



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



COMITE CONSULTATIF D'ALLOCATION DES RESSOURCES

SECTION - URGENCES

6 DECEMBRE 2023

Direction de l'Organisation des Soins

Rappels

« Tout membre, titulaire ou suppléant, susceptible d'avoir sur l'un ou plusieurs des points inscrits à l'ordre du jour un lien d'intérêts privé ou public constitutif d'un conflit d'intérêt lui interdisant de prendre part à la délibération, **en informe le président dans les meilleurs délais avant la tenue de la séance.** »

Article 12.2. La déclaration publique d'intérêts (DPI) pour les membres du CCAR :

- Les membres désignés ou nommés sont soumis à l'obligation d'établir une déclaration d'intérêts conformément à l'article L. 1451-1 du code de la santé publique .
- Afin que chacun puisse s'assurer de l'absence de risques de conflits d'intérêts ou, a contrario, vérifier l'existence possible ou avérée d'un conflit d'intérêts, les membres du CCAR (titulaires et suppléants) doivent établir une télédéclaration des liens d'intérêts sur le site unique mentionné à l'article R.1451-3 du code de la santé publique et s'engagent à actualiser leur DPI dès qu'une modification intervient concernant les liens d'intérêt ou que de nouveaux liens sont noués :

<https://dpi.sante.gouv.fr/dpi-public-webapp/app/home>

- La déclaration est rendue publique sur le site Internet de l'agence, pendant une durée de 5 ans qui suit le mandat, sauf pour les mentions des liens de parenté prévue et les montants des sommes perçues ou des participations financières qui ne sont pas rendus publics.
 - En cas de manquement à ces dispositions par les membres du CCAR, le Directeur général de l'ARS peut mettre fin à leurs fonctions.
-

Ordre du jour

1. Validation du relevé de décisions du CCAR du 20 mars 2023
2. Présentation des projets des nouveaux décrets médecine d'urgence
3. Présentation de la suite des travaux du GT « dotpop »
4. Temps d'échanges
5. Vote sur la méthode élaborée par le GT « dotpop »



Validation du relevé de décisions du CCAR du 20 mars 2023



Présentation des projets de décrets médecine d'urgence

Réforme des autorisations - décrets médecine d'urgence

Les nouveaux textes relatifs à la médecine d'urgence devaient initialement être publiés en 2021 – 2022 ; leur publication a finalement été suspendue et renvoyée au 1^{er} trimestre 2024.

La version présentée est susceptible d'être modifiée par le Conseil d'Etat d'ici à leur publication officielle.

Réforme des autorisations - décrets médecine d'urgence

Les nouveautés prévues par les textes :

- Création des Unités Mobiles Hospitalières Paramédicales – UMHP
En fonction du besoin de médicalisation requis par l'état de santé du patient, sur demande et sous supervision du médecin régulateur, une équipe d'intervention composée uniquement d'un conducteur et d'un infirmier peut être sollicitée.

Les recommandations des sociétés savantes relatives à leur déploiement ont été publiées en février 2023.

Réforme des autorisations - décrets médecine d'urgence

Les nouveautés prévues par les textes :

- Création des antennes de médecine d'urgence

Structures non H24, fonctionnant en H12 minimum. Le demandeur devra être titulaire de l'autorisation de faire fonctionner un SMUR sur le même site géographique (ou obtenir l'autorisation simultanément) et constituer ou participer à une équipe commune territoriale avec un ou plusieurs SAU, dans le cadre d'une convention

→ Il peut être dérogé à l'obligation de disposer d'une autorisation SMUR sous réserve que les besoins populationnels soient couverts par ailleurs, après avis du CCAR et sur décision du DGARS.

Réforme des autorisations - décrets médecine d'urgence

Les nouveautés prévues par les textes :

○ Régulation de l'accès aux SAU

Dans le cadre d'une organisation territoriale préalablement concertée et par arrêté du DGARS, un SAU peut conditionner l'accès à sa structure :

- Soit par régulation préalable réalisée par le SAMU/SAS et avec présence sur place d'un professionnel de santé ;
- Soit par orientation préalable, en amont de l'accueil et de la prise en charge, réalisée par un auxiliaire médical qui met en œuvre les protocoles d'orientation par délégation du médecin présent dans la structure

→ **Ces organisations ne portent pas préjudice à l'obligation d'accueillir, en permanence, toute personne en situation d'urgence se présentant en SAU.**

Réforme des autorisations - décrets médecine d'urgence

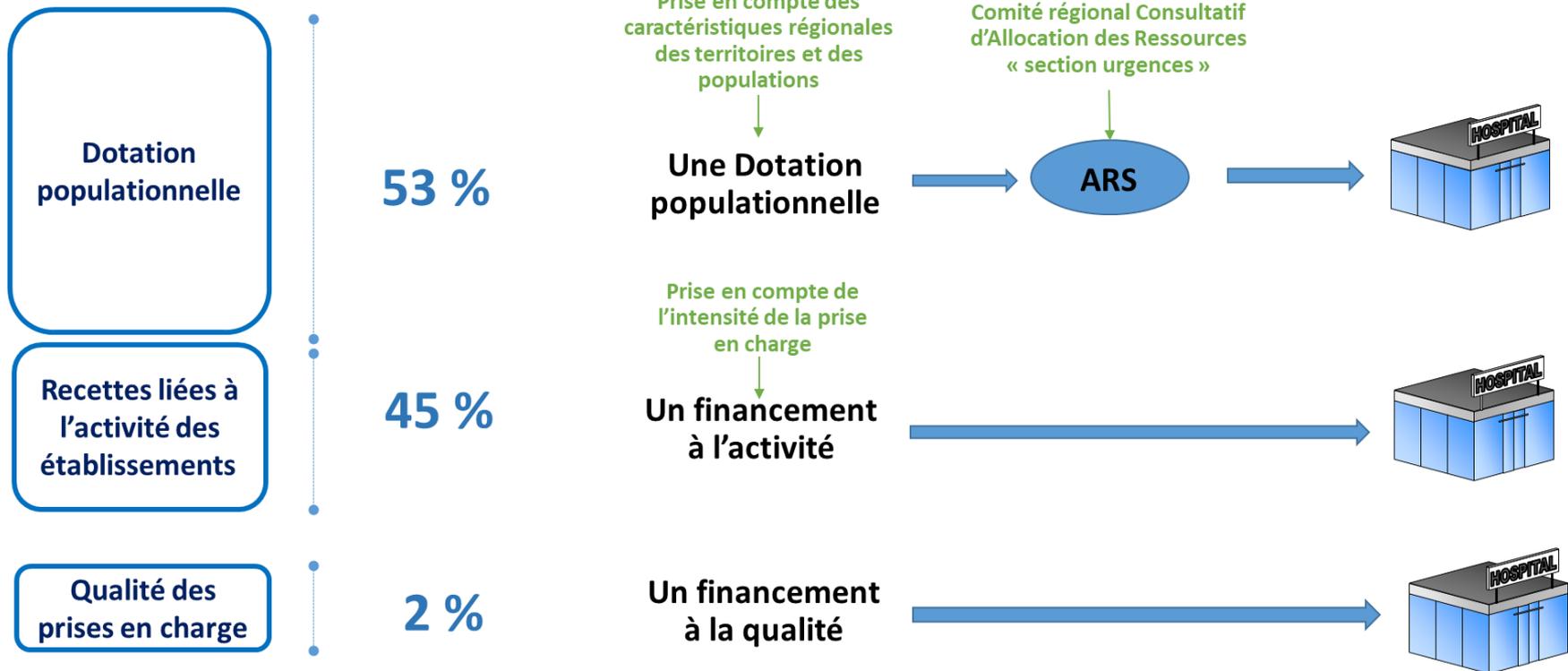
Les nouveautés prévues par les textes :

- Extension du dispositif de gestion des lits
L'établissement autorisé à l'activité de médecine d'urgence met en place un dispositif de gestion des lits portant sur l'activité d'hospitalisation programmée et non programmée, ou participe à un dispositif mis en place :
 - Par le GHT lorsqu'il y appartient
 - Conjointement avec d'autres établissements du territoire si établissement hors GHT.



Dotation populationnelle 2023 : finalisation des travaux du GT « dot pop »

Les trois compartiments du nouveau modèle

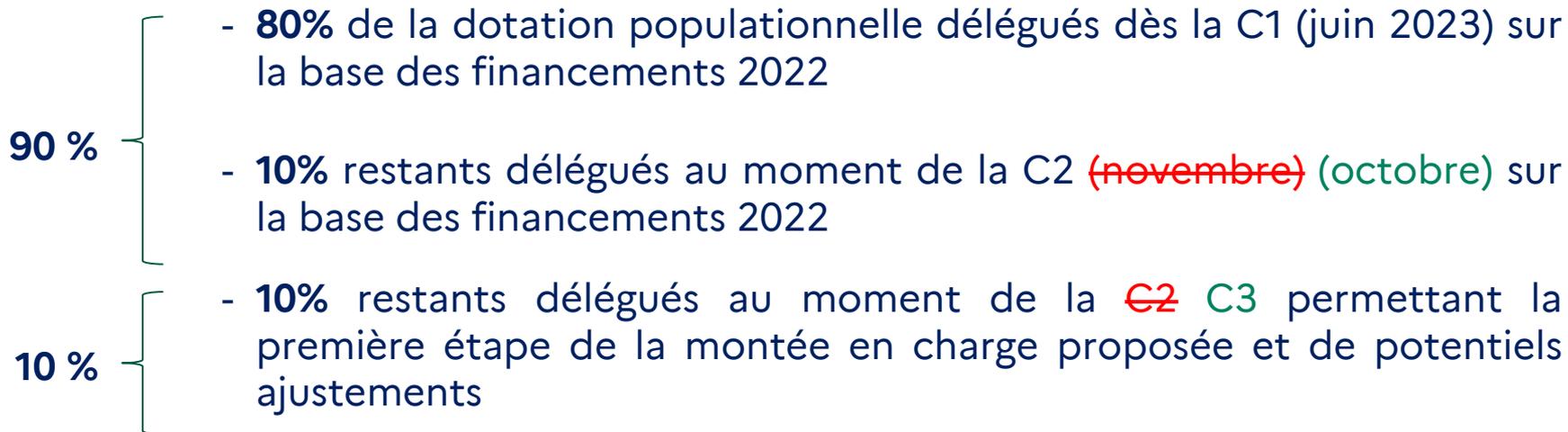




Rappel des éléments présentés au CCAR de mars 2023

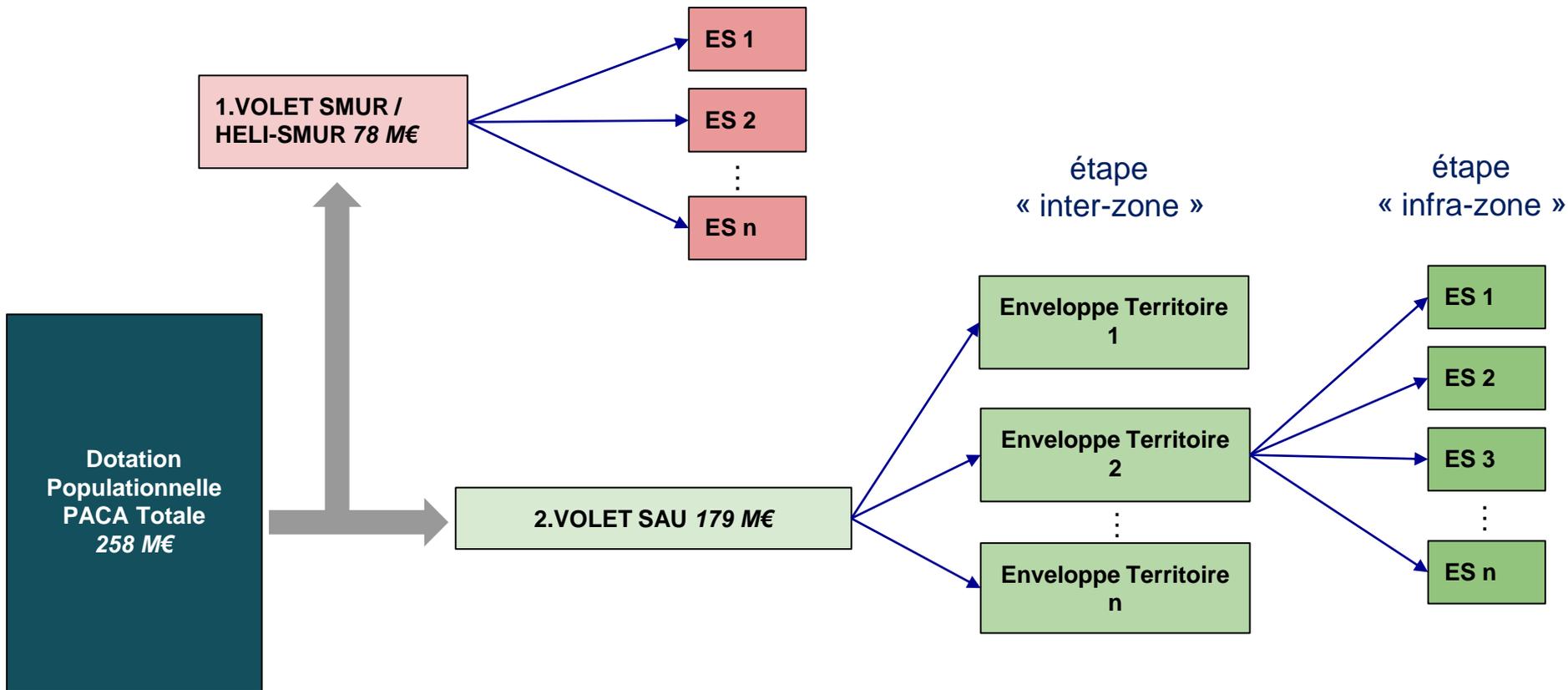
Rappel sur le calendrier de délégation 2023

- Une délégation 2023 en plusieurs étapes :



Pas de CCAR avant la C1 ou la C2 car les modes de délégations ont suivis l'avis du comité de mars

Rappel sur l'architecture générale de la méthode



Rappel sur l'architecture générale de la méthode

- Un volet SMUR calculé sur la base de forfaits (Le financement «historique» de l'Hélismur est inclus mais pas les surcoûts récents).

- Un volet SAU
 - calculé comme la dotation pop totale - le volet SMUR ;
 - Ventilé sur la base d'indicateurs en deux étapes successives :
 - Entre des zones (départements traitants)
 - puis au sein de chaque zone entre établissements

Volet SAU - liste des indicateurs retenus à chaque étape :

Etape 1 «inter-zone » :

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

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

100%

Volet SAU - liste des indicateurs retenus à chaque étape :

Etape 2 «infra-zone » :

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

100%

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

Rappel sur la montée en charge de la méthode du GT « dotpop »

- Une montée en charge progressive **pour le volet SAU**, sur la base d'une moyenne pondérée entre :
 - Ventilation « historique » (*référence 2022*)
 - Ventilation 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 ;
 - > Plein effet de la réforme en 2026
- Premiers effets dès 2023 mais sans choc sur les financements



Présentation de la finalisation des travaux

Volet SMUR (78 M€) : un financement plus lisible

Lignes			
Journées "incomplètes"	Lignes saisonnières	Lignes dédiées T2IH	Journées "complètes"
3	0,6	2	46

Les proportions historiques entre SMUR et SAU sont conservées (30% SMUR/70% SAU en 2023) avec un financement plus lisible

Structure volet SMUR/Hélismur	
66,2M€	au titre des lignes fonctionnant 24h/24, 365 jours par an
2,2M€	au titre des lignes en journée incomplète
0,8M€	au titre des lignes saisonnières
1,4M€	au titre des T2IH
7,7M€	au titre de l'Hélismur
78,4 M€	TOTAL VOLET SMUR/Hélismur

(Les surcoûts liés à l'Hélismur sont gérés dans un vecteur ad hoc, hors dotation populationnelle)

Volet SAU (179,4M€) : Approche retenue pour le choix des pondérations

- Un double objectif :
 - garantir la protection des établissements en cherchant à minimiser les écarts négatifs entre les recettes issues de la méthode et les recettes historiques (2022).
 - refléter au mieux le travail du GT (échanges en séance et sondage) pour déboucher sur un vecteur de pondération le plus porteur de sens.

Volet SAU : les étapes de sélection des pondérations

- on simule les impacts de la réforme pour l'ensemble des vecteurs de pondérations existants, puis on classe ces simulations selon un critère de minimisation des pertes cumulées au niveau régional (aucune simulation avec 0 impact négatif).

Volet SAU : les étapes de sélection des pondérations

- on simule les impacts de la réforme pour l'ensemble des vecteurs de pondérations existants, puis on classe ces simulations selon un critère de minimisation des pertes cumulées au niveau régional (aucune simulation avec 0 impact négatif).
- on ne conserve que celles pour lesquelles la somme des impacts négatifs est inférieure à 15M€ sur la région. Ce seuil a été choisi pour permettre au mécanisme de rattrapage - présenté à la suite - de garantir aux établissements la compensation d'éventuels impacts négatifs tout en permettant de conserver pour partie les impacts positifs.

Volet SAU : les étapes de sélection des pondérations

- on simule les impacts de la réforme pour l'ensemble des vecteurs de pondérations existants, puis on classe ces simulations selon un critère de minimisation des pertes cumulées au niveau régional (aucune simulation avec 0 impact négatif).
- on ne conserve que celles pour lesquelles la somme des impacts négatifs est inférieure à 15M€ sur la région. Ce seuil a été choisi pour permettre au mécanisme de rattrapage - présenté à la suite - de garantir aux établissements la compensation d'éventuels impacts négatifs tout en permettant de conserver pour partie les impacts positifs.
- Parmi ces simulations, on retient finalement celle dont les pondérations correspondent le mieux aux critères normatifs du GT.

Etape 1 «inter-zone » :

Démographique	65%
Population totale (nombre entier)	35%
Population < 5 ans (%)	10%
Population > 75 ans (%)	15%
Volume 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	

Etape 2 «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%

Impacts de la méthode (en cible) (1/2)

- Les pondérations choisies conduisent à une répartition du volet SAU par zone (département traitant) qui respecte la structure générale de la population tout en introduisant des transferts reflétant les indicateurs retenus :

Dpt traitant	sous- enveloppe	%	population
Dpt traitant _04	6 083 800	3%	3%
Dpt traitant _05	4 831 175	3%	3%
Dpt traitant _06	35 459 782	20%	22%
Dpt traitant _13	69 057 274	38%	39%
Dpt traitant _83	33 557 232	19%	19%
Dpt traitant _84	30 426 208	17%	14%
TOTAL	179 415 470	100%	100%

Impacts de la méthode (en cible) (2/2)

Vérification de l'absence de biais par statut dans la seconde étape :

	Historique (2022)	%	Après réforme	%
public	209 405 301	90,1%	225 367 906	90,1%
privé non lucratif	15 111 848	6,5%	16 348 832	6,5%
privé lucratif	7 835 711	3,4%	8 425 044	3,4%
	232 352 860	100%	250 141 782	100%

Note de lecture : les effets tiennent ici compte des deux volets SMUR et SAU, soit l'entièreté de la dotation populationnelle (Hors Héliumur)

Il existe en revanche des impacts au niveau établissement

Introduction d'un mécanisme de rattrapage

- Ce mécanisme consiste à écrêter les impacts positifs pour compenser d'éventuels impacts négatifs. Concrètement, on garantit *a minima* la stabilité de la dotation populationnelle pour l'ensemble des établissements (sur le total SAU + SMUR)
- Les établissements devant bénéficier d'un impact positif de la réforme conserve la jouissance d'un impact positif moindre et les établissement devant subir un impact négatif sont « rattrapés ».
- Afin de conserver la structure par statut, ce mécanisme s'opère entre établissements de même statut.
- Augmentation du nombre d'établissement rattrapés jusqu'en 2025 (1 seul en 2023)

Focus ex-MIG « milieux périlleux »

- Les montants historiques de MIG ont été inclus en construction dans la dotation populationnelle en 2021 pour les 5 établissements qui en étaient bénéficiaires.

Ces crédits seront identifiés pour ces établissements au sein de la dot pop 2023 (en faisant une hypothèse de revalorisation)

Des travaux complémentaires sont à prévoir en 2024 pour objectiver les besoins (notamment une revalorisation de la dot pop à destination du CH de Digne, financé par du FIR en 2023)

-> un enjeu financier macro de second ordre : 360k€ de MIG régionale en 2020 soit moins de 0,2% de la dotation totale



Echanges

Proposition soumise au vote

- Avis sur la finalisation de la méthode de ventilation de la dotation populationnelle proposée par le GT