



Dossier pédagogique

Réforme de financement
des urgences

DOSSIER PÉDAGOGIQUE RÉFORME DE FINANCEMENT DES URGENCES

TABLE DES MATIÈRES

Eléments généraux.....	3
Architecture globale du modèle	3
Les trois compartiments.....	3
La dotation populationnelle régionale - calcul et évolution	4
Rôle du comité consultatif d'allocation des ressources (CCAR-section urgences)	4
Focus sur la dotation populationnelle en région PACA.....	5
Méthode de répartition	5
Volet SMUR	6
Volet Services d'accueil des urgences(SAU).....	7
La montée en charge.....	10
Introduction d'un mécanisme de protection	10



Éléments généraux

La réforme de financement des urgences est l'une des 12 mesures du pacte de refondation des urgences. Le mode de financement antérieur était basé (directement ou indirectement) sur le niveau d'activité et ne permettait pas de répondre de manière satisfaisante aux problématiques de régulation de l'offre de soins.

Il était en effet nécessaire de mieux prendre en compte les différences entre régions et au sein des régions en terme de besoins des patients quant au recours aux structures des urgences ou aux SMUR. La valorisation de l'activité reste une dimension intéressante mais doit permettre de mieux reconnaître l'intensité de la prise en charge. Il est par ailleurs indispensable de mesurer puis valoriser la qualité des prises en charge dans les structures des urgences.

Pour sortir de la « course au passage », on bascule des financements historiques (ATU FAU, MIG SMUR et milieux périlleux, Ticket modérateur SMUR, Mono RUM et TM UHCD...) à un modèle qui repose sur trois compartiments aux logiques distinctes.

Architecture globale du modèle

Les trois compartiments



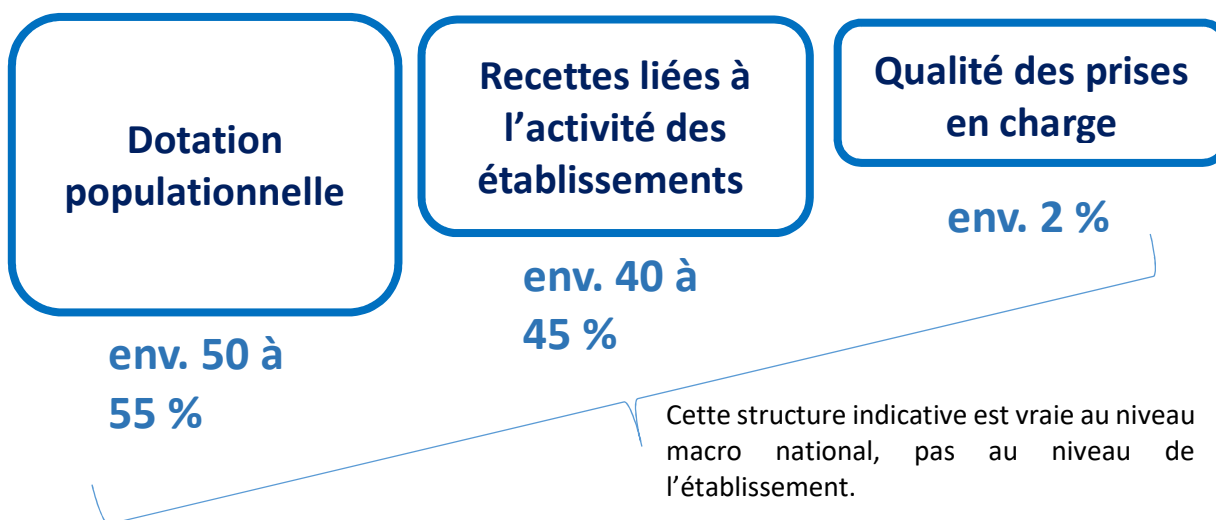
Une dotation populationnelle allouée à chaque région au regard des caractéristiques du territoire et de la population, puis répartie entre les établissements de la région par chaque ARS selon des critères définis avec les acteurs.



Des recettes liées à l'activité : Prise en compte des différences de case-mix des structures des urgences afin de rééquilibrer les financements liés à l'activité, en tenant compte de l'intensité de la prise en charge et de la gravité des patients.



Un compartiment qualité : Afin d'associer une incitation financière à des indicateurs de qualité propres aux structures d'urgences et à l'activité SMUR.



NB : Le présent dossier a vocation à se concentrer sur le compartiment dotation populationnelle. Vous pouvez trouver une présentation détaillée des trois compartiments sur la page « comité consultatif d'allocation de ressources » du site web de l'Agence.

La dotation populationnelle régionale - calcul et évolution

Pour chaque région, une "dotation populationnelle de base" a été calculée sur la base des montants de financements historiques. Cette somme est ensuite comparée à une "dotation populationnelle modélisée", calculée sur la base d'une modélisation départementale des taux de recours aux urgences et d'un montant de financement SMUR par habitant.

L'écart entre la "dot pop de base" et la "dot pop modélisée" indique si la région est relativement sous-financée ou sur-financée. Lorsque cet écart est négatif, il correspond au rattrapage pluriannuel estimé pour la région concernée ; lorsque cet écart est positif, la dotation populationnelle de la région concernée n'est pas éligible au rattrapage pluriannuel. La région PACA, considérée comme relativement sur-dotée, n'est pas éligible au rattrapage.

Toutes les régions voient malgré tout leur dotation populationnelle augmenter annuellement du taux de croissance de base (env. 1%).

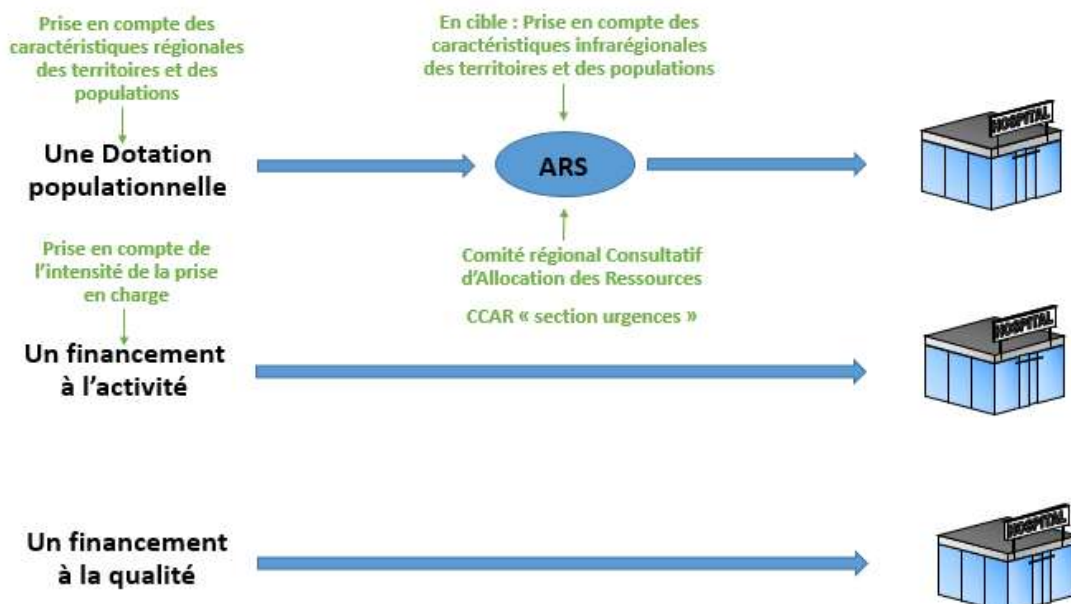
Rôle du comité consultatif d'allocation des ressources (CCAR-section urgences)

La composition du comité fait l'objet d'un arrêté du DG ARS, la section Urgences de la région PACA compte 17 membres représentant les fédérations d'établissements, les syndicats de professionnels et les usagers.

La section Urgences est consultée pour avis par le directeur général de l'ARS sur :

- Les objectifs de transformation de l'offre de soins et des parcours concernant l'organisation territoriale et le recours aux structures de médecine d'urgence ayant vocation à être intégrés dans les CPOM ;
- Les critères de répartition de la dotation populationnelle régionale entre les établissements de santé.

Ainsi, en ce qui concerne la répartition des financements, le CCAR et l'Agence jouent un rôle sur le compartiment dotation populationnelle uniquement :



Focus sur la dotation populationnelle en région PACA

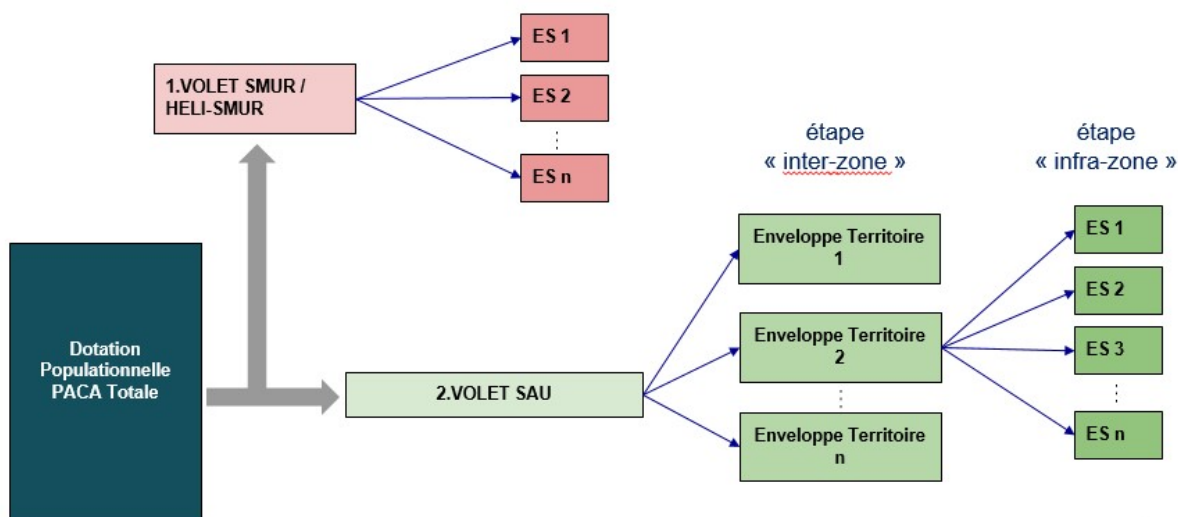
En PACA, le CCAR section Urgences s'est doté d'un groupe de travail dédié à la ventilation de cette dotation populationnelle régionale (GT « dot pop »). Ce sont les travaux menés conjointement entre le GT et les services de l'Agence qui ont permis de construire la méthode de répartition de la dotation populationnelle en région.

Cette méthode a ensuite été validée lors de deux CCAR (mars et décembre 2023), l'un portant sur les principes de construction, l'autre sur le paramétrage final.

Méthode de répartition

La fonte des financements historiques dans la dotation populationnelle a fait perdre de la visibilité aux établissements sur leurs sources de financement. Afin de clarifier la destination des crédits, la méthode de ventilation développée en région réintroduit deux volets distincts qui sont construits de manière séquentielle : un volet SMUR puis un volet SAU (ventilé en deux étapes) :

Les étapes de la ventilation peuvent être résumées graphiquement de la manière suivante :



En 2023, le volet SMUR a mobilisé **78 M€** (y compris les financements historiques HéliSMUR de 7,7 M€ (cf. encadré HéliSMUR) ; quand le volet SAU s'est élevé à **179 M€**.



Volet SMUR

Le volet SMUR est calculé sur la base de forfaits reflétant les coûts (conducteur, infirmier, médecin, véhicule et équipements).

Le forfait pour une ligne « complète », c'est-à-dire une ligne assurant une présence 24h/24, 365 jours /an, s'élève à **1,44 M€**. Les forfaits pour les autres types de lignes sont dérivés de ce forfait de base : 741 k€ pour une ligne « incomplète » (12h/24), 701 k€ pour une ligne non médicalisée et forfait de base proratisé dans le cas d'une ligne saisonnière.

Recensement des lignes SMUR en région en 2023			
Journées "incomplètes" (12h/24)	Lignes saisonnières (prorata de ligne journée complètes)	Lignes non médicalisées	Journées "complètes" (24h/24h, 365j/an)
3	0,6	2	46

L'attribution des forfaits correspondants aux lignes identifiées permet d'obtenir le détail suivant :

Structure des financements du volet SMUR/Hélicismur en 2023	
66,2 M€	au titre des lignes fonctionnant 24h/24, 365 jours par an
2,2 M€	au titre des lignes en journée incomplète
0,8 M€	au titre des lignes saisonnières
1,4 M€	au titre des lignes non médicalisées
7,7 M€	au titre de l'Hélicismur (hors enveloppe <i>ad hoc</i> 2023)
78,4 M€	TOTAL VOLET SMUR/Hélicismur

Focus Hélicismur :

Par décision du CCAR (15/04/22), les financements hélicismur sont par construction inclus dans la dotation populationnelle. En région PACA, le contrat avec l'opérateur est porté par un établissement unique qui reçoit donc l'intégralité des crédits dédiés à l'hélicismur. Ces crédits historiques ont été complétés en 2023 par une dotation *ad hoc* fléchée par le niveau national en raison de surcoûts importants. Ces crédits supplémentaires ont intégré le périmètre de la dotation populationnelle en 2024.



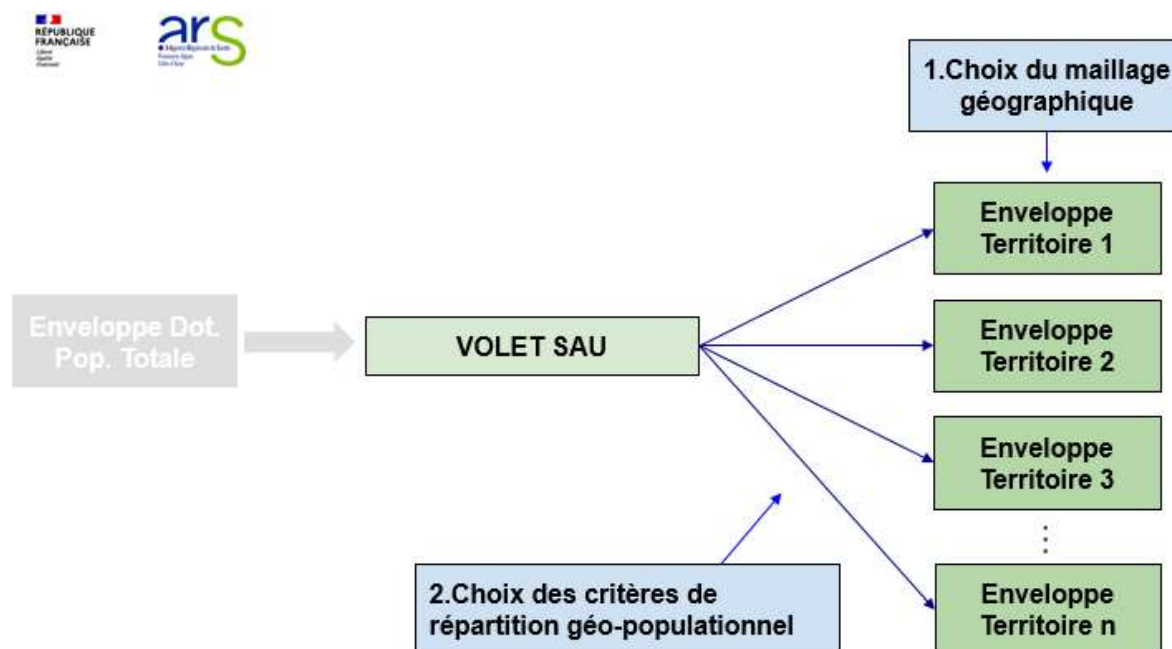
Volet Services d'accueil des urgences (SAU)

Le volet SAU est calculé comme la différence entre la dotation populationnelle régionale totale et le volet SMUR. Il est réparti sur la base d'indicateurs en deux étapes successives :

- au sein de la région entre « territoires traitants » -> étape inter-zone
- puis au sein de chaque territoire traitant entre établissements -> étape infra-zone

ETAPE INTER-ZONE

L'objectif de cette étape est une première répartition du volet SAU régional entre plusieurs zones géographiques (une sous-enveloppe par zone). Elle implique de répondre à la question du choix du maillage pertinent ainsi que des critères de répartition à mobiliser :



Choix du maillage géographique :

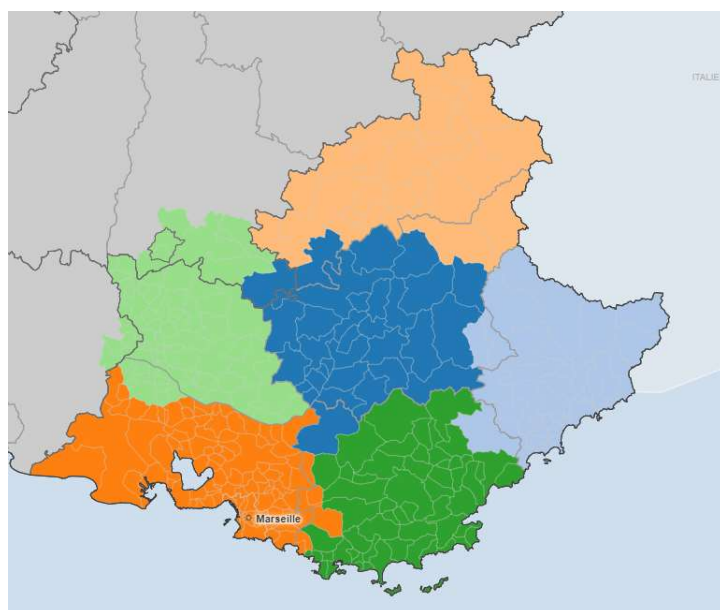
La problématique réside dans la détermination de territoires cohérents représentant le recours des habitants des communes de PACA aux SAU de la région.

L'approche retenue consiste à compiler les résumés de passages aux urgences afin d'identifier pour chaque commune un SAU de rattachement (communes de PACA et hors PACA).

La finalité est d'identifier les territoires de rattachements des communes selon leur recours aux différents SAU pour les regrouper en « territoires traitants ».



Le découpage qui en découle :



Il y a 126 communes sur les 959 considérée pour lesquelles le département du SAU ayant pris en charge la majorité des passages n'est pas le département sur lequel est situé la commune.

Ces 126 communes ne portent cependant que 3,6 % des passages en région.

Choix des critères géo-populationnels de répartition

A cette étape, on cherche à caractériser chacune des zones au regard de sa démographie, de l'état de santé de sa population et de sa situation socio-économique. Les indicateurs retenus doivent être disponibles au niveau communal (agglomérés ensuite en territoire traitant).

Les indicateurs retenus pour l'étape « inter-zone » :

Démographique	65%
Population totale (nombre entier)	35%
Population < 5 ans (%)	10%
Population > 75 ans (%)	15%
Part de passages en provenance d'autres zones (basé sur les RPU)	5%
Etat de santé	20%
Affections de longue durée (taux)	
Situation socio-économique	10%
Indice de désavantage social FDEP	
Organisation de l'offre	5%
Accessibilité potentielle localisée de médecins généralistes (APL)	

Exemple :

Une pondération de 25 % sur un indicateur implique qu'un quart du volet SAU est ventilé entre les zones sur la base de cet indicateur.

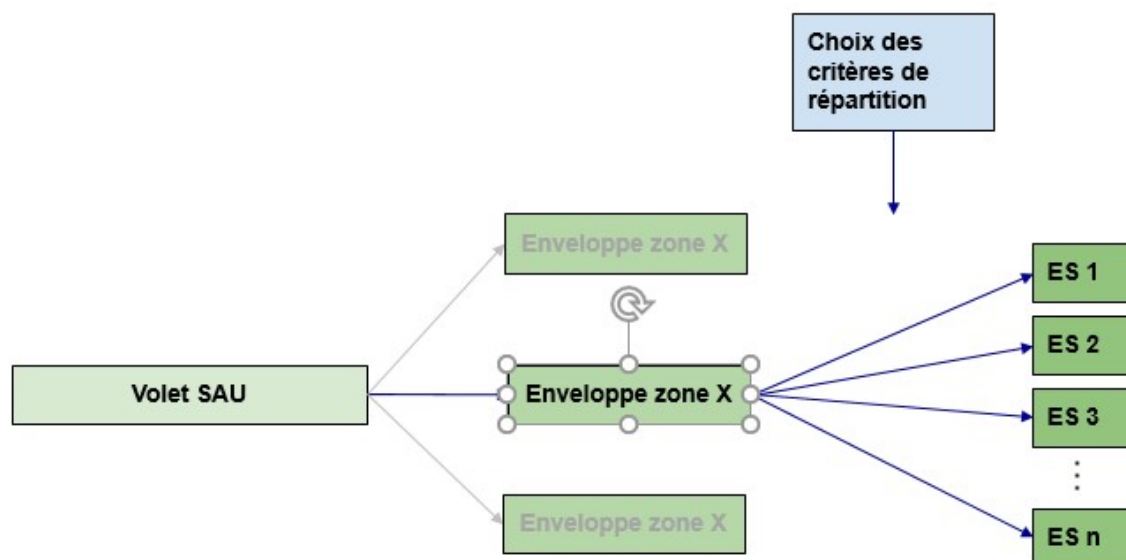
Note : Le FDEP est un indice composite : plus le score est élevé, plus le désavantage social est important.

L'APL mesure l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins de premier recours à un échelon géographique fin (en ETP/100 000 habitants).



ETAPE INFRA-ZONE

L'objectif de cette étape est une répartition des sous-enveloppes correspondant aux territoire traitants entre les établissements implantés sur chaque zone. Elle implique de répondre à la question du choix des critères de répartition à mobiliser :



Choix des critères de répartition

A cette étape on cherche à caractériser chacun des établissements de la zone au regard de son activité totale, de son activité de nuit ainsi que de son case-mix. Les indicateurs retenus doivent être disponibles au niveau de l'ensemble des établissements.

Les indicateurs retenus pour l'étape « infra-zone » :

Volume d'activité	50%
Part d'activité totale du SU	45%
Part des passages provenant d'autres régions que PACA	5%
Lourdeur organisationnelle	20%
Part d'activité de nuit du SU (20h-8h)	
Lourdeur de prise en charge	30%
Part d'activité pour les moins de 5 ans et les plus de 75 ans	5%
Part de passages avec CCMU = 4 ou 5 (patients les plus graves)	10%
Part des passages suivi d'hospitalisation	15%

Exemple :

Une pondération de 25 % sur un indicateur implique qu'un quart de la sous-enveloppe de chaque zone est ventilé sur la base de cet indicateur.

Focus sur les pondérations :

Au-delà des indicateurs en eux-mêmes, le choix des pondérations poursuit un double objectif.

Refléter au mieux le travail du GT (échanges en séance et sondage) pour aboutir sur le vecteur de pondérations le plus porteur de sens.

Garantir la protection des établissements en cherchant à minimiser les écarts négatifs entre les recettes issues de la méthode et les recettes historiques (référence 2022).

La montée en charge

En ce qui concerne le volet **SMUR**, les forfaits sont pleinement effectifs dès 2023 pour garantir la lisibilité du financement.

En ce qui concerne le volet **SAU** la montée en charge se fait de manière progressive sur la base d'une moyenne pondérée entre :

- La répartition « historique » (référence : dot pop 2022) ;
- La répartition issue de la méthode du GT « dotpop ».

Pondérations :

- **90 %** recettes historiques & **10 %** méthode GT dotpop en 2023 ;
- **60 %** recettes historiques & **40 %** méthode GT dotpop en 2024 ;
- **30 %** recettes historiques & **70 %** méthode GT dotpop en 2025 ;
- La méthode joue à plein à partir de 2026

Ainsi, les premiers effets sont visibles dès 2023 mais sans impact majeur sur les financements.

Attention, la croissance annuelle de la dotation, ses changements de périmètre et l'actualisation des données d'activité des établissements rendent compliqué les projections de dotation populationnelle dans le temps.

Introduction d'un mécanisme de protection

Pendant la période de montée en charge, ce mécanisme consiste à écrêter les impacts positifs pour compenser d'éventuels impacts négatifs.

- Les établissements devant bénéficier d'un impact positif de la réforme conserve la jouissance d'un impact positif moindre et les établissements devant subir un impact négatif sont « rattrapés ».
- Ce mécanisme s'opère entre établissements de même statut, de manière à préserver la structure des crédits par nature d'établissement.

Le niveau de ce rattrapage est paramétrable et présenté en CCAR. Concrètement en 2023, grâce au rattrapage de 100 % des impacts négatifs, la stabilité de la dotation populationnelle pour l'ensemble des établissements (sur le total SAU + SMUR) a été garantie.

