



**RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



La réforme de  
financement des urgences

# Une réforme de financement qui s'inscrit dans un dispositif plus large :

AMONT

HÔPITAL

AVAL

	Les 12 Mesures du Pacte de refondation des urgences
<a href="#">Mesure 1</a>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Service d'Accès aux Soins</li></ul>
<a href="#">Mesure 2</a>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Renforcer l'offre de consultations médicales sans rdv</li></ul>
<a href="#">Mesure 3</a>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Donner à la médecine de ville les mêmes outils de prise en charge que les urgences</li></ul>
<a href="#">Mesure 4</a>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Offrir aux professionnels non médecins des compétences élargies pour prendre directement en charge les patients</li></ul>
<a href="#">Mesure 5</a>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Généraliser des parcours dédiés aux personnes âgées pour éviter les urgences.</li></ul>
<a href="#">Mesure 6</a>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Intégrer la vidéo à distance dans tous les SAMU</li></ul>
<a href="#">Mesure 7</a>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Graduer les SU afin de mieux utiliser les compétences médicales et soignantes</li></ul>
<a href="#">Mesure 8</a>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Reconnaissance des compétences des professionnels de santé</li></ul>
<a href="#">Mesure 9</a>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Lutter contre l'intérim médical et paramédical</li></ul>
<a href="#">Mesure 10</a>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Réformer le financement des urgences</b></li></ul>
<a href="#">Mesure 11</a>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Renforcer la sécurité des professionnels aux urgences</li></ul>
<a href="#">Mesure 12</a>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fluidifier l'aval des urgences</li></ul>

# Les raisons et les objectifs de la réforme

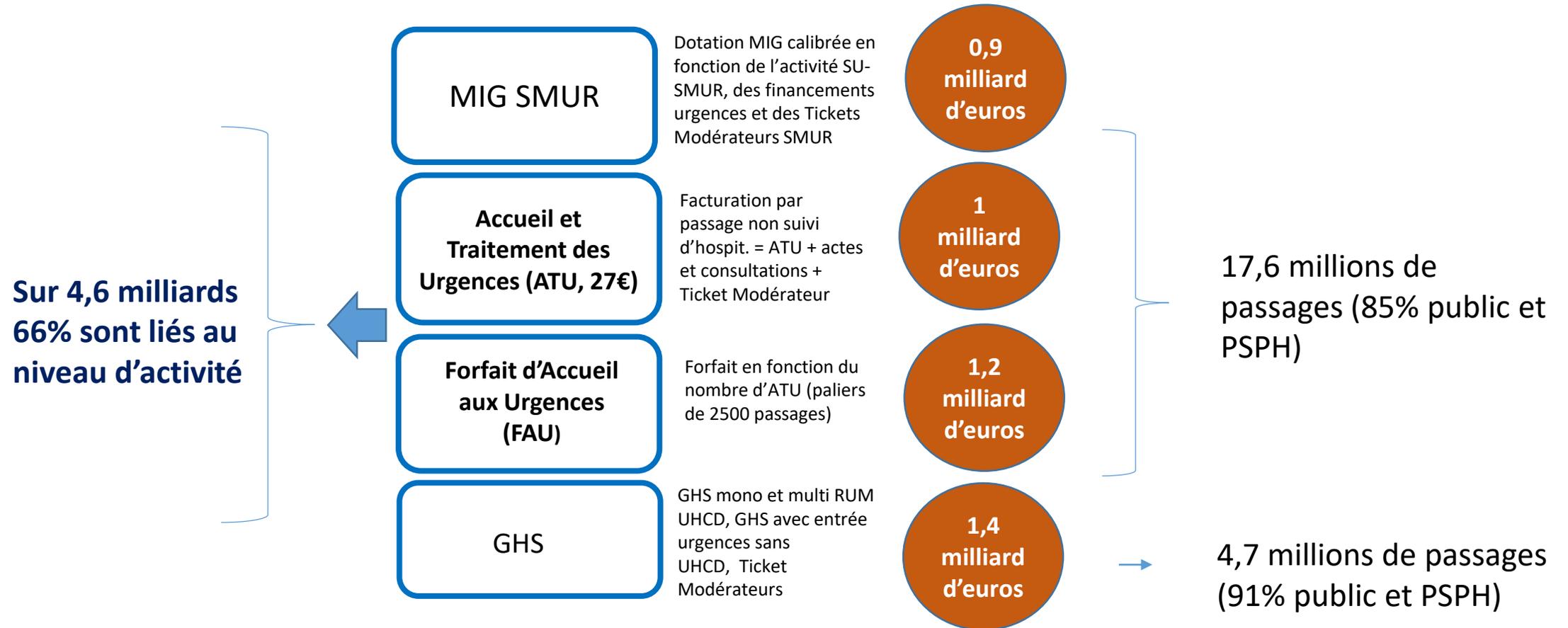
- Le mode de financement actuel basé (directement ou indirectement) sur le niveau d'activité et le maillage constaté ne permet pas de répondre de manière satisfaisante aux problématiques de régulation de l'offre de soins donc :
  - L'articulation entre les structures des urgences et les soins non programmés 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 reconnaître 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

# Le périmètre des travaux

- L'ensemble des financements relatifs aux Services d'Urgences (UHCD inclus) et SMUR
- Sont exclus de cette réforme les financements des :
  - Urgences gynécologiques (en cours de réflexion)
  - Centre 15
  - Plateaux techniques
  - Séjours hospitaliers suite à un passage aux urgences

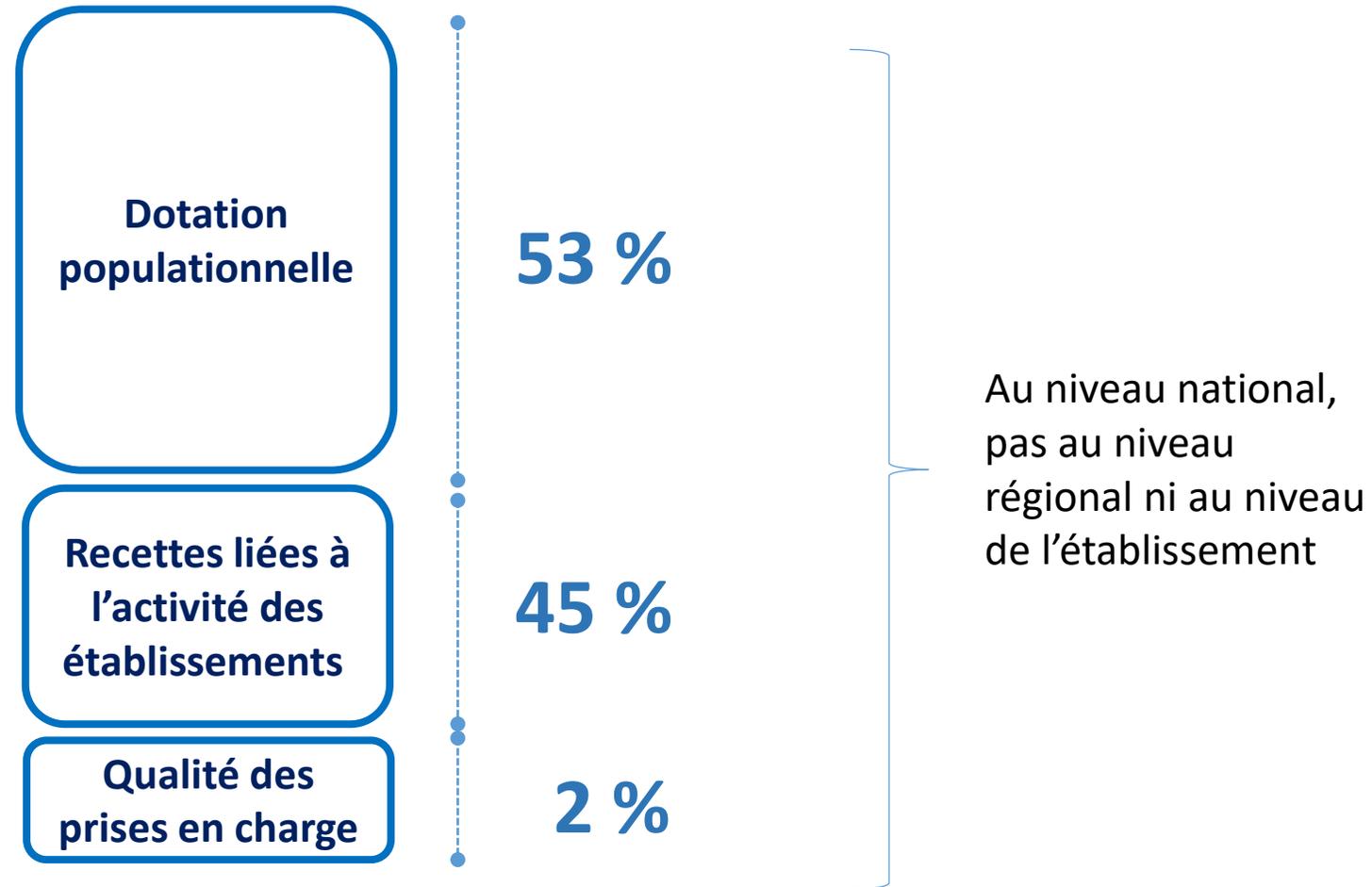
# Les sources de financement avant réforme

Financement SU – SMUR 2018



Périmètre : financement des établissements, hors honoraires des médecins pour le secteur ex-OQN

# Les sources de financement après réforme



Périmètre : financement des établissements, hors honoraires des médecins pour le secteur ex-OQN

# Traduction avant/après

Données 2019	Ex DG	Ex OQN
ATU (Base de Remboursement)	364	63
ACE ou honoraires aux urgences (BR)	590	140
FAU	1 164	102
Quote part GHS (avec ou sans RUM UHCD)	1 413	81
AC urgences + FAIU	à finaliser	à finaliser
<b>TOTAL SU avec coef geo</b>	<b>3 531</b>	<b>386</b>
SMUR (inclus TM et coef geo)	829	1
Helismur	79	
MIG milieux périlleux	3	
<b>TOTAL</b>	<b>911</b>	<b>1</b>
<b>TOTAL</b>	<b>4 442</b>	<b>387</b>
<b>Total SU + SMUR (hors evasan)</b>	<b>4 829</b>	



Données 2019 (hors coef geo)	En m Euros	En %
<b>Financement total</b>	<b>4 829</b>	<b>100%</b>
Part Activité	2 163	45%
Part Qualité	97	2%
Part Dotation populationnelle	2 569	53%
dont volet SU	1 658	34%
dont volet SMUR	832	17%
dont volet Helismur*	79	2%

\* finalement sorti

## Périmètre du volet SMUR :

- MIG SMUR hors evasan, hors HéliSMUR
- Abondement TM SMUR actuellement déduits de la MIG SMUR (suppression TM SMUR)
- MIG AMU milieux périlleux

# La transition 2021 : Articulation des financements

Période	DOTATION POPULATIONNELLE + DOTATION QUALITE		RECETTES D'ACTIVITE	
Janvier/ Août  (C1)	FAU + FAIu <i>(données 2020)</i>	1 <sup>ère</sup> tranche mesures nouvelles 2021 <i>(hors rattrapage DP)</i>	ACE / Honoraires	75% GHS mono-RUM UHCD
	MIG SMUR Q02 <i>(hors Evasan)</i> + MIG MP Q06 <i>(montants 2020)</i>	AC « primes de risque SU-SMUR » <i>(données 2020)</i>		Quote-part GHS multi-RUM UHCD et sans RUM UHCD
	Abondement des montants TM SMUR déduits	25% GHS mono-RUM UHCD <i>(données 2019)</i>	ATU	
Sept./ Déc.  (C3)	FAU + FAIu <i>(données 2020)</i>	1 <sup>ère</sup> tranche mesures nouvelles 2021 <i>(hors rattrapage DP)</i>	Forfaits 100% AMO	75% GHS mono-RUM UHCD
	MIG SMUR Q02 <i>(hors Evasan)</i> + MIG MP Q06 <i>(montants 2020)</i>	AC « primes de risque SU-SMUR » <i>(données 2020)</i>		Quote-part GHS multi-RUM UHCD et sans RUM UHCD
	Abondement des montants TM SMUR déduits	25% GHS mono-RUM UHCD <i>(données 2019)</i>	FPU	
	Complément Mesures nouvelles 2021 <i>(y compris rattrapage DP)</i>		X% ATU	

# Architecture du nouveau modèle

Prise en compte des caractéristiques régionales des territoires et des populations

Une Dotation populationnelle

Prise en compte de l'intensité de la prise en charge

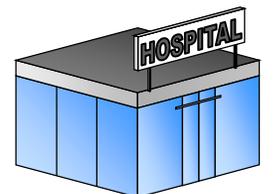
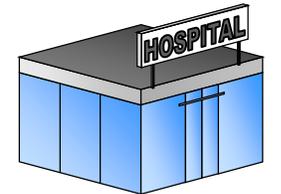
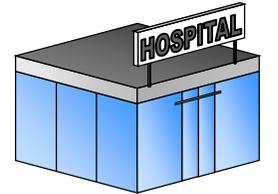
Un financement à l'activité

Un financement à la qualité

En cible : Prise en compte des caractéristiques infrarégionales des territoires et des populations

ARS

Comité régional Consultatif d'Allocation des Ressources  
CCAR « section urgences »

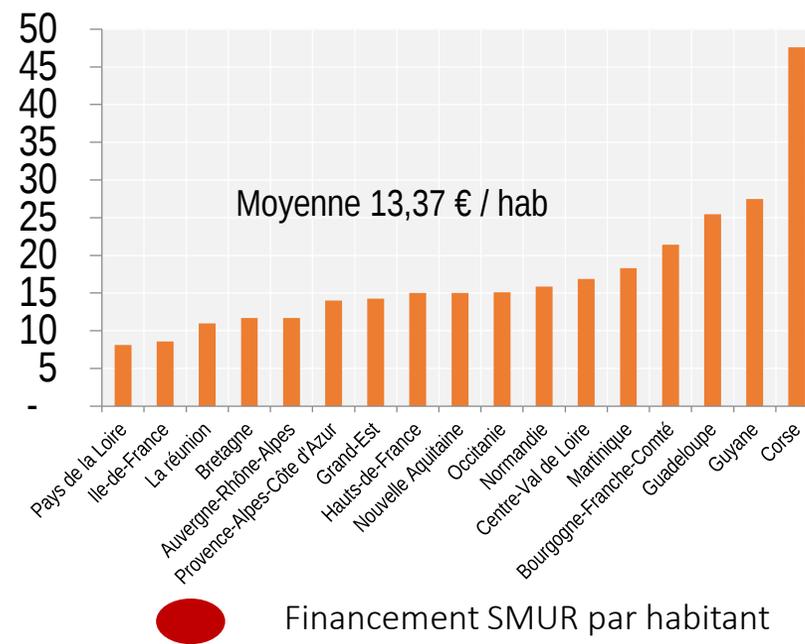
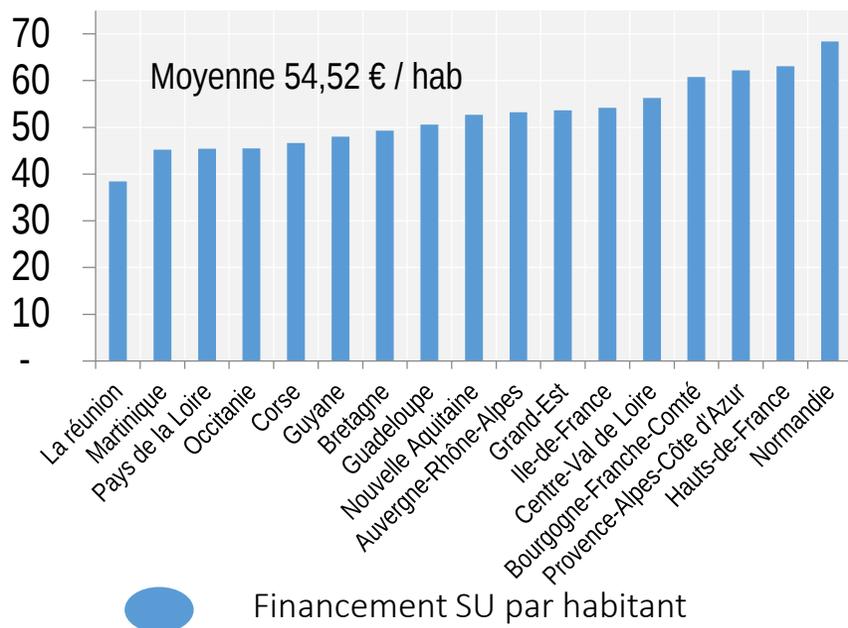




## LA DOTATION POPULATIONNELLE (ENVELOPPE RÉGIONALE)

La Dotation populationnelle régionale est fixée en fonction des caractéristiques de la population et du territoire concerné.

- Elle prend en compte l'offre de médecine de ville de et de médecine d'urgence du territoire concerné.
- Elle permet d'assurer aux établissements un financement stable, décorrélé du niveau d'activité.
- Elle assure la prise en compte des variables reflétant les différences de besoin des populations pour améliorer l'équité de financement entre régions.
- Elle permet la convergence par rattrapage dans le cadre de la hausse de la dotation, pas d'effets revenus négatifs par région.





## LA DOTATION POPULATIONNELLE (ENVELOPPE RÉGIONALE)

- Déterminée au niveau national
- Déléguée chaque année aux ARS selon un principe de rattrapage entre régions

*Chiffres provisoires*

Nombre d'années de rattrapage	5	Croissance DP en %	1,80%	Croissance DP en €		46 236 771 €
Région	DP SU-SMUR base 2019, y compris coef géo	DP SU-SMUR modélisée, y compris coef géo	Rattrapage à réaliser	Rattrapage DP par an	Croissance DP hors rattrapage	Croissance DP sur X ans
Auvergne-Rhône-Alpes	285 372 583	290 433 033	5 060 450	1 012 090	2 868 435 €	1,4%
Bourgogne-Franche-Comté	132 079 154	136 351 739	4 272 585	854 517	1 327 599 €	1,7%
Bretagne	109 448 527	122 981 691	13 533 164	2 706 633	1 100 127 €	3,5%
Centre-Val de Loire	104 399 531	112 659 482	8 259 951	1 651 990	1 049 377 €	2,6%
Corse	25 132 566	20 916 154	-	-	252 621 €	1,0%
Grand-Est	214 266 371	229 855 461	15 589 090	3 117 818	2 153 708 €	2,5%
Guadeloupe	25 038 101	22 013 413	-	-	251 672 €	1,0%
Guyane	17 184 915	18 002 847	817 932	163 586	172 735 €	2,0%
Hauts-de-France	245 893 944	224 366 394	-	-	2 471 614 €	1,0%
Ile-de-France	455 035 281	412 421 099	-	-	4 573 807 €	1,0%
La réunion	32 810 608	34 301 057	1 490 449	298 090	329 797 €	1,9%
Martinique	18 049 445	13 297 158	-	-	181 425 €	1,0%
Normandie	152 096 717	154 364 819	2 268 102	453 620	1 528 807 €	1,3%
Nouvelle Aquitaine	228 053 410	250 805 668	22 752 258	4 550 452	2 292 289 €	3,0%
Occitanie	210 046 861	203 274 422	-	-	2 111 295 €	1,0%
Pays de la Loire	101 229 792	129 272 181	28 042 389	5 608 478	1 017 516 €	6,5%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	212 571 697	193 392 886	-	-	2 136 674 €	1,0%
<b>Total général</b>	<b>2 568 709 505</b>	<b>2 568 709 505</b>	<b>102 086 369</b>	<b>20 417 274</b>	<b>25 819 497</b>	<b>1,8%</b>
			% croissance	0,79%	1,01%	



### Rôle de l'ARS en cible :

-> Répartir la dotation au niveau de chaque établissement selon des principes qui seront partagés avec les acteurs  
(*via le CCAR*)

### **1- Etablir la politique régionale d'allocation de cette dotation**

#### **Outils d'aide à la décision** (*en cours de construction*)

- Outil d'analyse des taux recours SU au niveau infra-départemental (développé par ARS PACA)
- Outil de typologie des établissements en fonction de leur territoire et de leur patientèle
- Référentiel de moyens de financement des établissements en fonction de l'activité SU-SMUR prenant en compte les lourdeurs de prise en charge
- Outil d'organisation territoriale du SMUR (Primaires, secondaires, Helismur)
- Usagers Fréquents des Urgences : typologie et case management

### **2- Présentation des grands principes de répartition de cette dotation au Comité Régional ad-hoc** (*avis consultatif mais publié au JO*)

### **3- Déclinaison et délégation par établissement**



### Rôle de l'ARS en 2022 :

-> Répartir la dotation au niveau de chaque établissement selon des principes qui seront partagés avec les acteurs  
(via le CCAR)

### **Mais en l'absence d'outils d'aide à la construction de l'offre, ont été faites les propositions suivantes au CCAR :**

- Sanctuarisation du financement de l'HéliSMUR au sein de la dotation populationnelle régionale (env. 7,5 M€)
- Construction des montants de dotations 2022 sur la base des montants 2021 *modulo* les changements de périmètre de calcul (mono RUM UHCD par exemple) et l'inclusion de mesures nouvelles (SEGUR an 2 par exemple)
- Délégation en C1 de 98% de l'enveloppe régionale et conservation d'une modulation de 2% pour délégation ultérieure, soit 236 M€ en C1 et 5M€ en C2



Entrée en vigueur au 01/01/2022

### Les objectifs majeurs de la réforme

- Rendre la participation du patient indépendante des actes réalisés (création du forfait patient urgences facturable dès l'entrée)
- Simplifier le recueil des actes et les modalités de facturation
- Créer une plus grande corrélation entre l'intensité des prises en charge et les montants facturés

### Cas particulier de la facturation SMUR :

- Arrêter les facturations TM SMUR en supprimant les TJP au 01/03/2021
- Transfert du montant des TM SMUR (actuellement déduits de la modélisation SMUR) vers la Dotation Populationnelle



# LA PART A L'ACTIVITÉ

## Création de forfaits et suppléments

Exemple passage personne de 40 ans dans un établissement ex-DG :

Pris en charge  
par l'assurance  
maladie

**Supplément mode  
d'arrivée**  
Tarif : 12,7 euros

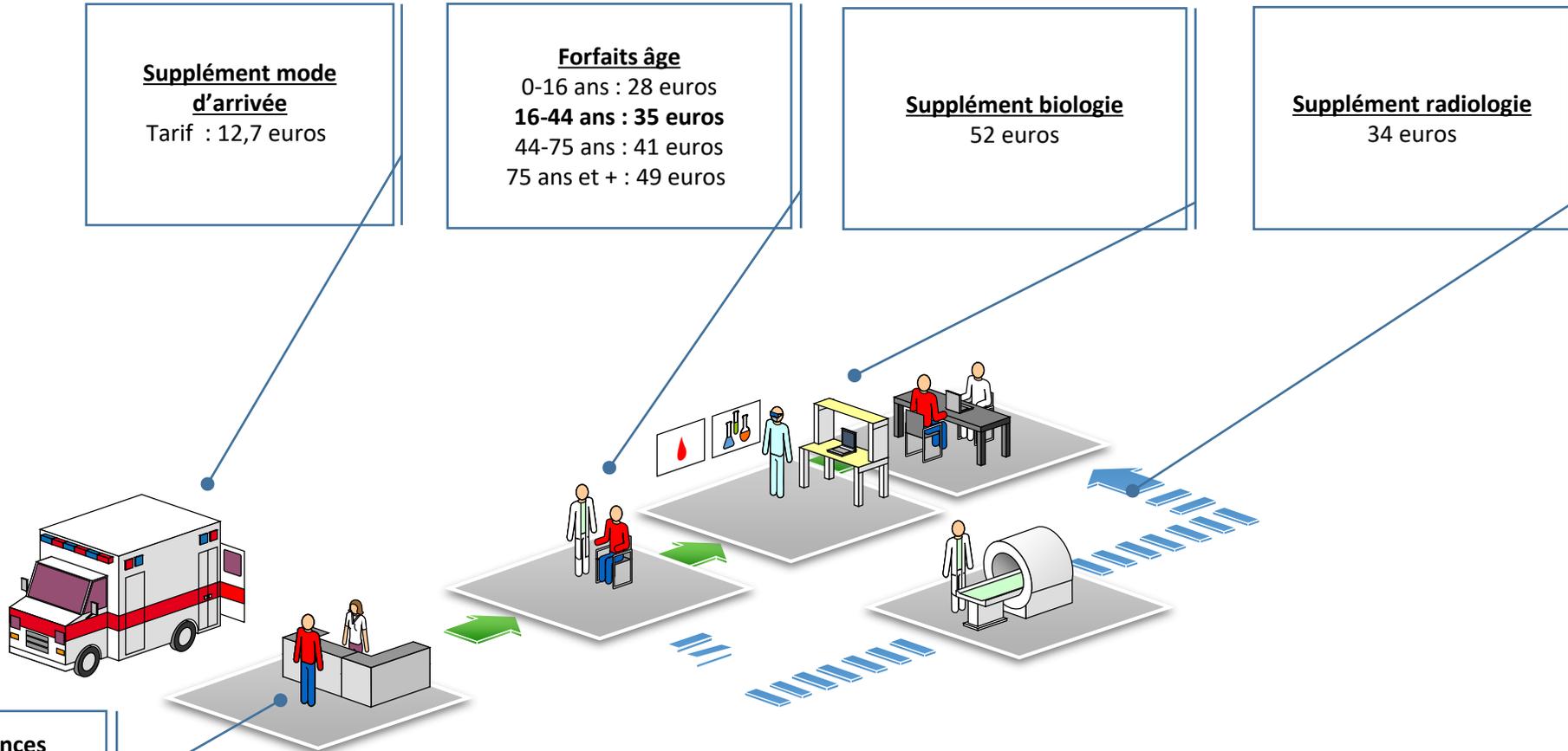
**Forfaits âge**  
0-16 ans : 28 euros  
**16-44 ans : 35 euros**  
44-75 ans : 41 euros  
75 ans et + : 49 euros

**Supplément biologique**  
52 euros

**Supplément radiologie**  
34 euros

Reste à  
charge

**Forfait Patient Urgences**  
Tarif normal : 19,6 €  
Tarif minoré : 8,5 €



Ambition d'aligner les forfaits entre les statuts



### forfait patient urgences (FPU)

L'instauration d'une **participation forfaitaire de l'assuré** dénommée « *forfait patient urgences* » a été entérinée par l'article 51 de la LFSS pour 2021 et inscrite à l'article L160-13 du CSS.

- Objectifs :

- améliorer la lisibilité pour les patients du reste à charge sur les passages aux urgences,
- faciliter la facturation par les établissements et le recouvrement des créances.

 *Le forfait patient urgences est indépendant de la nature des actes dispensés ou d'un lien médical avec une pathologie existante (ALD), il est ainsi facturable avant la sortie du patient, ce dernier peut s'en acquitter sur place, ou repartir a minima avec sa facture.*

- Caractéristiques :

- Le forfait patient urgences est facturé pour chaque passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation.
- Il n'est pas pris en charge par l'assurance maladie obligatoire sauf exceptions.
- Il peut être supprimé ou minoré dans les situations recensées à l'article L160-13.
- Il peut être pris en charge par la complémentaire santé de l'assuré dans le cadre des contrats responsables.



### forfait patient urgences (FPU)

La participation de l'assuré est supprimée pour :

- Bénéficiaires de l'assurance maternité
- Nouveau-nés
- Mineurs victimes de violences à caractère sexuel
- Donneurs d'organe
- Personnes victimes d'un acte de terrorisme
- Personnes écrouées
- Titulaires d'une pension d'invalidité et titulaires d'une pension de vieillesse allouée en cas d'inaptitude au travail
- Titulaires d'une rente ou d'une allocation AT/MP
- Titulaires d'une pension militaire d'invalidité et de victimes de guerre (ex article L115.)
- Situations de risque sanitaire grave et exceptionnel, notamment d'épidémie .

Le forfait patient urgences est alors pris en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par l'AME et les soins urgents pour les personnes qui en relèvent.

La participation de l'assuré est minorée pour :

- Les bénéficiaires reconnus atteints d'une ALD (liste ou hors liste)
- Les soins en lien avec un AT / MP
- Pour que la situation médico-administrative du patient n'entraîne pas d'effet sur le niveau des recettes des établissements, un forfait « *complément du forfait patient urgences minoré* » sera facturé par l'établissement à l'assurance maladie dans les cas d'application d'une participation assurée minorée (égal au delta).



### Autres forfaits et suppléments

Le volet activité de la réforme des urgences vise à appliquer un financement forfaitaire reflétant l'intensité de la prise en charge du patient et le recours aux plateaux techniques.

- **Des forfaits activité « socle » sont prévus en fonction de l'âge du patient.**
- Quatre tranches d'âges sont définies et pour chacune d'elle un forfait consultation de base est associé :
  - **FU1** « *Forfait consultation de base tranche d'âge n°1* », pour les patients de moins de 16 ans
  - **FU2** « *Forfait consultation de base tranche d'âge n°2* », pour les patients de plus de 16 ans et de moins de 45 ans
  - **FU3** « *Forfait consultation de base tranche d'âge n°3* », pour les patients de plus de 45 ans et de moins de 75 ans
  - **FU4** « *Forfait consultation de base tranche d'âge n°4* ». pour les patients de plus de 75 ans



### Autres forfaits et suppléments

Au forfait socle s'ajoutent le cas échéant des suppléments.

#### Suppléments liés à l'état du patient :

- **Deux suppléments «prise en charge spécifique »** qui tiennent compte de la gravité de l'état du patient sont facturables lorsque l'état du patient relève des classes 2, 3, 4 ou 5 de la classification CCMU :
  - **SU2** : « Supplément prise en charge spécifique CCMU 2+ » (état du patient CCMU 2 et réalisation d'actes inscrits sur une liste fermée d'actes CCAM)
  - **SU3** : « Supplément prise en charge spécifique CCMU 3, 4, 5 » (état du patient CCMU 3-4-5)
  
- **Un Supplément lié au mode d'arrivée du patient** facturable lorsque le transport du patient vers la structure des urgences de prise en charge du patient est réalisé par le moyen d'un transport sanitaire (ambulance, VSAV, SMUR ou hélicoptère)
  - **SUM** « Supplément lié au mode d'arrivée du patient aux urgences »



### Autres forfaits et suppléments

#### Des suppléments liés au recours du plateau technique :

- **Des suppléments biologie** fonction de l'âge du patient sont facturés par le laboratoire lorsque des actes de biologie sont réalisés :
  - **SUB** : « Supplément Urgence biologie médicale tranche d'âge n°1 » pour les patients de moins de 16 ans
  - **SB2** : « Supplément Urgence biologie médicale tranche d'âge n°2 » pour les patients de plus de 16 ans et moins de 45 ans
  - **SB3**: « Supplément Urgence biologie médicale tranche d'âge n°3 » pour les patients de plus de 45 ans.
- **Des suppléments imagerie** facturables par le radiologue :
  - **SIM** : « Supplément imagerie conventionnelle » (*radiographie, échographie*)
  - **SIC** : « Supplément imagerie en coupe » (*imagerie conventionnelle + au moins un acte de scanner ou IRM*)
- **Un supplément avis de spécialiste** facturable lorsqu'il est fait appel à un spécialiste qui réalise une consultation en présence du patient :
  - **SAS** : « Supplément spécifique pour avis de spécialiste ».



### Autres forfaits et suppléments

#### Des suppléments tenant à la permanence des soins :

Ils sont facturables lorsque les prises en charge sont réalisées en dehors des heures /jours ouvrables :

- **Suppléments « nuit profonde » ou « soirée, samedi après-midi, dimanche ou jour férié » du médecin urgentiste**
  - **SUN** : « Supplément nuit profonde » du médecin urgentiste.
  - **SUF** : « Supplément soirée / samedi après-midi / dimanche / jour férié » du médecin urgentiste.
  
- **Suppléments « nuit » ou « dimanche ou jour férié » du spécialiste ou du radiologue**
  - **SSN** : « Supplément nuit » du spécialiste ou du radiologue.
  - **SSF** : « Supplément dimanche ou jour férié » du spécialiste ou du radiologue

→ *Ces plages horaires seront définies par un arrêté ministériel.*



## LA PART A L'ACTIVITÉ

### Forfaits et suppléments : récap

TARIFS AU 1 <sup>ER</sup> JANVIER 2022		CODE	TYPE B2 -CP	Métropole		Guadeloupe		Martinique		Guyane		Réunion		Mayotte	
				Ex-DG	Ex-OQN	Ex-DG	Ex-OQN	Ex-DG	Ex-OQN	Ex-DG	Ex-OQN	Ex-DG	Ex-OQN	Ex-DG	Ex-OQN
<b>Catégorie n°1</b> : 1 seule valeur quel que soit le statut de l'établissements ex-DG et ex-OQN et quelle que soit la zone géographique Métropole ou DOM.	forfait patient urgences nominal	FPU	Type 3	19,61	19,61	19,61	19,61	19,61	19,61	19,61	19,61	19,61	19,61	Sans objet	
	forfait patient urgences minoré	FPV	Type 3	8,49	8,49	8,49	8,49	8,49	8,49	8,49	8,49	8,49	8,49		
	forfait patient urgences pris en charge RO	FPX	Type 3	19,61	19,61	19,61	19,61	19,61	19,61	19,61	19,61	19,61	19,61		
	forfait patient urgences nominal RLAM	FPL	Type 3	19,61	19,61	19,61	19,61	19,61	19,61	19,61	19,61	19,61	19,61		
	forfait patient urgences minoré RLAM	FPM	Type 3	8,49	8,49	8,49	8,49	8,49	8,49	8,49	8,49	8,49	8,49		
	complément forfait patient urgences	CFU	Type 3	11,12	11,12	11,12	11,12	11,12	11,12	11,12	11,12	11,12	11,12		
<b>Catégorie n°2</b> : 2 discriminants pour le tarif : le secteur ex-DG ou ex-OQN et la zone géo de l'ES entre "Métropole" ou dans les "DOM"	forfaits âge urgences 0 - 15 ans	FU1	Type 4	27,53	27,25	32,2	31,87	32,2	31,87	32,2	31,87	32,2	31,87		
	forfaits âge urgences 16 - 44 ans	FU2	Type 4	35,21	34,86	41,19	40,77	41,19	40,77	41,19	40,77	41,19	40,77		
	forfaits âge urgences 44 - 74 ans	FU3	Type 4	41,11	40,7	48,09	47,61	48,09	47,61	48,09	47,61	48,09	47,61		
	forfaits âge urgences 75 ans et plus	FU4	Type 4	49,27	48,78	57,64	57,06	57,64	57,06	57,64	57,06	57,64	57,06		
	CCMU 2 +	SU2	Type 4	14,53	14,39	16,88	16,71	16,88	16,71	16,88	16,71	16,88	16,71		
	CCMU 3/4/5	SU3	Type 4	19,38	19,18	22,51	22,28	22,51	22,28	22,51	22,28	22,51	22,28		
	mode arrivée ambulance	SUM	Type 4	12,66	12,53	14,7	14,56	14,7	14,56	14,7	14,56	14,7	14,56		
	avis spécialiste aux urgences	SAS	Type 4	24,56	25	27,12	27,6	27,12	27,6	27,12	27,6	27,12	27,6		
	supplément nuit forfait âge urgences	SUN	Type 4	39,3	38,91	47,9	47,41	47,9	47,41	47,9	47,41	47,9	47,41		
supplément férié forfait âge urgences	SUF	Type 4	10,42	10,31	12,7	12,57	12,7	12,57	12,7	12,57	12,7	12,57			
<b>Catégorie n°3</b> : 1 seul discriminant pour le tarif : le statut de l'établissement entre ES ex-DG ou ES ex-OQN	imagerie 1	SIM	Type 4	33,99	37,74	33,99	37,74	33,99	37,74	33,99	37,74	33,99	37,74		
	imagerie 2	SIC	Type 4	53,48	56	53,48	56	53,48	56	53,48	56	53,48	56		
	supplément nuit avis spécialiste et imagerie	SSN	Type 4	24,71	25,15	24,71	25,15	24,71	25,15	24,71	25,15	24,71	25,15		
	supplément férié avis spécialiste et imagerie	SSF	Type 4	18,73	19,06	18,73	19,06	18,73	19,06	18,73	19,06	18,73	19,06		
<b>Catégorie n°4</b> : 2 discriminants pour le tarif : - Le statut de l'établissement entre ES ex-DG ou ES ex-OQN - Et la zone géo entre Métropole, Antilles et Guyane / Réunion	biologie âge 1 0 - 15 ans	SUB	Type 4	43,2	46,17	49,6	53,01	49,6	53,01	52,8	56,43	52,8	56,43		
	biologie âge 2 16 - 44 ans	SB2	Type 4	52,11	63,18	59,83	72,54	59,83	72,54	63,69	77,22	63,69	77,22		
	biologie âge 3 45 ans et plus	SB3	Type 4	54,27	68,04	62,31	78,12	62,31	78,12	66,33	83,16	66,33	83,16		



### Gestion de l'effet revenu (GER)

- Compensation des potentielles pertes de recette liées à l'activité :
  1. Simulation par l'ATIH de l'évolution des recettes d'activité en tenant compte du changement de système de financement
  2. Identification des établissements perdants et du volume de recette nécessaire à la compensation
  3. Modulation à la baisse des forfaits et suppléments appliqués en 2022 pour permettre de dégager une marge de manœuvre pour l'assurance maladie
  4. Compensations déléguées aux établissements perdants en C1 (pour les ex-OQN perdants plus de 2% de leurs produits seulement, les ex DG sont pour le moment couverts par la garantie de financement)



## LA PART A LA QUALITE (75 % EN C1, LE RESTE EN C3)

L'objectif : Associer une incitation financière à des indicateurs qualité propres aux structures des urgences et à l'activité SMUR (4 M€ en 2022 pour l'ensemble de la région PACA)

		1 <sup>ere</sup> année de valorisation des indicateurs	Année de premier versement pour l'indicateur
Indicateur de bonne complétion du DP		2021 (janv-juin) vs 2019 (janv-juin)	2021
Indicateur d'exhaustivité calendaire du recueil RPU		2021 (janv-juin) vs 2019 (janv-juin)	2021
Indicateur des sorties non convenues		2021 vs 2019	2022
Indicateur de durée de passage aux urgences des personnes âgées		2021 vs 2019	2022
Indicateur équipage SMUR	Via données SAE	2021 vs 2020	2022
	Via RPIS	2023 vs 2022	2024
Indicateur indisponibilité structurelle du SMUR		2022 (mars-dec?) vs 2021 (mars-dec?)	2023