

Le financement des urgences dans le cadre de la mise en œuvre de la tarification à l'activité¹

Dans le cadre de la mise en œuvre en 2004 de la tarification à l'activité, des modalités particulières de financement sont prévues pour les urgences.

• Le système de financement visé est **mixte**, avec :

- **un forfait annuel** à chaque service d'urgences autorisé, permettant de couvrir ses charges minimum de fonctionnement ; ce forfait annuel va être fonction du volume d'activité des services, avec une dotation de base établie pour une activité de l'ordre de 12.500 passages par an et augmentée d'un certain montant à chaque palier supplémentaire de 5.000 passages.
- **un tarif par passage**, dès lors que celui-ci n'est pas suivi d'une hospitalisation MCO dans l'établissement,
- **la rémunération des consultations et actes externes réalisés** (actes opératoires, radiologie, biologie ...), via l'application de la nomenclature des actes.
- **et le recours possible à un financement « MIGAC » (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation)**, notamment pour les services d'urgences ayant un faible niveau d'activité, mais dont le maintien permet d'assurer une couverture sanitaire satisfaisante, en termes de proximité des soins dans des zones à faible densité de population.

Si le forfait annuel est fonction de la totalité de l'activité des services d'urgences, seuls les passages non suivis d'hospitalisation MCO dans l'établissement vont faire l'objet d'un tarif par passage. Par construction, les charges liées aux passages suivis d'une hospitalisation MCO sont en effet intégrées dans le tarif (« GHS ») des séjours MCO.

• Ce mécanisme de financement composite des urgences est en partie déjà mis en place depuis 2001 dans le secteur privé à but lucratif. Les modalités de calcul et le montant du forfait annuel « FAU » et du tarif par passage « ATU », appliqués actuellement dans les cliniques privées sous OQN, vont ainsi faire l'objet d'une révision afin d'assurer une **harmonisation entre les deux secteurs, public et privé**, sans toutefois déstabiliser le système en vigueur dans les cliniques.

Il s'agit néanmoins de **tenir compte des différences objectives de charges entre les services d'urgences des deux secteurs**, notamment de l'application dans les établissements publics de la nouvelle réglementation sur le temps de travail des médecins PH.

Il s'agit également de mettre en œuvre un **dispositif de financement** qui soit **transparent pour les patients** : ainsi le montant du tarif par passage facturé au patient va être identique d'un secteur à l'autre.

Il s'agit enfin d'**intégrer** dans le dispositif de financement **les mesures du plan Urgences** de l'automne 2003, en abondant en 2004 les dotations des services d'urgences des 64 millions d'euros prévus pour ces services.

¹ Martine AOUSTIN, directeur opérationnel de la Mission « tarification à l'activité », Roland CASH, directeur scientifique de la Mission « tarification à l'activité », Evelyne BELLIARD, chargée de mission à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

• Les **éléments relatifs à la nature d'activité** vont être **écartés**, au moins dans un premier temps, **des critères modulant le financement des urgences**.

Si la tarification à l'activité de la plupart des prises en charge MCO, notamment des hospitalisations, va tenir compte du « case-mix » des services², cette option n'a pas été retenue pour le financement des urgences. En effet, le « **case-mix** », ou éventail des prises en charge d'un point de vue médico-économique, est relativement similaire d'un service d'urgences à un autre, quelle que soit la catégorie d'établissement dont ceux-ci relèvent (CHU, CH, clinique PSPH ou clinique à but lucratif). Autrement dit, les charges supportées par les services d'urgences dépendent essentiellement de leur volume d'activité, et non de la nature des prises en charge.

La qualité des prises en charge aux urgences et leur caractère adéquat relèvent de contrôles spécifiques, dans le cadre de suivi des autorisations et d'évaluation des prestations réalisées ; ces éléments ne vont donc pas pris en compte dans la procédure de financement des urgences.

• **Seuls les services d'urgences bénéficiant d'une autorisation**, de type SAU, UPATOU ou POSU, **vont pouvoir prétendre à ces modalités spécifiques de financement**.

En l'occurrence, les services ayant une activité non programmée (en gynécologie-obstétrique, pédiatrie, cardiologie, traitement des brûlés ...) sans autorisation de type POSU ne seront pas concernés, les coûts afférents à ces prises en charge étant intégrés dans les tarifs des GHS.

Les services d'urgences des établissements spécialisés en psychiatrie (hors champ MCO) seront également exclus de ces modalités de financement.

Les séjours en « zones de surveillance de très courte durée » (ou en « lits - porte », selon l'ancienne désignation), bien que réalisés souvent au sein même des services d'urgences, doivent continuer à être décrits et valorisés comme des hospitalisations MCO classiques, en faisant l'objet, non pas d'un tarif par passage, mais d'un tarif GHS, dès lors que le motif du séjour justifie une admission hospitalière.

Ainsi sont envisagées, dans le cadre de la réforme de la tarification à l'activité, des modalités particulières de financement pour les urgences, afin d'octroyer aux services concernés des moyens spécifiques leur permettant d'assurer leur mission de service public, quels que soient le volume et la nature de leur activité.

² Dans le cadre de la mise en œuvre de la tarification à l'activité, chaque hospitalisation MCO va faire l'objet d'un tarif, selon son classement dans un groupe homogène de séjour (GHS). Il va ainsi être tenu compte, en sus du volume d'activité, de la nature et des caractéristiques médico-économiques des séjours MCO pour établir le niveau de financement des établissements de santé.