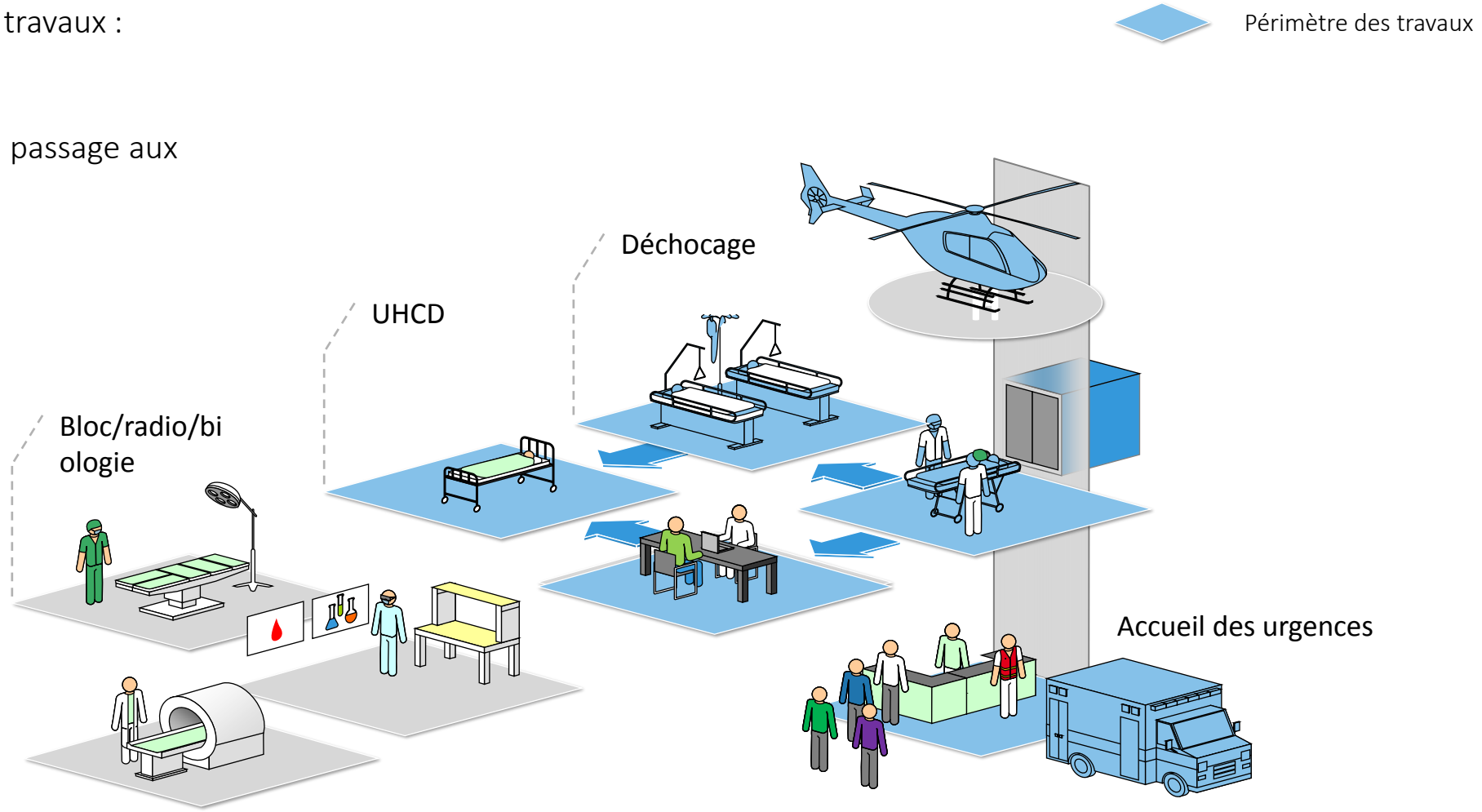
Réforme du financement des urgences

Présentation Nantes le 9 octobre 2020

Périmètre des travaux

Nos travaux vont porter sur le financement des services d'urgences (UHCD inclus) et sur **le SMUR** (tous modes). Sont exclus de nos travaux :

- Centre 15
- Plateaux techniques
- Séjours hospitaliers suite à un passage aux urgences



Les raisons et les objectifs de la réforme

- Le mode de financement actuel basé directement ou indirectement sur le niveau d'activité et le maillage constaté ne permet pas de répondre de manière satisfaisante aux problématiques de régulation de l'offre de soins.
  - L'articulation entre les structures des urgences et les soins non programmés de ville ne doit pas déséquilibrer le financement des structures des urgences hospitalières
  - Il est 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 au SMUR
- La valorisation de l'activité doit mieux reconnaitre l'intensité de prise en charge que les actes
- Il est indispensable de mesurer la qualité des prises en charge dans les structures des urgences

FOCUS : RÉFORME DU FINANCEMENT DES URGENCES

- **Les principes de la réforme du financement des urgences ont été actés dans le PLFSS 2020** voté au Parlement : article 36
  - Une dotation populationnelle, répartie entre les régions en tenant compte des caractéristiques de la population, des territoires et de l'offre de soins au sein de chaque région
  - Des facturations à l'activité tenant compte de l'intensité de la prise en charge
  - Une dotation complémentaire pour les établissements qui satisfont à des critères liés à l'amélioration de la qualité et de l'organisation des prises en charge
    - Entrée en vigueur le 1er janvier 2021

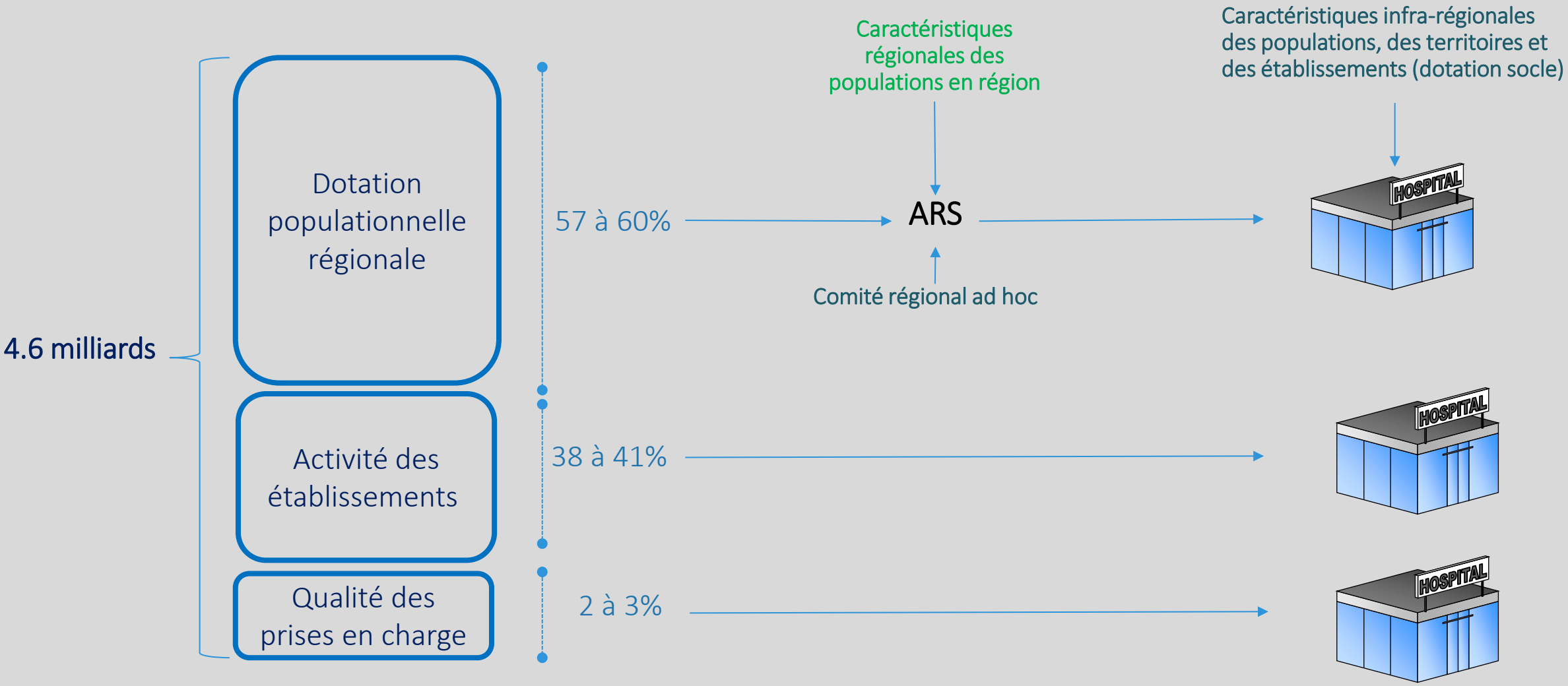
- **Des groupes de travail sont organisés depuis début 2020** et tout au long de l'année pour préciser l'ensemble des éléments nécessaires à la mise en œuvre de ce nouveau modèle de financement.

- **Cette réforme du financement SU-SMUR est un outil qui doit permettre une meilleure structuration de l'offre de soins et des parcours**
  - La dotation populationnelle ne variera pas avec l'activité des SU : un transfert d'activité vers les soins non programmé est rendu possible sans déstabiliser le financement des SU
  - La marge de manœuvre dégagée devra permettre d'améliorer la réponse aux besoins de la population : amélioration de la qualité (cf dotation qualité), amélioration de l'accès aux SU (30 ') et SMUR (indisponibilités SMUR primaires)

FOCUS : Principes de la Réforme du financement des urgences

- **Dotation populationnelle**
  - Prise en compte de variables reflétant les différences de besoin des population pour améliorer l'équité de financement entre régions
  - Assurer la stabilité du financement des structures des urgences indépendamment du nombre de cas pris en charge (notamment les cas légers)
  - Dotation populationnelle régionale : convergence par rattrapage dans le cadre de la hausse de la dotation, pas d'effets revenus négatifs par région
  - Dotation répartie au niveau de chaque établissement par les ARS selon des principes qui seront définis conjointement avec les acteurs
- **Recettes liées à l'activité**
  - Prise en compte des différences de case-mix des SU 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
  - Simplification du dispositif de facturation, notamment pour les établissements ex-DG, permettant d'alléger la gestion administrative et d'améliorer le recouvrement
- **Dotation complémentaire qualité**
  - Associer une incitation financière à des indicateurs qualité propres aux structures des urgences et à moyen terme à l'activité SMUR

Le schéma général de la réforme



Le comité d’allocation de ressources de médecine d’urgence

- Création d’un article R. 162-29 dans le CSS qui instaure un comité consultatif d’allocation des ressources auprès de chaque ARS dans les champs de la médecine d’urgence (SU-SMUR), de la psychiatrie et des SSR.
- Ce comité comporte une section relatif à la médecine d’urgence qui se prononce sur les critères de répartition de la dotation populationnelle et les objectifs de transformation de l’offre de soins et des parcours.
- Ce comité est composé de :
  - 10 représentants des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé.
  - 5 représentants des associations professionnelles représentatives des médecins urgentistes.
  - 2 représentants des associations d’usagers et de représentants des familles.
  - Le comité se réunit au moins 2 fois par an.
- Le président et le vice-président de la section « médecine d’urgence » seront désignés par les membres de la section selon des modalités fixées par le règlement intérieur.

Recap financement 2018 et répartition

Données 2018	Ex DG	Ex OQN
ACE urgentistes (BR)	583	128
FAU	1 129	103
Mono RUM UHCD	601	46
Mutation sans RUM UHCD	440	21
Realloc Multi RUM	337	6
AC urgences + FAIU	10	0
TOTAL SU avec coef geo	**3 461**	**367**
SMUR (inclus TM et coef geo)	830	
Helismur	79	
MIG milieux perilleux	3	
TOTAL	**912**	**0**
TOTAL	**4 373**	**367**
Total SU + SMUR (hors evasan)	**4 740**	
Total (hors coef geo)	**4 652**	

Données 2018 (hors coef geo)	En m Euros	En %
Financement total	**4 652**	**100%**
Part Activité	1 867	40%
Part Qualité	93	2%
Part Dotation populationnelle	2 692	58%
dont volet SU	1 797	39%
dont volet SMUR	816	18%
dont volet Helismur	79	2%

L'application de la réforme a été simulée sur l'année 2018 de la manière suivante :

- Simulation en 2018 des recettes liées à l'activité SU correspondant à la réforme. Avec cette première simulation temporaire les recettes liées à l'activité représenteraient 40% du financement SU-SMUR, un peu au dessus de notre cible.
- Simulation en complément de la DP et de la DQ. La DP représenterait 58% du financement SU-SMUR, un peu en dessous de notre cible. Le volet SU de la dot pop « base 2018 » représenterait moins de 50% du financement total SU hors coef géo en 2018 (1797 m€ versus 3 756 millions d'euros pour le total SU).

Focus sur la dotation populationnelle (1/2)

- 2 familles de critères pour les structures des urgences et les SMUR T
- Les variables de temps d'accès aux urgences sont neutralisées (mises à la moyenne)
- Volet Hélismur calibré sur base du parc existant
- En complément : Suppression TM SMUR, Création d'une MIG Evasan à part

Résultats juin 2020

Les travaux définitifs aboutiront à des paramètres différents

Nombre de passages SU/1000 hab

Statistiques de la régression		
R2 ajusté	0,54	
Observations	100	
	Coeff	Proba
Constante	332,5	2E-73
Part des passages de patients hors dpt	49,3	4E-11
Part pop > 75 ans	23,0	2E-03
Taux de mortalité standardisée	21,6	2E-03
Pop APL < 2.5	20,1	3E-03
%pop < 10 minutes	30,7	9E-05
%pop >30 minutes	- 26,0	2E-03

Financement SMUR par habitant

Statistiques de la régression		
R2 ajusté	0,77	
Observations	100	
	Coeff	Proba
Constante	15,1	1E-62
Taux de pauvreté	0,9	1E-02
Densité habitant/KM2 (log 10)	1,7	1E-03
Nb de visites médicales par habita	2,3	2E-06
Part APL <2.5	1,3	5E-03
% sorties secondaires	0,8	4E-02
nb d'EG SMUR pour 100 k d'hab	6,5	8E-25

Focus sur la dotation populationnelle (2/2)

Résultats juin 2020

Les travaux définitifs aboutiront à des résultats différents

- La dotation populationnelle sera inscrite dans le protocole de pluri annualité de manière à donner de la visibilité aux régions et aux établissements. Le coefficient prudentiel ne s'applique pas à la dotation populationnelle.
- Entre les régions, mise en place d'un modèle de rattrapage et non de convergence. Le modèle de rattrapage prévoit que toutes les régions voient leurs moyens progresser avec un surplus pour les régions les moins bien dotées.

Simulation de rattrapage sur 5 ans

Régions	DP Base 2018	Cible DP (données 2018)	Total à rattraper	Rattrapage par an	Revalo. prorata cible
Auvergne-Rhône-Alpes	301 573 001	298 205 040	0	0	4 978 082
Bourgogne-Franche-Comté	140 817 506	141 276 411	458 904	91 781	2 358 396
Bretagne	113 848 103	125 680 035	11 831 932	2 366 386	2 098 038
Centre-Val de Loire	113 851 513	114 823 376	971 862	194 372	1 916 803
Corse	26 215 181	23 186 844	0	0	387 069
Grand-Est	224 328 249	235 703 917	11 375 668	2 275 134	3 934 720
Guadeloupe	27 033 471	22 778 225	0	0	380 248
Guyane	18 062 302	16 661 470	0	0	278 138
Hauts-de-France	262 919 480	241 429 361	0	0	4 030 298
Ile-de-France	505 003 710	496 780 977	0	0	8 293 007
La réunion	32 076 504	31 120 040	0	0	519 502
Martinique	19 528 739	17 099 870	0	0	285 456
Normandie	162 639 562	152 205 440	0	0	2 540 840
Nouvelle Aquitaine	235 650 998	267 113 714	31 462 716	6 292 543	4 459 059
Occitanie	229 799 614	232 844 000	3 044 386	608 877	3 886 978
Pays de la Loire	109 902 375	123 661 137	13 758 762	2 751 752	2 064 336
Provence-Alpes-Côte d'Azur	224 476 199	207 156 651	0	0	3 458 167
Total	**2 747 726 508**	**2 747 726 508**	**72 904 231**	**14 580 846**	**45 869 137**

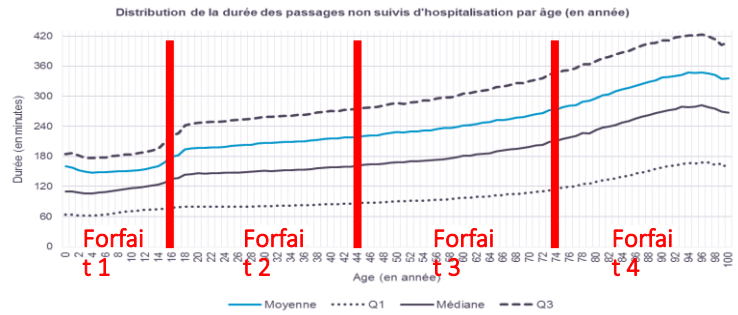
Modélisations Taux recours SU – nouveaux résultats septembre 2020

SU : Passages par 1000 hab (données 2018)		
Périmètre : France Métro (Hors DOM)		
Coefficients:	Estimate	Pr(>|t|)
(Intercept)	286,46	< 2e-16
P_ALD	19,35	0,000228
Distance_SU_10min	22,71	0,000042
Distance_SU_p30min	-18,05	0,000631
% pop dans commune classe 1	18,12	0,000159
Nb passages non résidents /1000 hab	1,10	< 2e-16
Taux de fuite passages SU /1000 hab	-0,42	0,001063
Adjusted R-squared: 0.767		

Toutes les variables sont centrées-réduites sauf les variables « Passages non résidents » et taux de fuite

Facturation des passages SU non suivis d'hospitalisation Préfiguration Cible 2022 – Secteurs Ex DG et Ex OQN

A- forfaits liés à l'âge



B- suppléments liés aux caractéristiques du patient

Arrivée du patient par ambulance, pompiers, SMUR ou helico

Type d'urgence : toxicologie

Etat du patient : CCMU 3-4-5

C- suppléments liés au plateau technique

Radiologie

Biologie

D – Forfait Participation Patients Urgences (FPU)

Cette proposition sera complétée une fois réalisés des travaux plus approfondis sur base d'un premier chainage RPU-PMSI.

La question de la création de forfaits pour les passages non suivis d'hospitalisation correspondant aujourd'hui aux « ATU non facturables » (ressortissants étrangers sus convention ou non, bénéficiaires AME/SU, résidents sans droits sociaux ouverts…) pourrait se poser.

Facturation des passages SU non suivis d'hospitalisation Année transitoire 2021

- **Contrainte technique des circuits de facturation en 2021 :** nous serons limités à 8 forfaits pour les facturations des passages non suivis d'hospitalisation
- **Seront mis en œuvre en 2021 :**
  - **Les forfaits âge,** qui expliquent la plus grande part de la variation
  - **le FPU** qui permettra de facturer aux patients
  - les suppléments imagerie/biologie
  - Le supplément « mode d'arrivée »

  La valeur des suppléments non retenus en 2021 seraient moyennée et intégrée dans les forfaits âge.
- <u>Rappel : 2021 sera une année de transition</u>
  - Un dispositif de maitrise des effets revenus sera mis en place
  - Les ATU gynéco resteront facturables de manière transitoire

Dotation Qualité (2% de l'enveloppe globale)

Le travail de spécification des indicateurs est en cours.

Les principes de rémunération des établissements sont les suivants :

A- l'établissement est rémunéré à hauteur de 25% si les données transmises sont fiables et exhaustives

B- sur les indicateur l' établissement est comparé avec lui-même

C- au dela d'un seuil de résultats à définir, l'établissement perçoit 100% de l'indicateur

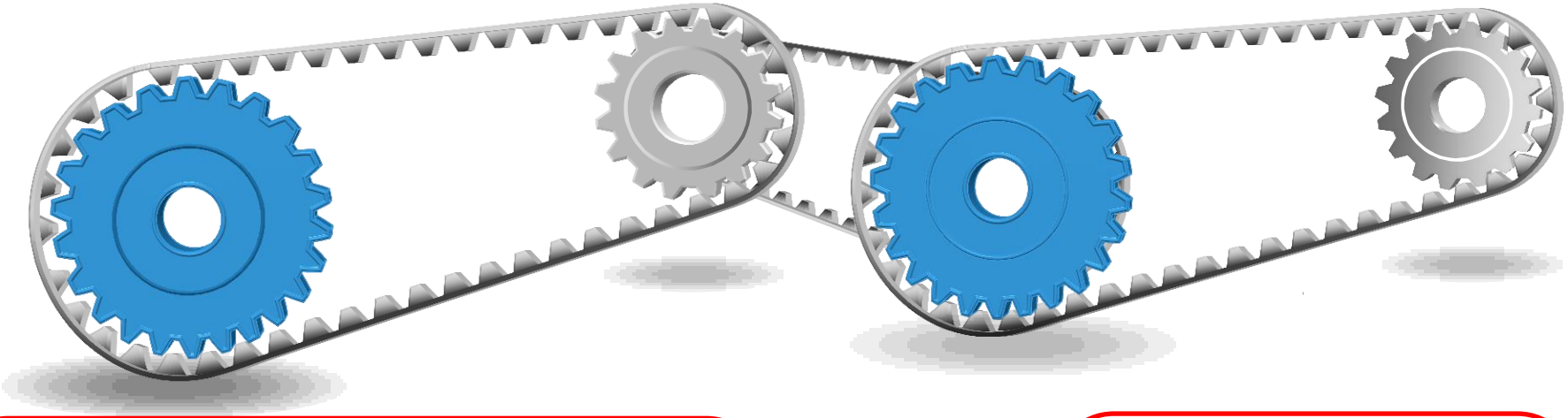
D- toute progression donne lieu à rémunération (entre 50 et 100% de la rémunération de l'indicateur)

E-seule la baisse des résultats d'une année sur l'autre n'est pas rémunérée

2022- valorisation des indicateurs 2021 et introduction en recueil

1- Délai de prise en charge médicale pour les AVC ,AIT,ST+

2-Délai attente accueil et 1er contact médical ou IAO pour les patients lourds



2021- recueil sans valorisation et avec diffusion

1- Atteindre plus de 80% des patients de plus de 75 ans hospitalisés (=quittent les urgences) en 8 hrs maximum
2- Taux de perdus de vue (patients qui repartent sans avoir eu de consultation)
3-Taux heures ouvertures réelles SMUR/ heures ouvertures prévues

2023 valorisation des indicateurs 2021 et 2022 et introduction

1- questionnaire de satisfaction

Calendrier

- Mise en œuvre effective :
  - Dotation populationnelle : 1er janvier 2021
  - Nouvelles facturations : 1er mars 2021
  - Suppression TM SMUR : 1er mars 2021 (dans le cadre de la réforme du RAC hospitalier MCO)
- Publication du décret : T4 2020
- PLFSS : articles sur FPU
- Arrêtés paramétriques : décembre 2020