montants[9] des forfaits PO, liste 2 : plusieurs choix possibles, selon le(s) organe(s) prélevé(s)

FORFAITS PO DE PRÉLÈVEMENT *(A destination de l'établissement de rattachement de l'équipe chirurgicale de prélèvement)*		Tarifs 2025	
		Public	Privé
PO 5	Prélèvement de rein(s) sur une personne en état de mort encéphalique	**458,37 €**	**458,37 €**
PO 6	Prélèvement du foie sur une personne en état de mort encéphalique ou décédée après arrêt circulatoire	**458,37 €**	**458,37 €**
PO 7	Prélèvement de poumon(s) sur une personne en état de mort encéphalique ou décédée après arrêt circulatoire	**584,43 €**	**584,43 €**
PO 8	Prélèvement de coeur ou du bloc «coeur poumon» sur une personne en état de mort encéphalique	**550,06 €**	**550,06 €**
PO 9	Prélèvement de pancréas sur une personne en état de mort encéphalique ou décédée après arrêt circulatoire	**687,56 €**	**687,56 €**
PO A	Prélèvement et mise sous machine à perfusion des deux reins sur une personne en état de mort encéphalique	**915,06 €**	**915,06 €**

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 donneurs transférés)***, il n'est plus possible de facturer un GHS par l'établissement qui prélève. Seules les forfaits PO finançant le prélèvement seront attribués[10]. Signalons que ceci ne concerne pas les donneurs décédés après arrêt circulatoire car le transfert d'un donneur n'est pas possible dans ces situations cliniques.
- A compter de la campagne tarifaire 2011, TOUS les forfaits PO sont à renseigner dans le fichier « FICHCOMP » associé au résumé PMSI du donneur ; le DIM de l'établissement doit donc être informé.

[9] Tarifs du secteur « public » : concerne les hôpitaux publics et privés non lucratifs (ESPIC) ; tarifs du secteur privé : concerne les cliniques privées à but lucratif.

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

- En cas de <u>déplacement d'une équipe chirurgicale</u> pour prélèvement d'organe(s), les forfaits destinés à « indemniser » les équipes chirurgicales, soit les PO5 à POA, ne sont plus facturés par l'établissement de rattachement du chirurgien préleveur *via* le séjour du receveur. C'est l'établissement préleveur qui doit rembourser l'établissement de rattachement de l'équipe chirurgicale en fonction de l'organe prélevé.
- **<u>AUCUN</u>** forfait PO n'est facturable pour le prélèvement d'un organe chez un donneur vivant (cf. page 20).
- <u>Si deux équipes sont mobilisées</u> pour le prélèvement d'un même organe (ou paire d'organes), 1 seul forfait PO est facturable. **Le partage d'un organe n'autorise pas la facturation d'un 2ème PO**6 (foie) ou PO7 (poumon).
- Le prélèvement de 2 organes identiques (les 2 reins) n'autorise pas la facturation de 2 PO : le forfait est le même qu'1 seul rein soit prélevé ou les 2 (la norme).

Memento sur les règles de facturation des forfaits PO chez un <u>DDME</u>

Tableau 10 : Grille de codage pour la facturation des PO chez un <u>DDME</u>

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 chirurgie hépatique de Lille, le poumon par l'équipe de chirurgie thoracique de Foch.

⇨ Facturation à l'AM : 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

PO1 à 4	Organes prélevés	PO5(A) à 9	
PO3	Reins perfusés	POA	
	Cœur	PO8	
	Foie	PO6	→ Lille
	Poumon	PO7	→ Foch

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

Le forfait PO4 concerne tous les donneurs DDAC, M2 et M3, quel que soit le nombre d'organes prélevés. 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. En conséquence, **le forfait POA n'est *jamais* 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**)

Autres remarques

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)[11] en vue d'une greffe de ces tissus, l'intervention chirurgicale est considérée comme un prélèvement de tissus ; 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 cœur[12], finalement non réalisée, et que les valves sont néanmoins prélevées et mises en banque en vue d'une greffe de tissus, 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 motifs, 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.

En conséquence, 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*.

[11] 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 ».

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

3. PRÉLÈVEMENT CHEZ UN DONNEUR VIVANT

3.1. PRELEVEMENT 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** (JAFC003), 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 11 : 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 2024	DMS 2024	Tarif GHS 2025	Tarif GHS 2024	Evolution tarifs 2024-25
4116	11C031	Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection non tumorale, niveau 1	3384	2,85	**4 844,90 €**	4835,88	0,2%
4149		Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection non tumorale, niveau 1 **(donneurs de reins)**			**5 645,48 €**	5634,97	0,2%
4117	11C032	Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection non tumorale, niveau 2	1686	6,42	**8 359,87 €**	8344,3	0,2%
4150		Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection non tumorale, niveau 2 **(donneurs de reins)**			**9 160,43 €**	9143,37	0,2%
4118	11C033	Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection non tumorale, niveau 3	801	13,12	**13 432,00 €**	13406,98	0,2%
4151		Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection non tumorale, niveau 3 **(donneurs de reins)**			**14 232,59 €**	14206,08	0,2%
4119	11C034	Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection non tumorale, niveau 4	512	27,21	**19 824,75 €**	19787,83	0,2%
4152		Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection non tumorale, niveau 4 **(donneurs de reins)**			**20 625,33 €**	20586,92	0,2%

Par ailleurs et en sus, 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 20.

3.2. PRELEVEMENT D'UNE PARTIE DU 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.

4. SEJOURS POUR 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).

Lecture des tableaux suivants concernant les tarifs GHS :

Séjour-GHM 2024 Nombre de séjours PMSI groupés par GHM en 2024
DMS-GHM 2024 Durée moyenne de séjours PMSI groupés par GHM en 2024
Tarifs GHS 2025 Tarifs GHS des séjours ; lorsque le GHM se divise en deux GHS (GHS majorés), les deux lignes ci-dessus sont répétées

Tableau 12 : Tarifs GHS pour la transplantation d'organe

GHS	GHM	Libellé GHM	Secteur public				
			Séjour-GHM 2024	DMS 2024	Tarif GHS 2025	Tarif GHS 2024	Evolution tarifs 2024-25
8906	27C021	Transplantations hépatiques, niv. 1	16	6,44	**25 913,08 €**	25 662,72 €	1%
8907	27C022	Transplantations hépatiques, niv. 2	197	15,76	**36 836,67 €**	36 480,78 €	1%
8908	27C023	Transplantations hépatiques, niv. 3	513	23,97	**46 848,06 €**	46 395,44 €	1%
8909	27C024	Transplantations hépatiques, niv. 4	647	45,37	**56 369,14 €**	55 824,54 €	1%
8910	27C031	Transplantations pancréatiques, niveau 1	12	5,83	**13 742,80 €**	13 610,03 €	1%
8940		Transplantations pancréatiques, niveau 1 (TIL)			**61 188,90 €**	60 597,73 €	1%
8911	27C032	Transplantations pancréatiques, niveau 2	57	10,67	**20 414,44 €**	20 217,21 €	1%
8940		Transplantations pancréatiques, niveau 2 (TIL)			**61 188,90 €**	60 597,73 €	1%
8912	27C033	Transplantations pancréatiques, niveau 3	63	16,1	**25 011,09 €**	24 769,45 €	1%
8940		Transplantations pancréatiques, niveau 3 (TIL)			**61 188,90 €**	60 597,73 €	1%
8913	27C034	Transplantations pancréatiques, niveau 4	31	36,32	**34 162,79 €**	33 832,73 €	1%
8940		Transplantations pancréatiques, niveau 4 (TIL)			**61 188,90 €**	60 597,73 €	1%
8914	27C041	Transplantations pulmonaires, niv. 1	-	-	**21 877,66 €**	21 666,29 €	1%
8930		Transplantations pulmonaires, niv. 1 (cardio-pulmonaires)			**26 253,18 €**	25 999,54 €	1%
8915	27C042	Transplantations pulmonaires, niv. 2	-	-	**41 616,74 €**	41 214,67 €	1%
8931		Transplantations pulmonaires, niv. 2 (cardio-pulmonaires)			**49 940,10 €**	49 457,61 €	1%
8916	27C043	Transplantations pulmonaires, niv. 3	32	32,84	**50 999,55 €**	50 506,83 €	1%
8932		Transplantations pulmonaires, niv. 3 (cardio-pulmonaires)			**61 199,47 €**	60 608,20 €	1%
8917	27C044	Transplantations pulmonaires, niv. 4	279	60,34	**74 688,59 €**	73 967,00 €	1%
8933		Transplantations pulmonaires, niv. 4 (cardio-pulmonaires)			**89 626,31 €**	88 760,40 €	1%
8918	27C051	Transplantations cardiaques, niv. 1	-	-	**23 879,91 €**	23 649,20 €	1%
8934		Transplantations cardiaques, niv. 1 (assistance ventriculaire)			**47 878,47 €**	47 415,90 €	1%
8919	27C052	Transplantations cardiaques, niv. 2	11	26,45	**29 796,54 €**	29 508,67 €	1%
8935		Transplantations cardiaques, niv. 2 (assistance ventriculaire)			**53 795,10 €**	53 275,37 €	1%
8920	27C053	Transplantations cardiaques, niv. 3	100	34,61	**48 024,30 €**	47 560,32 €	1%
8936		Transplantations cardiaques, niv. 3 (assistance ventriculaire)			**72 022,86 €**	71 327,02 €	1%
8921	27C054	Transplantations cardiaques, niv. 4	294	56,26	**66 035,85 €**	65 397,85 €	1%
8937		Transplantations cardiaques, niv. 4 (assistance ventriculaire)			**90 034,40 €**	89 164,55 €	1%

***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 par 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 (SUITE) : Tarifs GHS pour la transplantation d'organe

GHS	GHM	Libellé GHM	Secteur public				
			Séjour-GHM 2024	DMS 2024	Tarif GHS 2025	Tarif GHS 2024	Evolution tarifs 2024-25
8922	27C061	Transplantations rénales, niv. 1	192	6,91	**13 989,24 €**	13 854,09 €	1,0%
8923	27C062	Transplantations rénales, niv. 2	1 896	11,59	**17 624,08 €**	17 453,81 €	1,0%
8924	27C063	Transplantations rénales, niv. 3	979	16,71	**24 358,91 €**	24 123,57 €	1,0%
8925	27C064	Transplantations rénales, niv. 4	483	24,71	**36 328,46 €**	35 977,48 €	1,0%
8926	27C071	Autres transplantations, niv. 1	-	-	**30 915,44 €**	30 616,76 €	1%
8927	27C072	Autres transplantations, niv. 2	-	-	**53 064,14 €**	52 551,47 €	1%
8928	27C073	Autres transplantations, niv. 3	-	-	**71 857,89 €**	71 163,65 €	1%
8929	27C074	Autres transplantations, niv. 4	-	-	**89 666,42 €**	88 800,12 €	1%

Tableau 13 : Tarifs GHS pour le rejet de greffe

GHS	GHM	Libellé GHM	Secteur public				
			Séjour-GHM 2024	DMS 2024	Tarif GHS 2025	Tarif GHS 2024	Evolution tarifs 2024-25
7604	21M151	Rejets de greffe, niveau 1	843	2,39	**2 124,46 €**	2 120,50 €	0%
7605	21M152	Rejets de greffe, niveau 2	729	8,29	**8 690,99 €**	8 674,80 €	0%
7606	21M153	Rejets de greffe, niveau 3	492	15,63	**18 349,10 €**	18 314,93 €	0%
7607	21M154	Rejets de greffe, niveau 4	270	30,84	**30 736,53 €**	30 679,29 €	0%
7608	21M15T	Rejets de greffe, très courte durée	1 066	0	**1 042,19 €**	1 040,25 €	0%
7628	21M15T	Rejets de greffe, très courte durée			**519,00 €**	518,03 €	0%

Tableau 14 : Tarifs GHS pour le suivi post-greffe

GHS	GHM	Libellé GHM	Secteur public				
			Séjour-GHM 2024	DMS 2024	Tarif GHS 2025	Tarif GHS 2024	Evolution tarifs 2024-25
1219	04M211	Suivis de greffe pulmonaire, niv. 1	7 539	0,09	**978,14 €**	976,32 €	0%
1252	04M211	Suivis de greffe pulmonaire, niv. 1			**392,55 €**	391,82 €	0%
1220	04M212	Suivis de greffe pulmonaire, niv. 2	135	4,19	**3 146,88 €**	3 141,02 €	0%
1221	04M213	Suivis de greffe pulmonaire, niv. 3	73	7,27	**4 217,62 €**	4 209,77 €	0%
1222	04M214	Suivis de greffe pulmonaire, niv. 4	15	14,8	**7 203,54 €**	7 190,12 €	0%
1722	05K151	Surveillances de greffes de coeur avec acte diagnostique par voie vasculaire, niv. 1	709	1,62	**1 425,07 €**	1 422,42 €	0%
1723	05K152	Surveillances de greffes de coeur avec acte diagnostique par voie vasculaire, niv. 2	56	4,46	**3 671,60 €**	3 664,76 €	0%
1724	05K153	Surveillances de greffes de coeur avec acte diagnostique par voie vasculaire, niv. 3	20	8,95	**5 614,81 €**	5 604,35 €	0%
1725	05K154	Surveillances de greffes de coeur avec acte diagnostique par voie vasculaire, niv. 4	-	-	**7 109,62 €**	7 096,38 €	0%
1726	05K15J	Surveillances de greffes de coeur avec acte diagnostique par voie vasculaire, en ambulatoire	-	0	**1 425,07 €**	1 422,42 €	0%
1799	05M191	Surveillances de greffes de coeur sans acte diagnostique par voie vasculaire, niv. 1	-	0,0	**823,15 €**	821,62 €	0%
5045	05M191	Surveillances de greffes de coeur sans acte diagnostique par voie vasculaire, niveau 1			**519,00 €**	518,03 €	0%
1800	05M192	Surveillances de greffes de coeur sans acte diagnostique par voie vasculaire, niv. 2	-	4,78	**1 704,01 €**	1 700,84 €	0%
1801	05M193	Surveillances de greffes de coeur sans acte diagnostique par voie vasculaire, niv. 3	-	6,25	**2 345,87 €**	2 341,50 €	0%
1802	05M194	Surveillances de greffes de coeur sans acte diagnostique par voie vasculaire, niv. 4	-	-	**3 333,95 €**	3 327,74 €	0%
2185	06M15Z	Suivis de greffe de l'appareil digestif	-	-	**2 394,12 €**	2 370,99 €	1%
5058	06M15Z	Suivis de greffe de l'appareil digestif	-	-	**519,00 €**	518,03 €	0%
2554	07M121	Suivis de greffe de foie et de pancréas, niv. 1	7 327	0,09	**901,70 €**	900,02 €	0%
2582	07M121	Suivis de greffe de foie et de pancréas, niv. 1			**392,55 €**	391,82 €	0%
2555	07M122	Suivis de greffe de foie et de pancréas, niv. 2	93	5,51	**3 950,13 €**	3 942,77 €	0%
2556	07M123	Suivis de greffe de foie et de pancréas, niv. 3	47	13,81	**6 342,41 €**	6 330,60 €	0%
2557	07M124	Suivis de greffe de foie et de pancréas, niv. 4	24	29,71	**7 630,64 €**	7 616,43 €	0%
4336	11M171	Surveillances de greffes de rein, niv. 1	25 349	0,04	**1 007,23 €**	1 005,35 €	0%
4358	11M171	Surveillances de greffes de rein, niv. 1			**519,00 €**	518,03 €	0%
4337	11M172	Surveillances de greffes de rein, niv. 2	181	5,92	**3 630,04 €**	3 623,28 €	0%
4338	11M173	Surveillances de greffes de rein, niv. 3	68	10,56	**5 289,76 €**	5 279,91 €	0%
4339	11M174	Surveillances de greffes de rein, niv. 4	48	14,69	**6 091,05 €**	6 079,71 €	0%

FINANCEMENT de la transplantation d'îlots pancréatique (TIL)

La Haute Autorité de Santé (HAS) a confirmé, dans un rapport publié en juillet 2020[13], la place de la transplantation d'îlots pancréatiques ou de Langerhans (TIL), dans l'arsenal thérapeutique. Considérant les risques liés aux hypoglycémies sévères et non ressenties de patients, dont la qualité de vie et l'activité socio-professionnelle est altérée. La HAS a listé les indications de la TIL :

- patients présentant un diabète insulinoprive (diabète de type 1) chroniquement instable avec fonction rénale conservée (allogreffe) ;
- patients présentant un diabète insulinoprive et une insuffisance rénale (le plus souvent en raison d'une néphropathie diabétique) avec indication de transplantation rénale, la TIL pouvant être simultanée ou différée (allogreffe) ;
- patients présentant un diabète insulinoprive avec greffon rénal fonctionnel et présentant un taux d'HbA1c ≥ 7% ou des hypoglycémies sévères (allogreffe) ;
- patients présentant un risque de diabète insulinopénique ou insulinoprive à la suite d'une chirurgie pancréatique étendue ou totale ou à la suite d'un traumatisme pancréatique entraînant une dévascularisation étendue ou totale du pancréas (autogreffe).

Dès 2021, un financement via un GHS a été défini pour le passage en routine de cette activité.

Le tarif 2025 de ce GHS est de **61 188.90 €**. Ce GHS est versé pour chaque séjour où une injection d'îlots pancréatiques est effectuée, quel que soit le nombre d'injections nécessaires à la transplantation proprement dite (2 à 3 injections nécessaires le plus souvent par transplantation).

Ont été considérés dans le tarif du GHS, les coûts de production des îlots et les coûts d'hospitalisations dont la valorisation de ces coûts sont issus du PHRC TRIMECO et du contrôle de gestion sur les données 2020 des CHU de Lille et Montpellier.

Ainsi, dès lors qu'un acte de transplantation pancréatique, quelques soit la technique utilisée (par voie radiologique ou par voie chirurgicale) avec le codage CCAM HNEH900 a été réalisée, la production du GHM 27C031, 27C032, 27C033 ou 27C034 donne lieu à facturation du GHS 8940.

[13] Rapport d'évaluation sur la transplantation d'îlots pancréatiques, validé par le Collège de la HAS le 16 juillet 2020 : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-07/transplantion_ilots_pancreatiques.pdf

5. FORFAIT ANNUEL GREFFE (ORGANES)

Le forfait annuel greffe, ou 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 » (1er janvier au 31 décembre). Il est calculé par le pôle OFAS de l'Agence de la biomédecine en fonction des données saisies dans CRISTAL, et versé aux établissements de santé par les ARS l'année « N ».

Le FAG est communément désigné *au singulier* mais il comprend en réalité **plusieurs composantes**.

Le FAG est en effet destiné à compenser les charges financières des établissements de santé, charges liées aux différentes activités indispensables, connexes à la greffe telles que :

- la **coordination** des activités de greffe avec donneurs décédés et vivants ;
- la prise en charge des greffés par des **paramédicaux en pré-greffe et post-greffe** (psychologues, diététiciens, assistants sociaux, kinésithérapeutes, …) ;
- 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 conservation[14] éventuellement fourni par l'établissement siège du prélèvement ;
- le **transport des greffons** ;
- lors de **l'inscription** sur liste nationale d'attente : le typage HLA des patients ;
- le **suivi HLA** (recherche d'Ac anti-HLA) des patients sur liste ;
- les analyses HLA pour **cross match** au moment de la greffe ;
- l'utilisation des machines de **perfusion rénale** (encadré page 23) ;
- la **perfusion-réhabilitation pulmonaire** (encadré pages 24) ;
- la **perfusion hypothermique du foie** (encadré page 25) ;
- 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…) ;
- le suivi de la **cohorte de donneurs vivants** (voir encadré page 22) ;
- les **missions d'étude clinique** et le suivi des greffés (encadré page 26).

[14] 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.

Tableau 15 : Montants du FAG organes

	Tarifs 2025		2024	
FAG ORGANES	**Rein**	**Autres organes**	Rein	Autres organes
Par tranche de 10 greffes (avec un minimum de 5 greffes)	**49 060 €**	**43 488 €**	48 333 €	42 843 €
Par tranche de 10 patients inscrits* (avec un minimum de 5 greffes)	**11 421 €**	**10 308 €**	11 252 €	10 155 €
Valorisation linéaire par donneur vivant** pour la greffe rénale la moyenne des greffes sur 3 ans doit être égale à 5 pour la greffe hépatique la moyenne des greffes sur 3 ans doit être égale à 1	**7 038 €**	**7 038 €**	6 934 €	6 934 €
Prise en compte du suivi des donneurs vivants de rein : FAG cohorte	**selon le % de DV suivis dans Cristal cf. p. 27**			
Par tranche de 3 utilisations de machines à perfusion, pour la perfusion des deux reins	**10 696 €**		10 537 €	
Par utilisation de machine à perfusion-ventilation pour la réhabilitation ex vivo d'un greffon pulmonaire		**38 033 €**		37 469 €
Par utilisation de machine à perfusion-hypothermique pour la perfusion d'un greffon hépatique		**5 327 €**		5 248 €

** Le nombre de patients inscrits s'entend comme le nombre de patients inscrits au 1er 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 au 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)*

FAG DV

PRISE EN CHARGE DU DONNEUR VIVANT (bilan, prélèvement pré-greffe) depuis 2020

La composante DV du FAG correspond au soutien financier pour la prise en charge des frais du donneur vivant[15] (coordination de greffe, forfait journalier, ticket modérateur, déplacements, hébergement, compensation salariale, …). Dans l'évaluation du montant de ce forfait, le fait que tous les bilans de donneurs n'aboutissent pas à un prélèvement a été pris en compte.
L'activité DV retenue pour le montant du forfait est le **nombre annuel moyen, sur 3 ans**, afin de lisser les différences d'une année sur l'autre, différences qui peuvent être conjoncturelles (liées aux couples receveur/donneur).
Par ailleurs le séjour pour prélèvement du DV fait l'objet d'un GHS majoré (voir page 17).

En 2020, le financement a été revalorisé, dans le but de soutenir la greffe à partir de DV pour les équipes qui s'y engagent et s'organisent (coordination de greffe).
Le calcul du nombre de greffes pour le forfait distingue désormais les DV reins et les DV foie (établissements où les deux types de greffe sont pratiqués), et il est valorisé à l'unité, c'est-à-dire par donneur.

En résumé :
- FAG individualisés pour greffe rénale/DV et greffe hépatique/DV
- Cumul des activités Ad. et Péd. sur l'équipe Adulte
- Greffe rénale/DV : seuil >= 5 en moyenne sur 3 ans
- Greffe hépatique/DV : seuil >= 1 en moyenne sur 3 ans
- Financement par le FAG : linéaire PAR greffe dès la 1ère, si condition de seuil remplie

CAS DE LA PEDIATRIE

La prise en charge des donneurs vivants pour les greffes DV chez des receveurs pédiatriques sont parfois effectuées par une équipe différente voire située dans un autre établissement. Afin de ne pas risquer que l'activité ne soit pas prise en compte du fait d'un nombre de greffes situé en-deçà du seuil, les greffes DV pédiatriques ont été cumulées avec les greffes DV chez des receveurs adultes pour les équipes suivantes :
- activité de Robert Debré ajoutée à Saint Louis
- activité de Necker enfants ajoutée à Necker adulte
- activité de Marseille-Timone enfant ajoutée à Marseille-Conception
- activité de Montpellier Arnaud-de-Villeneuve ajoutée à Montpellier-Lapeyronie
- activité Toulouse mère enfant ajoutée à Toulouse Rangueil

Du fait du partage des activités entre les équipes (bilan + prélèvement + suivi du donneur par l'équipe adulte, prise en charge du receveur et greffe côté enfant),

Concernant les financements ce n'est probablement pas un reflet de la réalité que *toute la dotation FAG DV aille du côté adulte* car il n'y a *pas de greffe.* Il est proposé de **répartir par moitié[16] le financement FAG DV entre équipes adulte et pédiatrique,** les greffes étant comptabilisées du côté pédiatrique :

Équipe PEDIATRIQUE : FAG DV = (7 038€/2) x nb de greffes de receveur pédiatrique avec DV adulte
Équipe ADULTE : FAG DV = (7 038€ x nb de greffes DV chez l'adulte) + ((7 038€/2) x nb de greffes pédiatriques avec DV adulte pris en charge).

Les équipes adultes/enfants sont invitées à signer une convention ou à prendre en compte cette répartition avec les DAF et la direction générale de leur(s) établissement(s).

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

[16] Une répartition différente, par convention, est souhaitable entre le CHU de la REUNION et les autres CHU, étant donné que c'est l'équipe pédiatrique qui effectue le bilan et le recrutement des DV ADULTES.

SUIVI DU DONNEUR VIVANT (post-greffe) : FAG cohorte DV rein

Le suivi des donneurs vivants est organisé de diverses manières selon les équipes (coordination de greffe, secrétariat médical, IDE, médecins…). Ce suivi est inscrit dans la loi ; il est indispensable, notamment pour permettre l'évaluation épidémiologique de l'état de santé des donneurs à court comme à long terme. La cohorte des DV suivis augmente par définition parallèlement à l'augmentation de l'activité de greffe DV.

Il est créé, à partir de 2020, **un financement de soutien aux équipes pour organiser ce suivi** des DV de rein.

Le montant est fixé selon le nombre de donneurs vivants suivis pas l'équipe, et selon l'exhaustivité et la qualité de ce suivi dans CRISTAL DV. L'indicateur choisi, intitulé « cop » et créé en 2005, correspond au pourcentage de donneurs vivants, dont le taux de suivi est considéré comme adéquat[17], soit 80% pour permettre l'évaluation épidémiologique.

Le modèle de financement a été construit, à la demande du ministère, selon la méthode utilisée pour les financements à la qualité (IFAQ).

Le FAG COHORTE consiste à répartir les équipes selon leur taux et l'écart par rapport à l'objectif cible de 100% (exhaustivité) et le taux minimal (80%) ; la situation par rapport à l'année antérieure est également prise en compte (amélioration ou au contraire détérioration du résultat).

Voici le modèle de financement pour le FAG cohorte :

FAG COHORTE		Tarifs 2025		Tarifs 2024	
Par donneur vivant suivi		Financement socle	BONUS à l'amélioration	Financement socle	BONUS à l'amélioration
SI COP = 100% => max €		120 €		118 €	
SI COP [100;	amélioration	61 €	18 €	61 €	17 €
	détérioration	62 €		61 €	
SI COP [80;0	amélioration	0 €	18 €		17 €
	détérioration	0 €			

Par donneur vivant suivi, le FAG cohorte est la somme de la dotation socle et du bonus éventuel

Par exemple, pour une équipe qui suit 500 DV, et qui a un taux COP de 95%, en amélioration depuis l'année antérieure, le FAG COHORTE sera : [Nb de DV x (financement socle + bonus)] soit [500 x (61+18)] = 39 500€

Pour une équipe qui a une cohorte de 350 DV, un taux de 75% avec une détérioration par rapport à l'année d'avant où ce taux était de 80%, le FAG COHORTE sera nul ; si en revanche le taux était en amélioration, le financement serait de 18€ par donneur, soit un financement annuel de [350 x 18] =6 300 €

[17] Pour les DV résidant en France : nombre de donneurs avec au moins 25% des suivis attendus / nombre de donneurs résidant en France. Pour les donneurs résidant à l'étranger : nombre de donneurs avec un suivi postopératoire et au moins un suivi annuel / nombre de donneurs résidents à l'étranger.

FINANCEMENT des MACHINES de PERFUSION RENALE (depuis 2012)

La perfusion des reins est :

- FORTEMENT RECOMMANDEE chez un donneur **décédé en état de mort encéphalique à critères élargis** (UNOS*)
- OBLIGATOIRE chez un donneur **décédé après arrêt circulatoire** (Maastricht 2 ou 3)
- DANS TOUS LES CAS, **les deux reins** doivent être placés sur machine à perfusion** à l'issue du prélèvement chirurgical, dans le bloc de prélèvement.

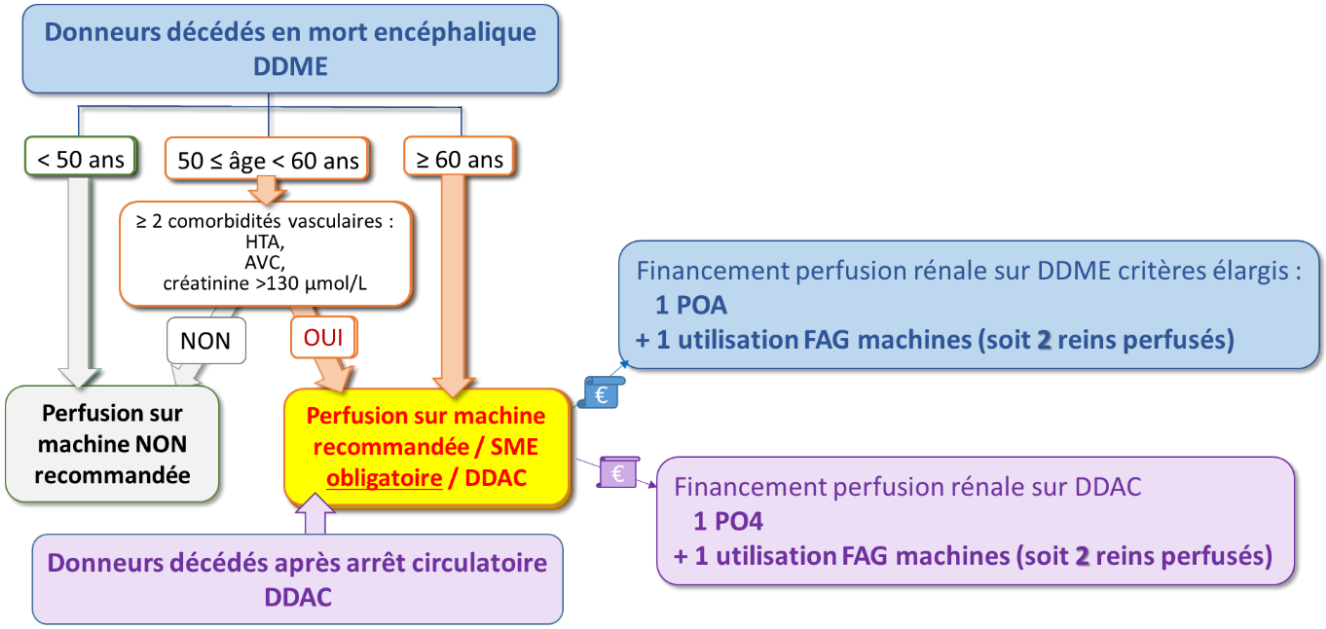
La perfusion rénale est financée par 2 types de forfaits : l'un relatif au prélèvement, l'autre à la greffe.

1) Le premier forfait appartient à la liste des forfaits **PO** (pour Prélèvements d'Organe) :
   - **Forfait POA** s'il s'agit d'un donneur SME ; ce forfait POA, à l'instar des forfaits PO5 à PO9, sert à indemniser l'établissement de rattachement du chirurgien réalisant le prélèvement. Le montant est majoré par rapport au PO5 (prélèvement de(s) rein(s)) car il tient compte de l'allongement du temps chirurgical lié à la mise des reins sous machine lors du prélèvement. Le forfait POA vient en sus d'un forfait PO 1 à 3
   - **Forfait PO4** s'il s'agit d'un donneur DDAC M3 ; il n'est pas possible de facturer le POA car le coût de la perfusion rénale, obligatoire, a directement été intégrée au forfait PO4.
2) Le second forfait est une composante du forfait annuel greffe (**FAG**) : forfait **FAG perfusion rénale**
   Il est lié à la greffe car ce sont essentiellement les équipes de greffe qui supportent les charges liées aux machines.
   Ce FAG perfusion rénale est **alloué par tranche de trois utilisations de machines** *(soit 3 donneurs et 6 reins)* afin de financer le fonctionnement en routine notamment :
   - l'achat du kit de perfusion (cassette, canule, liquide de perfusion, champ stérile et canule de rechange),
   - la gestion et la préparation des machines,
   - le transport de retour des machines vers le site propriétaire.

Seules les perfusions répondant à ces critères et renseignées dans CRISTAL en temps réel sont financées.

Dans cet objectif, le décompte annuel des donneurs pour l'attribution du FAG machine est examiné par les services régionaux de l'ABM sur les bases suivantes, **après analyse de la disponibilité réelle des machines** :

- 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 1er rein est perfusé ; le 2è rein est transporté en container et perfusé *mais 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.



** Critères UNOS (cf. schéma) : âge ≥ 60 ans OU âge entre 50 et 59 ans avec au moins 2 facteurs de risque (antécédent d'HTA, décès d'accident vasculaire, créatinine > 130 µmoles/l).*
*** Décision du Comité médical et scientifique de l'ABM (délibération 2012-5, séance du 13 mars 2012).*

FINANCEMENT de la REHABILITATION PERFUSION PULMONAIRE Ex-Vivo (depuis 2019)

En 2019, une nouvelle composante du forfait annuel greffe (**FAG**) est créée, 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 après utilisation de ce dispositif, pendant l'année N-1.

Le montant de ce forfait est de **38 033€ 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 »).

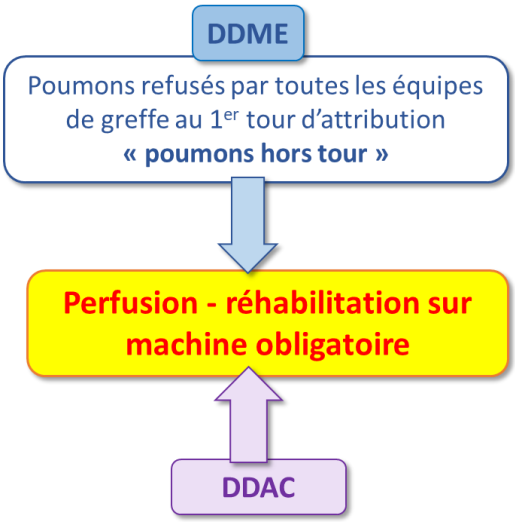
Ces indications sont susceptibles d'évoluer avec les progrès des connaissances et la révision des recommandations émises par la Société Française de Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire (SFCTCV).

b) Eligibilité 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.



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

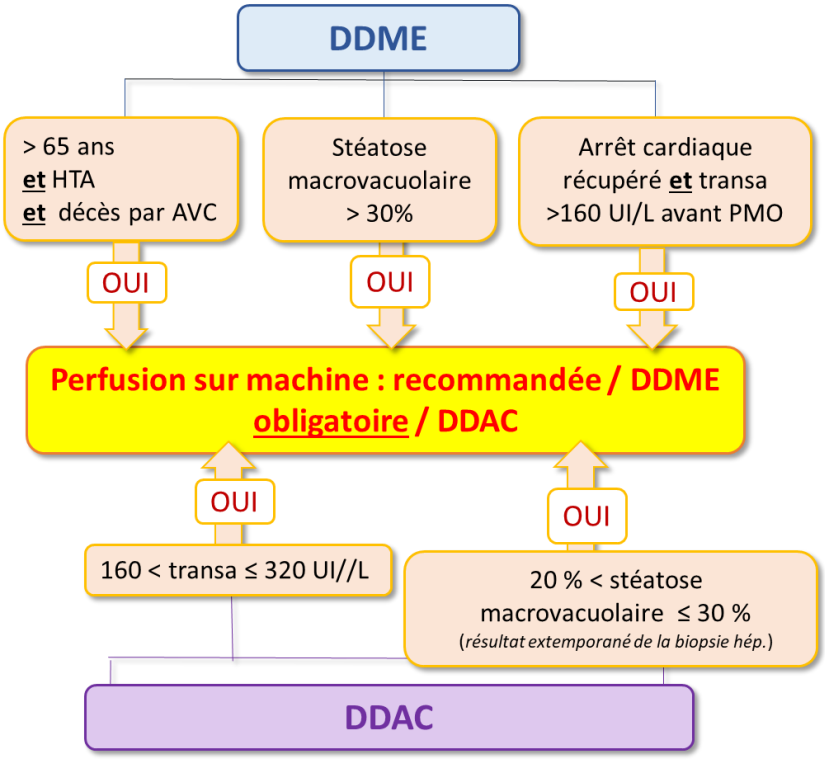
FINANCEMENT de la PERFUSION HEPATIQUE HYPOTHERMIQUE (à partir de 2023)

En 2023, une nouvelle composante du forfait annuel greffe (FAG) est créée afin de financer le surcoût lié à l'utilisation d'une machine de perfusion hypothermique oxygénée des greffons (**PHF** pour perfusion hypothermique du foie). Ce nouveau forfait est versé en fonction du nombre de greffes hépatiques ayant utilisé ce dispositif médical, effectuées pendant l'année N-1. Son montant inclut du temps chirurgical (1h) et du temps paramédical (3h).

Pour l'année 2024, ce forfait s'élève à **5 327 €** par greffe hépatique réalisée après utilisation de ce dispositif.

Il est attribué selon les conditions suivantes : a) indications, b) organisation de la PHF.

a) Indications validées par l'ACHBT : les greffons à critères élargis issus de donneurs décédés en état de mort encéphalique ou après arrêt circulatoire contrôlé (Maastricht III) selon le schéma suivant :



b) Organisation de la PHF

1. La perfusion a lieu sur le site de greffe
2. Le forfait est identique quel que soit le type de machine hypothermique utilisé (marquage CE obligatoire)
3. La perfusion hépatique hypothermique doit être **saisie dans CRISTAL receveur** en temps réel
4. En cas d'échec de la perfusion, le forfait n'est pas attribué (le décompte étant basé sur le nombre de greffes après perfusion)

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

MISSIONS 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), 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.** Lors de l'inclusion de ces missions dans le FAG organe en 2013, celui-ci 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).

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, (nombre de greffes de rein à partir de donneur décédé = 58)
- 62 greffes d'autres organes (foie et poumon), dont 2 avec don de vivant, (nombre de greffes autres organes à partir de donneur décédé = 60)
- 528 patients inscrits au 1er 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 1er janvier de l'année « N-1 » sur liste d'attente pour une greffe de foie et 28 nouveaux inscrits en cours d'année (34 + 28 = 62),
- 15 donneurs à critères élargis de rein, dont les greffons ont été 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,
- 17 greffes de Rein sont réalisées à partir de donneur vivant l'année « N-1 », 15 l'année « N-2 » et 12 l'année « N-3 », (une moyenne DV Rein sur 3 ans = 15.33)
- 2 greffes de Foie sont réalisées à partir de donneur vivant l'année « N-1 », 1 l'année « N-2 » et 1 l'année « N-3 », (une moyenne DV Foie sur 3 ans = 1.33)
- 22 greffes de foie avec procédure de perfusion hépatique hypothermique

L'établissement a réalisé un total de (75 + 62) = **137 greffes** dont (17+2) = **19** à partir de donneurs vivants et (58+60) = **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 58 greffes de rein et 60 greffes d'autres organes à partir de donneurs décédés.
Il est donc éligible à la 6ème tranche (de 51 à 60) pour les greffes de reins et la 6ème (de 51 à 60) pour les greffes d'autres organes.
Ainsi, il bénéficie d'un financement de : (6 x **49 060€**) + (6 x **43 488€**) = **555 288€**

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 61ème tranche (de 601 à 610) pour les inscrits en greffe de rein et à la 7ème tranche (de 61 à 70) pour les inscrits en greffe d'autres organes.
Ainsi, il bénéficie d'un financement de : (61 x **11 421€**) + (7 x **10 308€**) = **768 837€**

3 - Montant des composantes perfusion (rein, poumon, foie)

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 5ème tranche (de 13 à 15) pour le nombre d'utilisation de machines à perfusion rénale et bénéficie d'un financement de : 5 x **10 696€** = **53 480€**
L'établissement a réalisé 11 greffes de poumons avec procédure de perfusion pulmonaire ex-vivo ; il est ainsi éligible à un financement de 11 x **38 033€** = **418 363€**
L'établissement a réalisé 22 greffes de foie avec procédure de perfusion hépatique hypothermique ; il est ainsi éligible à un financement de 22 x **5 327€** = **117 194€**

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 de Rein [(19+15+12) / 3] à partir d'un donneur vivant. Ce nombre étant supérieur ou égal à **5**, l'établissement est éligible à 16 * 7 038= **112 608€**).
En effet le chiffre moyen est arrondi à l'unité supérieure : 15,33 greffes DV en moyenne sur 3 ans => 16 greffes DV.
Dans le cas contraire (nombre moyen de greffes à partir de donneurs vivants <5), la somme versée serait nulle pour cette composante du FAG.

- 1,33 greffes de Foie [(2+1+1) / 3] à partir d'un donneur vivant. Ce nombre étant supérieur ou égal à **1**, l'établissement est éligible à 2 * 7 038= **14 076€**).
Dans le cas contraire (nombre moyen de greffes à partir de donneurs vivants <1), la somme versée serait nulle pour cette composante du FAG.

5 - Montant de la composante Suivi de la cohorte donneur vivant Rein

L'établissement suit 344 donneurs vivants de rein en 2019, avec une exhaustivité des données du registre de 98% (COP = 98%) et une amélioration vs l'année N-1 de cet indicateur (92%).
L'établissement est ainsi éligible à [344*(61+18)] = **27 176€**

Au total, au titre des cinq composantes du FAG, l'établissement perçoit un FAG total de : 2 067 022 €., *en sus* des GHS pour les séjours correspondants aux greffes, suivis, rejets, … etc., à travers le PMSI.

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
1 - Greffe donneur décédé	Reins	58	6	294 360 €
	Autres organes	60	6	260 928 €
2 - Greffe donneur vivant	Moyenne DV R sur 3 ans	15,33	- 16 -	112 608 €
	Moyenne DV F sur 3 ans	1,33	- 2 -	14 076 €
3 - En attente* + Nouveaux inscrits**	Reins	601	61	696 681 €
	Autres organes	62	7	72 156 €
4 - Procédures de perfusion	Reins	15	5	53 480 €
	Poumons	11		418 363 €
	Foie	22		117 194 €
5 - FAG cohorte	Nb donneurs suivis en 2019	344		
	Indicateur COP	98%		27 176 €
			Total FAG	**2 067 022 €**

**au 31/12 année N-1*

*** année N*

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

6. MIG BANQUES HOSPITALIÈRES DE TISSUS

Afin de soutenir le prélèvement de tissus et les établissements de santé qui maintiennent une activité de banque de tissus, une **enveloppe MIG** (Missions d'intérêt général), a été créée ; son intitulé est le suivant : **« prélèvements de tissus lors de prélèvements multi-organes et à cœur arrêté »**. Cette MIG a été rénovée en 2013.
A l'origine, la dotation MIG visait à compenser les frais de fonctionnement des banques hospitalières de tissus dont les tissus produits étaient destinés à n'être délivrés qu'au sein du même hôpital : de ce fait ces banques ne bénéficiaient pas d'un 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.
Les nouvelles modalités de versement de la MIG Banques hospitalières de tissu sont les suivantes :

Modalités d'attribution de la MIG « prélèvements de tissus lors de prélèvements multi-organes et à cœur arrêté »[18]

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-1.

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

- **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.

Les modalités de versement de la MIG prévoient trois sous-enveloppes, correspondant chacune à un niveau d'activité défini ; les critères de niveau diffèrent entre les deux composantes :

- **pour la part structurelle**, les trois catégories sont définies selon le nombre total de tissus prélevés chez un donneur décédé[19], 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 et autres tissus ostéo-ligamentaire, la peau (en dm2), les artères, les veines, les cornées et les valves cardiaques.
- **pour la part activité**, seules trois catégories de tissus réceptionnés au cours d'une année sont prises en compte : os massifs, appareil ostéoligamentaire, artères, car ces tissus les plus en situation de pénurie : la MIG se veut donc incitative au prélèvement de ces tissus. Ajoutons que le prélèvement d'os massifs est une activité lourde, consommatrice de moyens humains et organisationnels (chirurgie longue, 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.

[18] 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.

[19] Les tissus non prélevés mais issus de don « du vivant », c'est-à-dire les résidus opératoires (têtes fémorales, membranes amniotiques, ne sont *PAS* comptabilisés ici.

Tableau 15 : Montants 2024 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**
moins de 100 tissus	**43 304 €**
entre 100 et 999 tissus	**89 172 €**
à partir de 1000 tissus	**112 105 €**

Nombre d'os massifs (x4) et artères réceptionnés	Montant de la part **activité**
moins de 100 tissus	**43 304 €**
entre 100 et 199 tissus	**89 172 €**
à partir de 200 tissus	**112 105 €**

7. SEJOURS POUR 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 sus[20].**
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.

7.1. ALLOGREFFES TISSULAIRES AVEC GREFFONS INTEGRES 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				
			Séjour-GHM 2024	DMS 2024	Tarif GHS 2025	Tarif GHS 2024	Evolution tarifs 2024-25
440	02C091	Allogreffes de cornée, niveau 1 (greffons cornéens)	4 318	1,77	**3 113,42 €**	3 083,34 €	1%
460		Allogreffes de cornée, niveau 1 (membranes amniotiques)			**1 972,54 €**	1 953,48 €	1%
441	02C092	Allogreffes de cornée, niveau 2 (greffons cornéens)	307	8,08	**5 157,25 €**	5 107,42 €	1%
461		Allogreffes de cornée, niveau 2 (membranes amniotiques)			**4 016,38 €**	3 977,58 €	1%
442	02C093	Allogreffes de cornée, niveau 3 (greffons cornéens)	100	13,51	**9 008,97 €**	8 921,93 €	1%
462		Allogreffes de cornée, niveau 3 (membranes amniotiques)			**7 868,08 €**	7 792,06 €	1%
443	02C094	Allogreffes de cornée, niveau 4 (greffons cornéens)	76	12,93	**14 671,25 €**	14 529,51 €	1%
463		Allogreffes de cornée, niveau 4 (membranes amniotiques)			**13 530,39 €**	13 399,67 €	1%
444	02C09J	Allogreffes de cornée, en ambulatoire (greffons cornéens)	3 347	0	**3 113,42 €**	3 083,34 €	1%
464		Allogreffes de cornée, en ambulatoire (membranes amniotiques)			**1 972,54 €**	1 953,48 €	1%

GHS	GHM	Libellé GHM	Secteur privé				
			Séjour-GHM 2024	DMS 2024	Tarif GHS 2025	Tarif GHS 2024	Evolution tarifs 2024-25
440	02C091	Allogreffes de cornée, niveau 1 (greffons cornéens)	1885	1,24	**2 644,81 €**	2 613,57 €	1%
460		Allogreffes de cornée, niveau 1 (membranes amniotiques)			**1 521,49 €**	1 503,52 €	1%
441	02C092	Allogreffes de cornée, niveau 2 (greffons cornéens)	-	-	**5 472,93 €**	5 408,28 €	1%
461		Allogreffes de cornée, niveau 2 (membranes amniotiques)			**4 349,60 €**	4 298,22 €	1%
442	02C093	Allogreffes de cornée, niveau 3 (greffons cornéens)	-	-	**9 961,60 €**	9 843,92 €	1%
462		Allogreffes de cornée, niveau 3 (membranes amniotiques)			**8 838,29 €**	8 733,88 €	1%
443	02C094	Allogreffes de cornée, niveau 4 (greffons cornéens)	-	-	**16 789,78 €**	16 591,44 €	1%
463		Allogreffes de cornée, niveau 4 (membranes amniotiques)			**15 666,47 €**	15 481,40 €	1%
444	02C09J	Allogreffes de cornée, en ambulatoire (greffons cornéens)	5 146	0	**2 644,81 €**	2 613,57 €	1%
464		Allogreffes de cornée, en ambulatoire (membranes amniotiques)			**1 521,49 €**	1 503,52 €	1%

[20] 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 2024	DMS 2024	Tarif GHS 2025	Tarif GHS 2024	Evolution tarifs 2024-25	Séjour-GHM 2024	DMS 2024	Tarif GHS 2025	Tarif GHS 2024	Evolution tarifs 2024-25
7802	22C021	Brûlures non étendues avec greffe cutanée, niv. 1	524	5,85	**8 583,92 €**	8 500,99 €	1%	-	1,86	**8 825,59 €**	8 721,33	1%
7803	22C022	Brûlures non étendues avec greffe cutanée, niv. 2	567	17,62	**21 542,94 €**	21 334,81 €	1%	-	-	**10 148,46 €**	10 028,57	1%
7804	22C023	Brûlures non étendues avec greffe cutanée, niv. 3	326	25,53	**30 723,68 €**	30 426,85 €	1%	-	-	**11 501,45 €**	11 365,58	1%
7805	22C024	Brûlures non étendues avec greffe cutanée, niv. 4	380	40,33	**51 762,92 €**	51 262,82 €	1%	-	-	**19 080,33 €**	18 854,93	1%
7810	22C02J	Brûlures non étendues avec greffe cutanée, en ambulatoire		0	**2 548,45 €**	2 523,83 €	1%	27		**2 377,52 €**	2 349,43	1%
7806	22C031	Brûlures non étendues avec parages de plaie ou autres interventions chirurgicales, niv. 1	314	2,2	**4 178,21 €**	4 170,43 €	0%	48	0,21	**1 592,70 €**	1 586,28	0%
7807	22C032	Brûlures non étendues avec parages de plaie ou autres interventions chirurgicales, niv. 2	66	10,91	**12 493,24 €**	12 469,97 €	0%	-	-	**7 101,63 €**	7 073,00	0%
7808	22C033	Brûlures non étendues avec parages de plaie ou autres interventions chirurgicales, niv. 3	45	17,91	**16 106,32 €**	16 076,32 €	0%	-	-	**7 828,78 €**	7 797,22	0%
7809	22C034	Brûlures non étendues avec parages de plaie ou autres interventions chirurgicales, niv. 4	33	22,36	**28 002,26 €**	27 950,11 €	0%	-	-	**13 244,49 €**	13 191,10	0%
7852	22K02J	Brûlures sans acte opératoire, avec anesthésie, en ambulatoire	2 085,0	0	**1 095,40 €**	1 084,82 €	1%	34,0	0	**395,59 €**	390,92 €	1%
7853	22M021	Brûlures et gelures non étendues sans intervention chirurgicale, niv. 1	1 183	5,57	**3 517,62 €**	3 511,07 €	0,19%	-	-	**653,16 €**	650,53 €	0%
7854	22M022	Brûlures et gelures non étendues sans intervention chirurgicale, niv. 2	989	9,81	**5 702,70 €**	5 692,08 €	0,19%	-	-	**2 654,69 €**	2 643,99 €	0%
7855	22M023	Brûlures et gelures non étendues sans intervention chirurgicale, niv. 3	372	12,5	**7 774,47 €**	7 759,99 €	0,19%	-	-	**3 883,76 €**	3 868,10 €	0%
7856	22M024	Brûlures et gelures non étendues sans intervention chirurgicale, niv. 4	154	20,53	**12 956,33 €**	12 932,20 €	0,19%	-	-	**5 820,73 €**	5 797,27 €	0%
7862	22M02T	Brûlures et gelures non étendues sans intervention chirurgicale, très courte durée	3233	0,32	**761,28 €**	759,86 €	0,19%	98	0,22	**275,75 €**	274,64 €	0%
7811	22M02T	Brûlures et gelures non étendues sans intervention chirurgicale, très courte durée			**335,97 €**	335,34 €	0,19%			**129,39 €**	128,87 €	0%
7857	22Z021	Brûlures étendues, niveau 1	73	2,11	**9 248,89 €**	9 231,67 €	0%	-	-	-	-	-
7812	22Z021	Brûlures étendues, niveau 1			**9 248,89 €**	9 231,67 €	0%	-	-	-	-	-
7858	22Z022	Brûlures étendues, niveau 2	26	8	**38 672,78 €**	38 600,76 €	0%	-	-	-	-	-
7859	22Z023	Brûlures étendues, niveau 3	44	17,02	**57 262,82 €**	57 156,18 €	0%	-	-	-	-	-
7860	22Z024	Brûlures étendues, niveau 4	146	52,03	**103 519,20 €**	103 326,41 €	0%	-	-	-	-	-
7861	22Z03Z	Brûlures avec transfert vers un autre établissement MCO : séjours de moins de 2 jours	792	0,39	**930,88 €**	929,15 €	0%	12	0,33	**439,24 €**	437,47 €	0%
7813	22Z03Z	Brûlures avec transfert vers un autre établissement MCO : séjours de moins de 2 jours			**930,88 €**	929,15 €	0%			**439,24 €**	437,47 €	0%

Tableau 18 : tarifs GHS de remplacement valvulaire

GHS	GHM	Libellé GHM (plaquette)	Secteur public					Secteur privé				
			Séjour-GHM 2024	DMS 2024	Tarif GHS 2025	Tarif GHS 2024	Evolution tarifs 2024-25	Séjour-GHM 2024	DMS 2024	Tarif GHS 2025	Tarif GHS 2024	Evolution tarifs 2024-25
1430	05C021	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie, niv. 1	31	5	**17 715,05 €**	17 543,90 €	1%	-		**11 329,52 €**	11 195,68 €	1%
1524		Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie, niv. 1 (valves aortique et mitrale)			**20 940,32 €**	20 738,01 €	1%			**14 465,67 €**	14 294,78 €	1%
1431	05C022	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie, niv. 2	385	14,15	**22 178,71 €**	21 964,43 €	1%	319	12,86	**13 791,08 €**	13 628,16 €	1%
1525		Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie, niv. 2 (valves aortique et mitrale)			**25 403,99 €**	25 158,55 €	1%			**16 927,25 €**	16 727,28 €	1%
1432	05C023	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie, niv. 3	799	17,5	**27 076,84 €**	26 815,24 €	1%	261	17,09	**19 199,35 €**	18 972,54 €	1%
1526		Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie, niv. 3 (valves aortique et mitrale)			**30 302,11 €**	30 009,35 €	1%			**22 335,49 €**	22 071,64 €	1%
1433	05C024	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie, niv. 4	903	32,26	**31 811,07 €**	31 503,73 €	1%	179	28,67	**22 578,20 €**	22 311,48 €	1%
1527		Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie, niv. 4 (valves aortique et mitrale)			**35 036,36 €**	34 697,86 €	1%			**25 714,35 €**	25 410,58 €	1%
1434	05C031	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie, niv. 1	326	7,03	**16 225,98 €**	16 069,22 €	1%	76	6,89	**10 156,30 €**	10 036,32 €	1%
1528		Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie, niv. 1 (valves aortique et mitrale)			**19 434,73 €**	19 246,96 €	1%			**13 323,99 €**	13 166,59 €	1%
1435	05C032	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie, niv. 2	4022	10,73	**19 028,03 €**	18 844,19 €	1%	2201	10,04	**11 963,58 €**	11 822,25 €	1%
1529		Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie, niv. 2 (valves aortique et mitrale)			**22 236,79 €**	22 021,95 €	1%			**15 131,26 €**	14 952,51 €	1%
1436	05C033	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie, niv. 3	2630	14,47	**22 924,23 €**	22 702,75 €	1%	1283	12,97	**14 292,87 €**	14 124,02 €	1%
1530		Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie, niv. 3 (valves aortique et mitrale)			**26 132,97 €**	25 880,49 €	1%			**17 460,56 €**	17 254,29 €	1%
1437	05C034	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie, niv. 4	1802	25,76	**27 580,47 €**	27 314,01 €	1%	576	23,81	**18 958,04 €**	18 734,08 €	1%
1531		Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie, niv. 4 (valves aortique et mitrale)			**30 789,24 €**	30 491,77 €	1%			**22 125,74 €**	21 864,36 €	1%

7.2. ALLOGREFFES TISSULAIRES AVEC GREFFONS INSCRITS A 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**.
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. [21]

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

Code LPP	Libellé	Tarif unitaire réglementé
Allogreffe de veine saphène 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 : - création de fistules artério-veineuses, - artériopathie oblitérante sous-poplitée sévère, notamment après surinfection de prothèses synthétiques, - maladie de Lapeyronie. La prise en charge est assurée pour les greffons de veine saphène suivants :		
3394034	Allogreffe vasculaire, veine saphène, cryoconservée.	1 559,29 €
3333073	Allogreffe vasculaire, veine saphène, non cryoconservée BIOPROTEC. Allogreffe vasculaire de veine saphène conservée entre + 2 et + 8° C.	2 057,25 €
Autre allogreffe vasculaire (artère ou veine autre que veine saphène) Les greffons les plus fréquemment prélevés sont les greffons aortiques (aorte thoracique ou abdominale), les artères illiaques, axe ilio-fémoral, axe fémoro-poplité, carrefour aorto-bi-iliaque+/- artère fémorale +/- aorte abdominale. Les artères sont prélevées au bloc opératoire chez des sujets en état de mort encéphalique. La prise en charge des greffons artériels est assurée : - lors de pontage en milieu infecté, - lors de reprise de pontage après infection, - pour les pontages sous-poplités en l'absence de veine autologue. La prise en charge est assurée pour les greffons, artère ou veine autre que veine saphène suivants :		
3318151	Allogreffe vasculaire, non saphène, cryoconservée.	2 300,00 €
3363252	Allogreffe vasculaire, non saphène, cryoconservée, AP-HP, SAINT-LOUIS PARIS. Allogreffe vasculaire non saphène de la banque de tissus de l'hôpital SAINT-LOUIS.	2 300,00 €

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

1, avenue du Stade de France

93212 Saint-Denis la Plaine cedex

France

www.agence-biomedecine.fr