

Un nouveau mode de financement des urgences pour une offre de soins plus qualitative et plus complexe

La réforme dévoilée ce mois-ci envoie un signal fort visant une « montée en gamme » des urgences

Antoine GEORGES-PICOT
Aurélien ROSA
Directeur Govhe

Avec un objectif volontariste de repositionnement des structures hospitalières sur les situations sanitaires les plus complexes, la réforme du financement des urgences et SMUR part d'un quadruple constat sur les limites du mode de financement actuel.

- Le financement actuel n'incite pas au développement de soins non programmés de ville qui conduirait à un déséquilibre du financement des urgences hospitalières ;
- Il existe des différences entre régions et au sein des régions en termes de besoins des patients quant au recours aux structures des urgences ou au SMUR mal pris en compte par les financements historiques ;
- L'intensité de la prise en charge est mal valorisée par les actes réalisés ;
- Il n'existe aucun incitatif au développement de la qualité des prises en charge dans les structures d'accueil des urgences.

Ainsi, les nouvelles modalités de financement annoncées dans le PLFSS 2020 à son article 36, décrivent 3 volets qui viendront remplacer les modalités historiques :

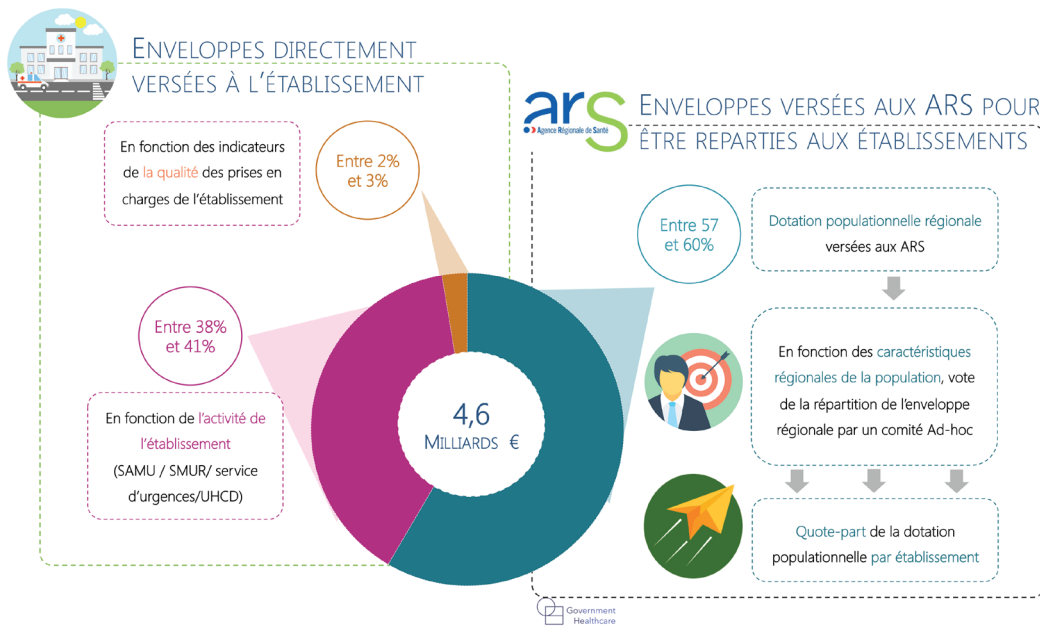
- Une **dotation populationnelle** répartie entre les régions en tenant compte des caractéristiques de la population des territoires et de l'offre de soins au sein de chaque région. Ces dotations seront calculées à partir d'une enveloppe dédiée par région ;
- Une **facturation à l'activité** tenant compte 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** ;

Les conclusions des travaux vont se traduire dans un décret prévu en octobre 2020, dans la rédaction du PLFSS et dans des arrêtés prévus pour le mois de décembre.

Si les premiers éléments ont été partagés en septembre, le décret devrait paraître en octobre 2020, pour la rédaction du PLFSS et des arrêtés prévus pour le mois de décembre. L'objectif annoncé d'une entrée en vigueur le 1er janvier 2021 devrait donc bien être tenu.

Un déploiement graduel mais rapide

Les modalités prévues par la réforme sont de natures très variées et s'appuient sur des logiques et des indicateurs très divers, mais complémentaires, pour évaluer d'une part les besoins et d'autre part la performance des services d'urgences en s'appuyant sur des indicateurs régionaux, patient et qualité identiques au niveau national. Les différents volets, et leurs pondérations respectives, illustrent ces enjeux.



L'équité, maître mot de l'approche populationnelle

Avec une part comprise entre 57% et 60%, la dotation populationnelle fixée au niveau régional permet d'assurer un socle solide au nouveau financement. Elle sera déployée dès 2021, amorçant ainsi une année de transition majeure afin d'assurer la stabilité du financement SU – SMUR des établissements au cours de cette année charnière. Un outil ARS sera ainsi mis en place afin de limiter les effets revenus.

Dans cette logique, aucune région ne verra son enveloppe baisser ; le rééquilibrage national se faisant à la hausse en faveur des régions les moins dotées. Les premières simulations réalisées montrent que quatre régions parmi les moins denses devraient bénéficier de ressources supplémentaires significatives représentant de 2 à 4% de leurs enveloppes actuelles de financement des urgences.

Cette dotation tient ainsi compte des particularités des populations et des territoires, en intégrant dans ses fondements des indicateurs objectifs et facilement comparable, avec un impact direct sur la file active des urgences, incluant notamment :

- la part de population de + de 75 ans
- la part des populations très distantes d'un Service d'Urgences
- le taux de pauvreté
- la densité de population
- et le taux de mortalité standardisé

Une prise en compte plus exhaustive des prises en charge aux urgences, et une meilleure valorisation des prises en charges complexes, au détriment des actes légers

Second volet de financement compris entre 38% et 41% des recettes, les financements à l'activité s'établiront en tenant compte de deux notions complémentaires :

[1] La classification Clinique des Malades aux Urgences, codifie l'état du patient aux urgences, son niveau de gravité clinique ainsi que son pronostic médical.

- La criticité sanitaire du patient à l'arrivée : Forte valorisation des CCMU^[1] 3 à 5, baisse en moyenne pour les CCMU 1 et 2, qui représentent actuellement une part importante des passages aux urgences
- La complexité de la prise en charge : 8 forfaits par profil ont été définis pour tenir compte d'une mobilisation plus importante de ressources. Entre autres, on pourra citer :
 - les forfaits liés à l'âge
 - les activités mobilisatrice du plateau technique
 - des suppléments liés aux caractéristiques du patient, dont notamment leur statut (debout ou couché) et leur moyen d'arrivée

Enfin, des activités historiquement non financées quantitativement telles que les sorties SMUR ou la régulation feront l'objet d'une valorisation en tant que telle.

A contrario, la facturation des actes sera interrompue, au moins pour les établissements ex-Dotation Globale, ce qui devrait simplifier l'organisation de leur recueil et surtout réduire les coûts associés y compris les pertes de recettes non recouvrées.

Une première valorisation de la qualité déployée en 2022

Le financement à la qualité représente un enjeu secondaire (2 à 3% des recettes) mais non négligeable, dans la continuité de l'augmentation de l'IFAQ.

Pour leur part, la mise en œuvre des indicateurs qualités a été stratifiée sur 2021, 2022 et 2023 : avec un recueil mis au point en année N et valorisé en année N +1. Les premiers versements devraient ainsi intervenir en 2022 sur la base d'indicateurs collectés en 2021.

COMMENT LES ÉTABLISSEMENTS PEUVENT ILS SE PRÉPARER AUX IMPACTS DE CETTE RÉFORME ?

Cette réforme touche un maillon de la prise en charge fortement mis à l'épreuve ces dernières années et qui connaît encore des tensions lourdes.

En recentrant les urgences sur leurs missions principales, la prise en charge des cas les plus lourds, elle devrait à terme contribuer à l'amélioration de l'adéquation ressources activités, en complément des autres efforts visant à déployer un triage en amont des urgences^[2], sans résoudre par elle-même les problématiques de pénurie de ressources.

[2] On pourra citer les nouvelles modalités de prise en charge des soins non programmés tels que les CSNP et CMSI, ainsi que l'expérimentation du Service d'Accès aux Soins qui devrait débuter en janvier 2021.

Comme tout changement tarifaire elle implique des évolutions profondes dans l'organisation opérationnelle des services d'Urgence afin d'affecter les moyens aux activités valorisées

Les quatre principaux domaines d'évolution à engager dans les meilleurs délais sont :

- Organiser la prise en charge des urgences légères du territoire. Ceci implique de s'articuler fortement avec le territoire et les CPTS pour orienter et prendre en charge les pathologies légères (CCMU 1 et 2) en s'appuyant sur les modalités du forfait de réorientation. En l'absence de tissu territorial, envisager le montage d'un CSNP pour distinguer les flux.
- Réorganiser pour l'alléger le dispositif de collecte des actes et facturation pour donner suite au projet de réforme. Interfacer le SI des urgences à la GAP pourrait grandement contribuer à cet allègement, ainsi qu'à la collecte des indicateurs de valorisation.
- Mettre en place des plans d'action pour mesurer les indicateurs qualité et surtout améliorer la qualité de la prise en charge.
- Sur des territoires denses en services d'urgences, étoffer les relations avec les transporteurs sanitaires pour augmenter la fréquentation issue de ces secteurs.