

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction de la régulation
de l'offre de soins

Bureau de l'évaluation,
des modèles et méthodes (R5)

Instruction DGOS/R5 n° 2013-51 du 11 février 2013 relative à la facturation des tarifs de prestations pour les séjours de greffe sur des patients non assurés sociaux

NOR : AFSH1303968J

Validée par le CNP le 1^{er} février 2013. – Visa CNP 2013-08.

Catégorie : directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application.

Résumé : la présente instruction porte sur les règles relatives à la facturation des tarifs de prestations pour les séjours de greffe sur des patients non assurés sociaux.

Mots clés : tarifs de prestations – non assurés sociaux – greffes.

Référence : article 4 du décret n° 2009-213 du 23 février 2009.

Annexe : annexe juridique.

*La ministre des affaires sociales et de la santé à Mesdames et Messieurs
les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour mise en œuvre)*

L'arrêté du 18 août 1994 pris en application de l'article R. 714-3-21 du code de la santé publique fixait les tarifs journaliers de prestations (TJP) en matière de transplantations d'organes et d'allo-greffes de moelle osseuse avant la mise en place de la tarification à l'activité.

Or, l'article R. 714-3-21, base réglementaire de l'arrêté mentionné ci-dessus, a été abrogé par le 1^o de l'article 4 du décret n° 2005-840 du 26 juillet 2005 relatif à la sixième partie (Dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. En conséquence, les établissements de santé ne peuvent plus se prévaloir de ces dispositions pour facturer les tarifs de prestations.

Afin que les établissements ne rencontrent pas de difficultés dans la liquidation par l'assurance maladie des factures relatives à ces tarifs de prestations, nous vous demandons de bien vouloir être vigilants à ce que les arrêtés fixant les TJP des établissements de santé de votre région pour l'année 2013 ne renvoient plus à ces dispositions.

Les établissements de santé pourront, de manière alternative et en application des dispositions de l'article 4 du décret n° 2009-213 du 23 février 2009 relatif aux objectifs des dépenses d'assurance maladie et portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé, intégrer les activités de greffe dans la catégorie des « service de spécialités très coûteuses », ou bien, s'ils le souhaitent, identifier un ou plusieurs TJP spécifiques pour ces activités.

Je vous demande de bien vouloir être attentifs à l'application de ces modalités et vous remercie de votre engagement dans cette démarche. Par ailleurs, je vous invite à me tenir informée de toute difficulté rencontrée dans la mise en œuvre de cette instruction (à laquelle est associée une annexe juridique).

Pour la ministre et par délégation :
Le directeur général de l'offre de soins,
J. DEBEAUPUIS

ANNEXE JURIDIQUE

Article R. 714-3-21

Créé par le décret n° 92-776 du 31 juillet 1992 – art. 1^{er} (JO, 8 août 1992).
Version abrogée au 26 juillet 2005.

En application de l'article L. 716-2, des tarifs de prestations relatifs aux spécialités très coûteuses peuvent être fixés par arrêtés des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sur la base des coûts par pathologies déterminés dans un échantillon d'établissements représentatifs. Ces tarifs s'appliquent aux établissements après accord du conseil d'administration.

Article L. 716-2

Modifié par la loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999, art. 23 (V) (JO 30 décembre 1999).
Abrogé par l'ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000, art. 4 (I) (JO 22 juin 2000).

Le Gouvernement pourra expérimenter, à compter du 1^{er} janvier 2000, et pour une période n'excédant pas cinq ans, de nouveaux modes de financement des établissements de santé publics ou privés, fondés sur une tarification à la pathologie.

Les expériences pourront être menées dans une zone géographique déterminée, pour tous les établissements de santé de la zone ou pour une partie d'entre eux, selon les modalités définies par voie réglementaire.

Les dépenses mises à la charge de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie qui résultent de ces expériences sont prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie visé au 4^o du I de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

Arrêté du 18 août 1994 pris en application de l'article R. 714-3-21 du code de la santé publique fixant les tarifs de prestations en matière de transplantations d'organes et d'allogreffes de moelle osseuse (JO n° 198 du 27 août 1994, page 12442)

Le ministre d'État, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, et le ministre délégué à la santé,

Vu le code de la santé publique, et notamment ses articles L. 716-2 et R. 714-3-21,

Arrêtent :

Article 1^{er}

Les tarifs de prestations en matière de transplantations d'organes et d'allogreffes de moelle osseuse sont fixés comme suit :

Rein ou pancréas : 280 000 F.

Rein et pancréas : 600 000 F.

Cœur : 414 000 F.

Cœur et poumon : 500 000 F.

Poumon : 670 000 F.

Foie : 570 000 F.

Allogreffe de moelle osseuse : 880 000 F.

Autres transplantations : 900 000 F.

Ces tarifs s'appliquent pour la partie du séjour en spécialité très coûteuse qui débute à la date d'admission du patient dans le service où a lieu la greffe et se termine à la date de sortie de l'unité de réanimation où il a séjourné à la suite de l'intervention.

Article 2

Ces tarifs sont applicables après accord du conseil d'administration des établissements de santé autorisés à pratiquer des transplantations d'organes et des allogreffes de moelle osseuse.

Article 3

L'arrêté du 24 mars 1993 relatif au même objet est abrogé à compter de la date de publication du présent arrêté.

Article 4

Le directeur des hôpitaux, le directeur général de la santé et le directeur de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Article 4 du décret n° 2009-213 du 23 février 2009 relatif aux objectifs des dépenses d'assurance maladie et portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé

Pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, les tarifs de prestations servant de base au calcul de la participation des patients et mentionnés au II de l'article 33 de la loi du 18 décembre 2003 susvisée sont établis pour au moins chacune des catégories suivantes :

1° L'hospitalisation complète en régime commun en distinguant :

- a) Services spécialisés ou non ;
- b) Services de spécialités coûteuses ;
- c) Services de spécialités très coûteuses ;

2° L'hospitalisation à temps partiel ;

3° La chirurgie ambulatoire ;

4° L'hospitalisation à domicile ;

5° Les interventions de la structure mobile d'urgence et de réanimation.