

Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins
Sous-direction de la qualité
et du fonctionnement des établissements de santé
E 3/Mission PMSI

Avertissement :
Ceci est une reproduction mise à disposition
par le site Internet de la Société Francophone
de Médecine d'Urgence.
Toute référence à ce document doit faire appel
à l'édition originale.

Circulaire DHOS/E 3/PMSI n° 2001-433 du 10 septembre 2001 relative au projet de mise en oeuvre progressive d'un financement propre aux urgences dans les établissements de santé

SP 3 332
2740

NOR : MESH0130642C

(Texte non paru au *Journal officiel*)

Références :

Article L. 716-2 du code de la santé publique relatif à l'expérimentation de nouveaux modes de financement des établissements de santé publics ou privés, fondés sur une tarification à la pathologie.

Décret n° 97-615 du 30 mai 1997 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé ainsi qu'à certaines modalités de préparation des schémas d'organisation sanitaire et modifiant le code de la santé publique.

Décret n° 97-616 du 30 mai 1997 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en oeuvre l'activité de soins accueil et traitement des urgences» et modifiant le code de la santé publique.

Accord national du 4 avril 2001 entre l'État et les organisations nationales représentatives des établissements de santé mentionnés à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique.

Arrêté du 23 avril 2001 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation des établissements mentionnés à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique.

La ministre de l'emploi et de la solidarité et le ministre délégué à la santé à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour mise en oeuvre) ; Mesdames et Messieurs les directeurs des établissements de santé disposant d'unité(s) d'accueil et de traitement des urgences (pour mise en oeuvre) En janvier 2001, un groupe de travail a été mis en place avec, pour objectif, d'étudier des modalités de financement propres aux services d'accueil et de traitement des urgences (1) Cette réflexion s'inscrit dans les travaux d'expérimentation d'un mode de financement des établissements de santé sur la base, pour leur activité de court-séjour, d'un système dit de « tarification à la pathologie ». En effet, dans un tel système, la prise en charge des urgences, qui constitue une « activité d'intérêt général », non directement liée à l'hospitalisation individuelle de chaque patient, doit faire l'objet de modalités spécifiques de financement.

(1) Par commodité, on désigne ici sous les termes « services d'accueil et de traitement des urgences » l'ensemble des unités ayant une autorisation d'exercer comme « unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences » (« UPATOU »), « service d'accueil et de traitement des urgences » (« SAU ») ou encore « pôle spécialisé d'accueil et de traitement des urgences » (« POSU »), conformément au décret n° 97-615 du 30 mai 1997.

Les travaux déjà menés par ce groupe de travail ont permis d'aboutir à l'élaboration d'un projet dont les traits majeurs sont les suivants :

- il est envisagé de valoriser l'activité d'urgences dans les seuls établissements de santé, publics et privés, équipés de service(s) d'accueil et de traitement des urgences bénéficiant d'une autorisation (UPATOU, SAU ou POSU) ;
- le modèle visé est mixte : il est basé sur un « forfait de base » fixe assorti d'un paiement en relation avec le nombre des passages. Plusieurs forfaits pourraient être ainsi élaborés selon le niveau d'autorisation et le volume d'activité des services d'accueil des urgences. A terme, ce modèle de financement doit être modulé par la prise en compte de la nature de l'activité ou « case-mix ».

En pratique, pour chaque service autorisé, cela signifie que la valorisation des urgences doit pouvoir tenir compte de trois éléments :

- les moyens « types » nécessaires à son fonctionnement, en fonction du niveau d'autorisation dont il bénéficie (moyens appréhendés notamment à partir des textes réglementaires (1) ;
 - son volume d'activité, apprécié globalement ;
 - et la nature de cette activité ou « case-mix ».

Remarque : la qualité des prises en charge aux urgences et leur caractère adéquat relèvent de contrôles spécifiques, dans le cadre des procédures de suivi des autorisations et d'évaluation des prestations réalisées ; il n'en sera donc pas tenu compte dans la détermination de la procédure de financement. Un recueil médicalisé de « résumés de passages aux urgences » (RPU) sera mis en place lorsque la Classification commune des actes médicaux (CCAM) sera opérationnelle. En effet, la classification que l'on se propose d'employer pour dresser le case-mix des unités d'urgences est celle des « groupes de passages aux urgences » (GPU), qui suppose un recueil d'information basé essentiellement sur la description des actes réalisés (en volume et en nature).

L'opérationnalité de la CCAM constitue dès lors un maillon déterminant dans la mise en oeuvre du système d'information médicalisé des urgences : il n'est pas envisageable d'engager celui-ci sur la base d'un outil voué à ne plus être utilisé (le Catalogue des actes médicaux ou CdAM), ce qui impliquerait de surcroît une double saisie des actes réalisés aux urgences (CdAM/NGAP) (2).

(1) Le décret n° 97-616 du 30 mai 1997 a en particulier institué des conditions techniques de fonctionnement relatives à l'accueil et au traitement des urgences.

(2) Les actes externes réalisés dans les services accueillant des urgences sont, en effet, répertoriés (et, le cas échéant, facturés) sur la base de la NGAP.

D'emploi facultatif à partir du 1er janvier 2002, la CCAM, comme nouvel outil de codage des actes médicaux du recueil PMSI, ne sera obligatoire qu'à partir de janvier 2003 : c'est pourquoi la généralisation du recueil des RPU est envisagée également à partir de cette date, avec en amont une phase de test.

Le dispositif de valorisation spécifique de l'activité d'urgences serait mis en oeuvre progressivement, dans une double perspective :

- dans la perspective à moyen terme d'une tarification éventuelle « à la pathologie », l'objectif est de déterminer un financement adapté de l'activité d'accueil des urgences qui soit commun à l'ensemble des établissements publics et privés titulaires des autorisations requises (y compris cliniques actuellement sous OQN) ;
- à plus court terme, dans le cadre du système de financement des établissements de santé actuellement en vigueur, des modalités de valorisation de l'activité d'urgences doivent être également prévues, conformément au souhait exprimé par les fédérations représentant les établissements :
- un système de financement mixte, consistant en un forfait de base et une rémunération de chaque prestation « d'accueil et de traitement des urgences » (ATU), a d'ores et déjà été mis en place pour les cliniques privés sous OQN, dans le cadre de l'accord national du 4 avril 2001 ;
- s'agissant des établissements financés par dotation globale, il pourrait être envisagé d'instaurer, dans le système actuel de modulation budgétaire des établissements, pour la campagne budgétaire 2003 avec une première expérimentation régionale dès 2002, une valorisation en points ISA spécifique de l'activité d'accueil et de traitement des urgences.

Les fiches jointes à la présente circulaire s'attachent à présenter en particulier les modalités et le calendrier des différentes modifications et intégrations du système d'information des établissements que suppose la mise en oeuvre progressive d'un financement propre aux urgences :

- en termes de mobilisation de nouveaux éléments spécifiant l'activité d'urgences ;
- et de modifications à intégrer dans l'outillage du PMSI-MCO : pour les établissements financés sous dotation globale, certaines sont à mettre en oeuvre dès maintenant, et portent sur la restitution d'informations relatives à l'exercice 2001 (retraitements comptables et production de « FICHSUP »).

Pour la ministre et le ministre délégué
et par délégation :
Le directeur de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins,
E. Couty

Pièces jointes à la circulaire DHOS/2001 n° 433 du 10 septembre 2001 relative au projet de mise en oeuvre progressive d'un financement propre aux urgences

1. Note technique

Calendrier prévisionnel de la mise en oeuvre du financement
des urgences selon une double perspective

Le modèle actuel de description et de valorisation de l'activité d'urgences

Le modèle de financement mixte visé

Champ d'application

Evolution du système d'information des établissements de santé financés sous dotation globale

Le résumé de passages aux urgences (RPU) : futur recueil d'information spécifique sur l'activité des urgences

Composition du groupe de travail « Financement des urgences »

Cette note technique, jointe à la circulaire susmentionnée, est à adresser par les ARH à l'ensemble des établissements de santé (établissements géographiques) de leur région disposant de services d'accueil et de traitement des urgences.

2. Recensement du volume d'activité réalisé en 2000 par l'ensemble des services d'accueil et de traitement des urgences

Les informations requises dans ce recensement doivent être transmises par les ARH à l'administration centrale avant le 1er octobre 2001.

3. Consignes de modifications des retraitements comptables et de « FICHSUP » (applicables dès l'exercice 2001)

Ces consignes sont à adresser par les ARH à l'ensemble des établissements de santé (entités juridiques) financés sous dotation globale de leur région disposant de services d'accueil et de traitement des urgences.

4. Etude sur l'activité et les charges nettes en 2000 de services d'accueil et de traitement des urgences auprès d'établissements de santé volontaires

Les modalités de cette étude sont à adresser par les ARH à l'ensemble des établissements de santé de leur région disposant de services d'accueil et de traitement des urgences.

Les établissements volontaires pour participer à cette étude ont jusqu'au 26 octobre 2001 pour fournir à l'administration centrale les informations requises.

Direction de l'hospitalisation
 et de l'organisation des soins
 Sous-direction de la qualité
 et du fonctionnement des établissements de santé

**NOTE TECHNIQUE RELATIVE AU DISPOSITIF DE MISE EN OEUVRE PROGRESSIVE
 D'UN FINANCEMENT SPÉCIFIQUE DES URGENCES**

Circulaire DHOS/2001 n° 433 du 10 septembre 2001 relative au projet de mise en oeuvre progressive
 d'un financement propre aux urgences dans les établissements de santé
 Calendrier indicatif et prévisionnel
 de la mise en oeuvre du financement des urgences selon une double perspective

ANNÉE d'application	PERSPECTIVE À COURT TERME : Système actuel de financement		PERSPECTIVE « Tarification à la pathologie » : Système commun de valorisation des urgences
	Établissements financés sous DG : Valorisation spécifique en points ISA dans le système de modulation budgétaire	Cliniques sous OQN : Rémunération d'un forfait annuel de base et d'une prestation « ATU »	
2002	- Simulation nationale - Expérimentation dans une région	Révision éventuelle au fil des négociations tarifaires	Simulation nationale
2003	Mise en oeuvre effective		Expérimentation spécifique dans une région
2004			Intégration dans expérimentation globale de la tarification à la pathologie
2005	Dégagement d'une enveloppe spécifique « Urgences » avec mise en oeuvre d'un financement mixte commun à l'ensemble des établissements. Selon l'avancée et les modalités de la mise en oeuvre de la tarification à la pathologie : - Scénario 1 : dans le cadre du système actuel de double mode de financement des établissements (sous DG/sous OQN) - Scénario 2 : dans le cadre de la mise en oeuvre progressive de la tarification à la pathologie		

Le modèle actuel de description et de valorisation de l'activité d'urgences

Qu'il s'agisse du secteur sous dotation globale (DG) ou de celui sous objectif quantifié national (OQN), l'activité d'accueil des urgences ne fait pas actuellement l'objet d'une description et d'une valorisation médico-économiques spécifiques.

La description de l'activité des urgences se résume pour l'instant à une comptabilisation du nombre de passages aux urgences dans le cadre de la statistique SAE. Jusqu'à récemment, cette comptabilisation était largement lacunaire pour les établissements sous OQN, qui n'étaient pas réglementairement autorisés à pratiquer cette mission de service public.

A partir de l'exercice 2000, outre une meilleure exhaustivité attendue sur le secteur sous OQN, l'information relative à l'activité d'urgences est enrichie de nouveaux éléments sur :

- la forme d'autorisation détenue (UPATOU, SAU, POSU) ;
- l'équipement en boxes de surveillance de très courte durée ;
- les personnels intervenant aux urgences ;
- et la ventilation des passages (au mois d'octobre) selon la trajectoire des patients à partir de la classification des groupes d'étude multicentrique des services d'accueil des urgences (GEMSA) (1).

Cette description de l'activité des urgences à travers la refonte de la statistique SAE demeure néanmoins fonctionnelle et ne revêt pas de caractère médico-économique, au sens du PMSI. S'agissant de description médico-économique (PMSI), une partie de l'activité des urgences est actuellement assimilée à l'activité de séjours MCO, et en tant que telle, fait l'objet du recueil de résumés de sortie standardisés : il s'agit des séjours en zone de surveillance de très courte durée (ZSTCD) et des passages aux urgences suivis d'un séjour MCO, ainsi considérés comme des séjours ou des épisodes de séjours MCO.

Par ailleurs, la majeure partie de l'activité des urgences (2) (passages non suivis d'une hospitalisation) est elle aussi assimilée à de l'activité MCO, mais cette fois sous forme de consultations et soins externes. Le fichier FICHSUP, qui a pour objet la description de l'activité MCO non couverte par le recueil des RSS, constitue le support de cette information. Cette activité de consultations et soins externes MCO est enregistrée en termes de lettres-clés et coefficients NGAP.

Si l'activité d'urgences est ainsi un tant soit peu intégrée dans le dispositif du PMSI-MCO, elle ne fait pas pour autant l'objet d'une description médico-économique individualisée.

Une étude réalisée en 1998 par la mission PMSI a vérifié le pouvoir discriminant de la classification des groupes de passages aux urgences (GPU), en matière de variance du coût total des passages aux urgences, cet outil ayant été élaboré dans un premier temps à dire d'experts.

(1) La classification GEMSA distingue 6 types de passages aux urgences selon le caractère programmé de la prise en charge et l'hospitalisation ou non du patient après son passage aux urgences.

(2) Selon la source SAE, dans les trois quarts des cas, les passages aux urgences ne sont pas suivis d'une hospitalisation.

Cette classification des GPU étant basée essentiellement sur la nature et le volume des actes réalisés, le recueil des résumés de passages aux urgences (RPU) sera mis en place en 2003, lorsque la classification commune des actes médicaux (CCAM) sera opérationnelle, évitant ainsi de lancer un recueil médicalisé des urgences sur un outil obsolète (le catalogue des actes médicaux ou CdAM) qui impliquerait, par ailleurs, un double codage des actes (CdAM/NGAP).

La valorisation économique de l'activité des urgences est également confondue avec celle de l'activité de court séjour, les passages aux urgences étant traités soit comme des séjours ou épisodes de séjour MCO, soit comme de simples consultations et soins externes MCO. Une avancée se profile néanmoins avec la mise en place en 2001 d'un forfait spécifique « d'accueil et de traitement des urgences » (ATU) dans les services d'urgences autorisés des cliniques privées sous OQN.

Qu'il s'agisse de valorisation en termes de points ISA pour le secteur financé par dotation globale, ou de facturation pour les cliniques privées sous OQN, les passages aux urgences suivis d'un séjour MCO sont considérés comme partie intégrante du séjour qu'ils précèdent.

Les passages non suivis d'un séjour MCO sont, dans le secteur financé par dotation globale, valorisés comme de simples consultations et soins externes, en termes de coefficients tarifaires des lettres-clés NGAP convertis en points ISA.

Dans le secteur sous OQN, jusqu'aux récents accord national du 4 avril 2001 et arrêté du 23 avril 2001, les passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation ne faisaient l'objet d'une facturation que dans des conditions très restrictives :

- pour les passages aux urgences d'une durée inférieure à 6 heures, un « forfait de frais de petit matériel » (FFM) de 100 F était octroyé si un acte (sans anesthésie) était réalisé avec consommation de matériel de petite chirurgie ou d'immobilisation ;
- pour les passages d'une durée comprise entre 6 heures et 24 heures, sans acte de chirurgie ou d'anesthésie ambulatoire, était prévu un « forfait d'activité non programmée » (FANP) de 250 F .

L'accord national du 4 avril 2001 constitue une avancée dans le cadre de la valorisation de l'activité d'urgences en prévoyant, pour la centaine de cliniques privées sous OQN pressenties pour bénéficier d'une autorisation en 2001, un système de financement mixte, sous forme d'un forfait annuel et d'un paiement au passage. Ce système de rémunération aux cliniques est modulé selon le type d'autorisation et le volume de l'activité d'urgences, quelle que soit l'organisation du service d'urgences en termes de mode d'exercice (salariés/libéraux) des médecins urgentistes. Selon l'accord national du 4 avril 2001, cinq forfaits annuels sont prévus dans ce cadre :

- pour l'unique SAU relevant du secteur sous OQN : dotation annuelle de 4 MF ;
- pour les POSU : dotation annuelle de 3 MF ;
- pour les UPATOU : forfait annuel variant selon le volume total de passages (y compris les passages suivis d'une hospitalisation) : 2,5 MF pour moins de 5 000 passages, 2 MF entre 5 000 et 20 000 passages et 2,5 MF à partir de 20 000 passages.

Par ailleurs, le forfait d'accueil et de traitement des urgences (ATU), d'une valeur unique de 100 F, rémunère chaque passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation.

Le modèle visé de financement mixte de l'activité d'urgences

Le modèle économique de système mixte de rémunération consiste à conjuguer « coûts fixes » et « coûts variables », et à tenir compte des effets de rendements croissants/décroissants ainsi que des effets de seuil caractéristiques d'une activité soumise à une obligation de permanence et d'ouverture 24 heures sur 24 :

- le coût de production d'une unité - ici d'un passage aux urgences - diminue avec l'augmentation des unités produites ;
- jusqu'à un certain seuil, l'augmentation du nombre de passages peut entraîner des économies d'échelle ; au-delà de ce seuil, des moyens de fonctionnement supplémentaires sont nécessaires pour assurer les prises en charge.

Ce modèle de financement semble en effet particulièrement adapté au contexte des urgences et présente un certain nombre d'avantages par rapport à un modèle de « rémunération au passage » :

- il ne sanctionne pas les services d'urgences présentant une faible activité, dont la mise en place et le maintien sont néanmoins justifiés afin d'assurer une couverture sanitaire satisfaisante, notamment en termes de proximité des soins assurée dans des zones à faible densité de population ;
- il n'incite pas à un gonflement artificiel de l'activité des urgences, en recourant par exemple aux pratiques de reconvoctions systématiques.

L'élaboration d'un seuil minimal de dotation, quel que soit le volume d'activité réalisé, pourra s'appuyer sur les textes réglementaires, notamment sur le décret n° 97-616 du 30 mai 1997 (1), qui fournit des indications sur l'organisation des services d'accueil et de traitement des urgences, en particulier en termes de nécessaire présence médicale et paramédicale 24 heures sur 24, tous les jours de l'année :

- d'au moins un médecin, quel que soit le type d'autorisation du service ;
- d'au moins deux infirmiers diplômés d'Etat dans les SAU et les POSU et d'au moins un s'il s'agit d'un service UPATOU.

Plusieurs « forfaits » pourraient être ainsi déterminés pour chacun des types d'autorisation. A titre purement illustratif, ces « forfaits » pourraient alors prendre la forme suivante :

- UPATOU « forfait 1 » (volume de passages aux urgences inférieur à 15 000 passages) : dotation annuelle de ... MF plus francs par passage à partir de 5 000 passages ;
- UPATOU « forfait 2 » (volume de passages compris entre 15 000 et 35 000 passages) : dotation annuelle de ... MF plus francs par passage à partir de 25 000 passages ;

(1) Le décret n° 97-616 du 30 mai 1997 est relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en oeuvre l'activité de soins « accueil et traitement des urgences » et modifiant le code de la santé publique.

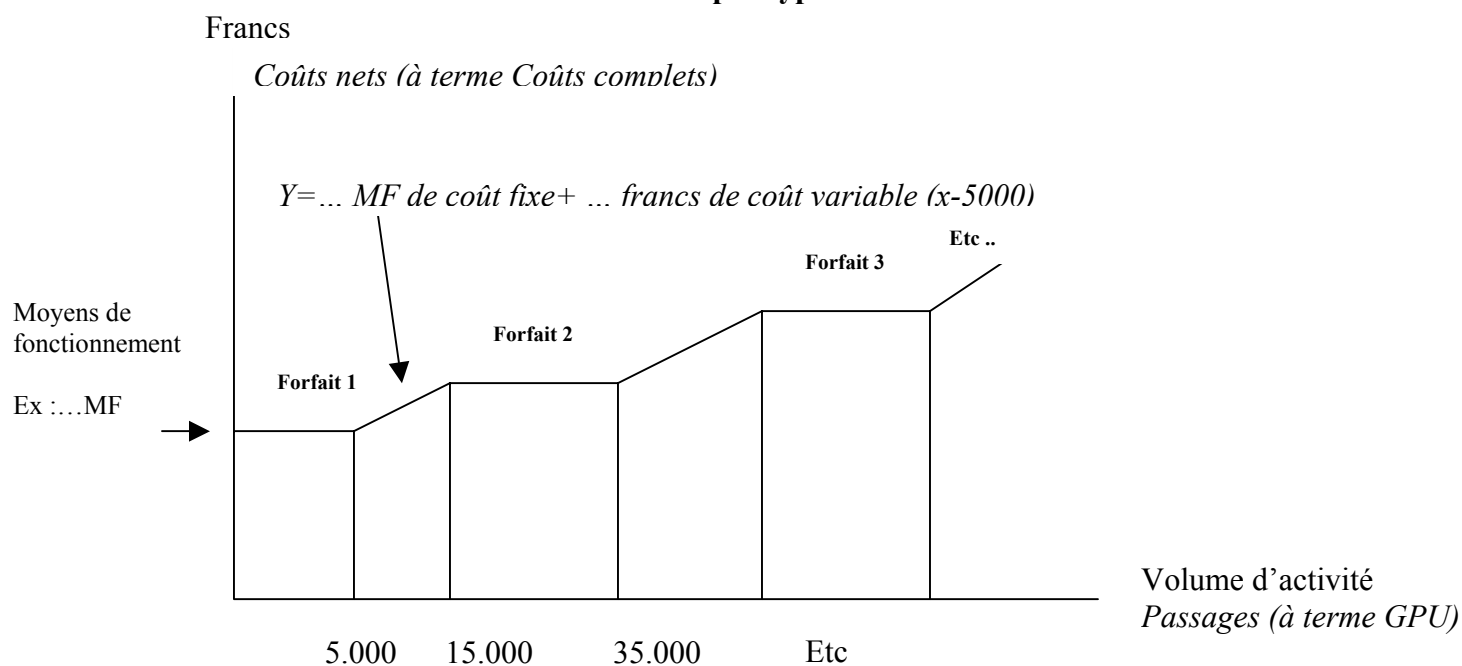
- UPATOU « forfait 3 » (volume de passages supérieur ou égal à 35 000 passages... ;
- SAU « forfait 1 » (volume de passages aux urgences inférieur à 20 000 passages) : dotation annuelle de ... MF plus francs par passage à partir de 10 000 passages ;
- SAU « forfait 2 » (volume de passages aux urgences entre 20 000 et 40 000 passages...), etc.

Ces forfaits, applicables à l'ensemble des services d'urgences autorisés, seront calculés à partir de l'élaboration d'une « fonction de financement », croisant les données de coûts et d'activité des urgences d'un échantillon d'établissements volontaires.

Si, dans un premier temps, l'activité des services d'urgences sera évaluée uniquement sur la base du volume des passages, à terme elle sera appréhendée également en termes de «case-mix».

(Voir ci-après le graphique illustrant l'élaboration d'une « fonction de financement des urgences ».)

Modèle de financement à élaborer par type d'autorisation



Champ d'application

La dotation annuelle de fonctionnement des urgences sera allouée aux établissements de santé pour chaque service d'accueil et de traitement des urgences bénéficiant d'une autorisation UPATOU, SAU ou POSU.

Cette dotation ne concernera pas :

- les services d'urgence des établissements spécialisés en psychiatrie ;
- les services non dotés d'une autorisation (SAU, POSU ou UPATOU) ayant néanmoins passé un contrat dit « de relais » avec un établissement siège d'une UPATOU ;
- les services cliniques ayant une activité de prises en charge non programmées (en gynécologie-obstétrique, pédiatrie, cardiologie, traitement des brûlés, etc.) qui ne détiennent pas une autorisation de type POSU ;
- les « zones de surveillance de très courte durée » qui, bien qu'étant situées géographiquement au sein des services d'accueil des urgences, réalisent une activité d'hospitalisation donnant lieu à des séjours ; ces séjours en « lits-porte », selon leur ancienne désignation, sont décrits et valorisés avec l'outillage PMSI-MCO classique ; en revanche, ils sont précédés d'un « passage » aux urgences qui, en tant que tel, doit faire **l'objet d'une description et d'une valorisation spécifiques.**

Evolution du système d'information liée à la mise en oeuvre progressive d'un financement particulier des urgences

Le caractère progressif de la mise en oeuvre d'un financement spécifique des urgences repose en particulier sur les nécessaires adaptations du système d'information actuel des établissements de santé. De ce point de vue, technique, l'année 2005 devrait constituer une année charnière.

Ce n'est qu'en 2005 que le financement des urgences pourra s'asseoir sur un recueil d'information médico-économique spécifique. Lié à l'opérationnalité de la classification commune des actes médicaux (CCAM), le recueil d'information relatif à l'activité et au casemix des urgences, ou « résumé de passages aux urgences » (RPU), ne pourra en effet être généralisé dans l'ensemble des établissements de santé concernés qu'en 2003. C'est également en 2005 que l'ensemble des outils PMSI-MCO intervenant dans le financement des établissements, notamment ceux financés par dotation globale, pourront être, dans leur totalité, épurés des principes actuels de description et de valorisation des urgences :

- dès 2001, les établissements financés sous dotation globale doivent intégrer des modifications :
- de leurs retraitements comptables, en isolant les charges d'urgences dans une sous-section d'imputation particulière ;
- ainsi que dans le cadre de la production du fichier « FICHSUP », en individualisant les consultations et soins externes liés à l'accueil et à la prise en charge des urgences.

Ces modifications pourront alors être prises en compte à partir de la campagne budgétaire 2003.

En 2002, l'ensemble des établissements de santé (publics et privés) devront intégrer certaines modifications dans la production des résumés de sortie standardisés (RSS) pour les séjours MCO précédés d'un passage aux urgences :

- en supprimant la mention d'actes réalisés au cours du passage aux urgences ;
- en ne considérant plus la date d'arrivée aux urgences comme date de début du séjour MCO.

En revanche, les séjours en « zone de surveillance de très courte durée » (ZSTCD), qui constituent des hospitalisations à part entière, devront toujours faire l'objet d'un résumé d'unité médicale (RUM).

Ces modifications relatives à la description des séjours MCO pourront être prises en compte dans le cadre de la campagne budgétaire 2004, s'agissant des établissements financés sous dotation globale.

Enfin, dans le cadre de l'étude nationale des coûts (ENC) des séjours MCO réalisés en 2002 dans un échantillon d'établissements financés sous dotation globale, l'imputation d'un coût forfaitaire de passage aux urgences devra être supprimée du calcul du coût des séjours. Cette modification ne prendra effet, en termes de campagne budgétaire, qu'en 2005.

Modifications à apporter à l'outillage PMSI-MCO Calendrier prévisionnel

OUTIL ET CHAMP des établissements concernés	ANNÉE DE PRODUCTION par les établissements	ANNÉE DE TRANSMISSION au ministère	ANNÉE D'APPLICATION en campagne budgétaire
Production des résumés de sortie standardisés (RSS) (ensemble des établissements de santé avec activité MCO)	2002	2003	2004
Référentiel : étude nationale de coûts (ENC) (échantillon d'établissements sous dotation globale)	2002	2003 (édition en 2004)	2005
Retraitements comptables (ensemble des établissements sous dotation globale hors hôpitaux locaux)	2001	2002	2003
Production de FICHSUP (ensemble des établissements sous dotation globale hors hôpitaux locaux)	2001	2002	2003

Ce n'est par ailleurs qu'à l'horizon de 2005 que les services d'urgences pourront être financés sur la base :

- de leur volume global d'activité complété de leur case-mix ;
- et d'autre part, de la totalité de leurs charges.

Recouvrement du financement des urgences
pour les établissements sous dotation globale

ANNÉE D'APPLICATION	CHARGES COUVERTES	ACTIVITÉ COUVERTE
2002 (simulation)	Charges nettes	Volume d'activité
2003	Totalité des charges	
2004		
2005		Volume d'activité + case-mix

Voir en pages suivantes :

- l'évolution du modèle de description des charges et de l'activité des urgences dans les établissements financés sous dotation globale ;

- le « résumé de passages aux urgences » (RPU) : futur recueil d'information spécifique sur l'activité des urgences.

S'agissant des cliniques privées sous OQN, si d'ores et déjà un système de forfait annuel doublé d'une rémunération au passage (ATU) a été mis en place en 2001, celui-ci devrait à terme évoluer (1) pour être harmonisé avec les modalités de financement spécifique des urgences envisagées sur le secteur sous dotation globale, notamment dans la perspective d'un passage à la tarification dite « à la pathologie ».

Dans ce cadre, les cliniques privées sous OQN devraient elles aussi :

- contribuer, sur la base d'un échantillon, à l'élaboration d'un référentiel sur les charges des établissements liées à l'activité d'urgences, en amorçant notamment le recueil médicalisé des « résumés de passages aux urgences » (RPU) sur une « année glissante » (informations portant sur le deuxième semestre 2002 et sur le premier semestre 2003) ;

- et s'engager par ailleurs dans la généralisation du recueil des RPU sur l'exercice 2003.

(1) Actuellement, le système de financement des urgences dans les cliniques sous OQN ne concerne que les passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation et n'est censé couvrir par ailleurs que les charges directes liées aux urgences.

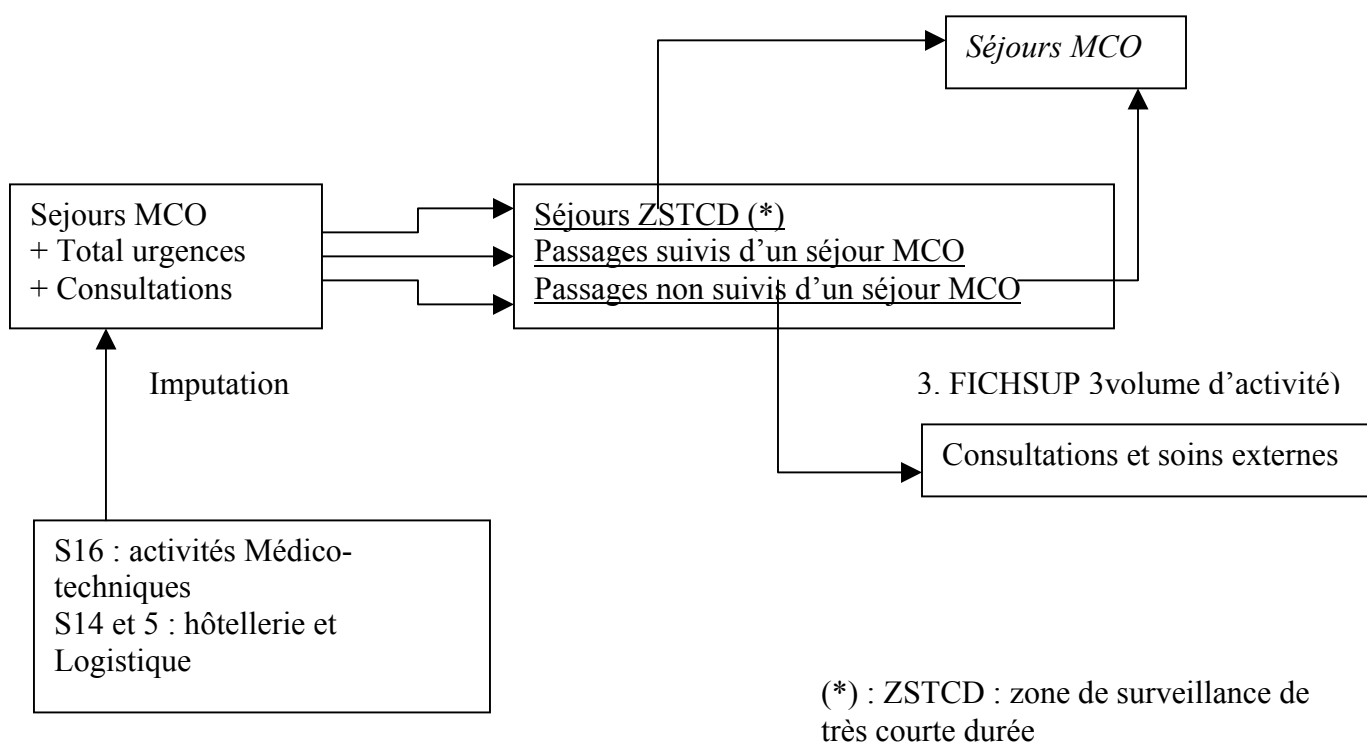
Evolution du système d'information des établissements de santé financés sous dotation globale

Modèle actuel : urgence confondus avec MCO

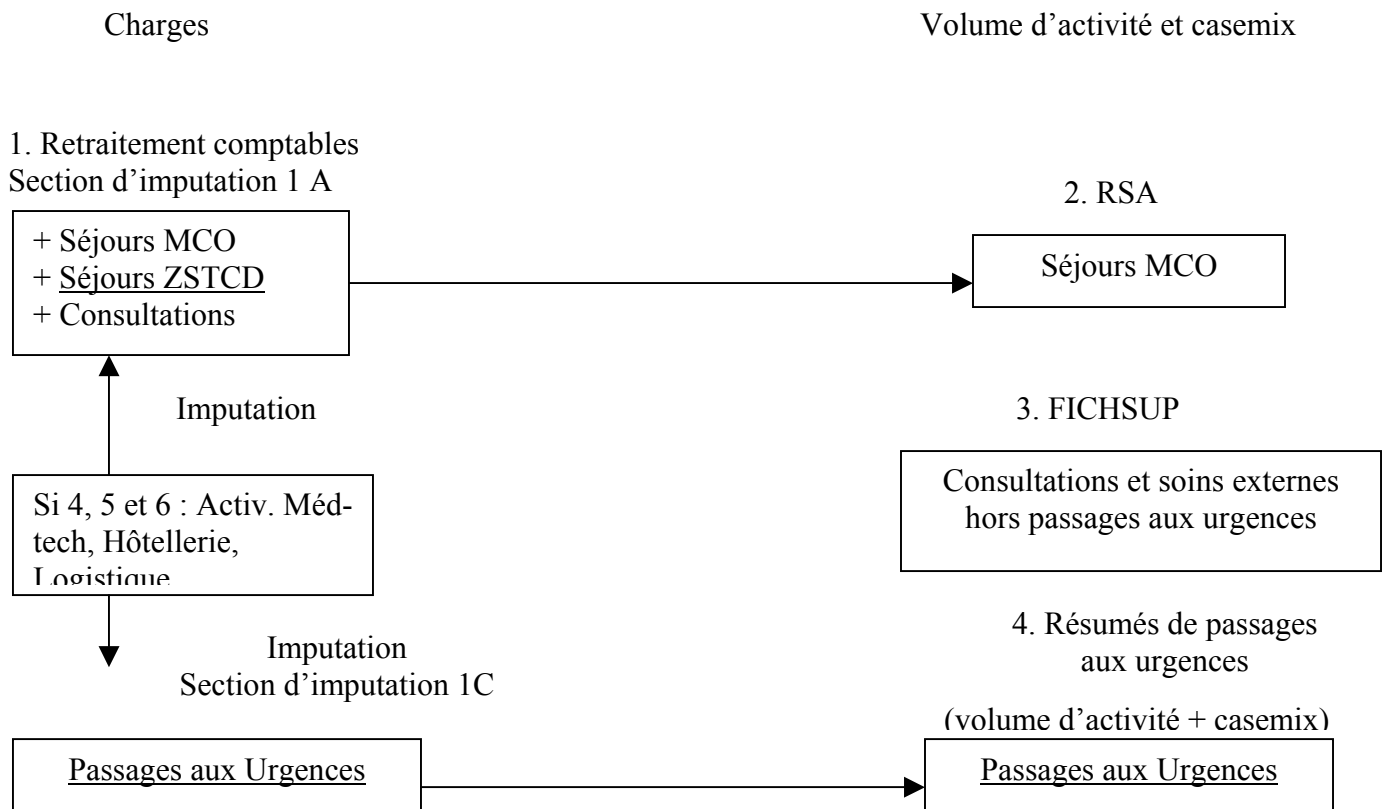
Charges MCO
1. Retraitements comptables

Volume d'activité et casemix MCO
2. RSA (volume d'activité + casemix

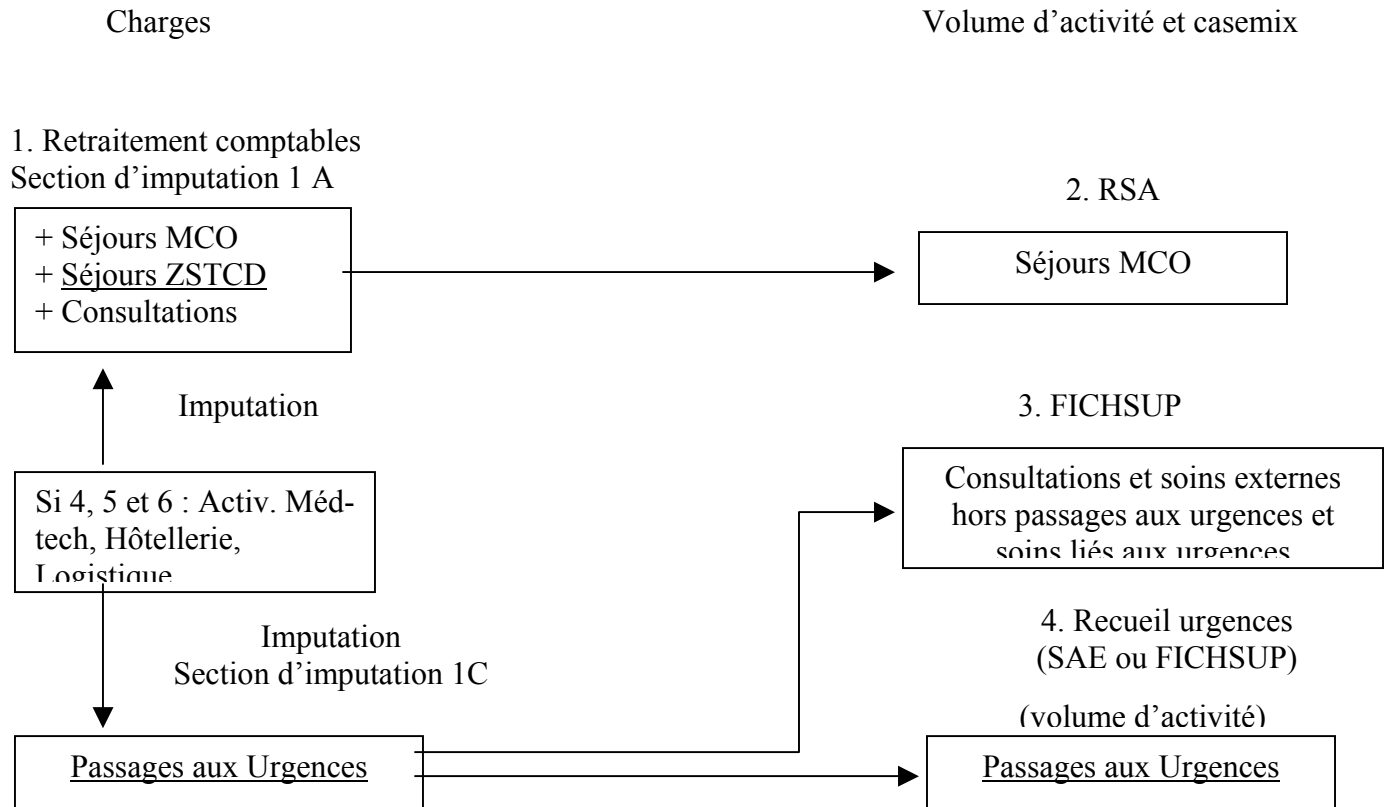
Section d'imputation 1 A



Modèle futur : individualisation des urgences



Modèle intermédiaire



Le « résumé de passages aux urgences » (RPU) : futur recueil d'information spécifique sur l'activité des urgences

Le « résumé de passages aux urgences » (RPU) a pour vocation de constituer une information standardisée sur chaque passage aux urgences.

Cette information minimum et commune à l'ensemble des services d'accueil et de traitement des urgences permettra de discriminer l'activité des ces différents services :

- d'un point de vue médico-économique ;
- et selon leur type d'autorisation (UPATOU, SAU ou POSU).

Chaque RPU fera l'objet, sur la base des informations qu'il contient, d'un classement dans un « groupe de passages aux urgences » (GPU).

Contrairement aux classifications médico-économiques utilisées respectivement dans les secteurs MCO et SSR, la classification des GPU constitue un outil élaboré a priori, à dire d'experts. Une étude réalisée en 1998 par la mission PMSI a vérifié le pouvoir discriminant de cette classification en matière de variance du coût total des passages aux urgences (1).

La classification des GPU distingue :

4 grands modes de prise en charge aux urgences :

- réanimation et environnement de monitoring ;
- prise en charge médico-chirurgicale ;
- prise en charge médico-sociale, médico-légale, psychiatrique ;
- prise en charge autre ;

et 16 groupes iso-ressources selon :

- le nombre de fonctions vitales défaillantes (réanimation) ;
- la présence et la lourdeur des actes réalisés (actes « alpha »/actes « gamma ») ;
- le type de consultation ;
- la présence de facteurs aggravants et/ou le recours à l'avis d'un spécialiste.

La généralisation du recueil des RPU dans l'ensemble des établissements concernés (qu'ils soient de statut public ou privé) ne devrait intervenir qu'en janvier 2003 :

- la classification des GPU étant basée essentiellement sur la nature et le volume des actes réalisés, le recueil des RPU ne sera ainsi mis en place que lorsque la classification commune des actes médicaux (CCAM) sera opérationnelle, évitant ainsi de lancer un recueil médicalisé des urgences sur un outil obsolète (le catalogue des actes médicaux ou CdAM) qui impliquerait, par ailleurs, un double codage des actes (CdAM/NGAP) ;

(1) Cette étude a ainsi calculé que la classification des GPU explique 53 % de la variance du coût des passages aux urgences et constitue ainsi un outil adapté de description et de valorisation médico-économique de l'activité des urgences. Les résultats de cette étude sont présentés dans un document d'août 1999, disponible sur demande : « Classification de l'activité des unités de prise en charge des urgences ».

- en amont, un recueil standardisé sur l'activité des urgences est actuellement expérimenté en région Midi-Pyrénées. Ce recueil expérimental regroupe un certain nombre d'informations, dont certaines seront mobilisables dans le RPU, notamment celles permettant le groupage des passages aux urgences en GPU, mais aussi éventuellement d'autres qui s'avèreraient pertinentes pour discriminer l'activité des services d'accueil et de traitement des urgences ;
- le recueil des résumés de passages aux urgences (RPU) fera par ailleurs l'objet d'un test au cours du second semestre 2002 dans un certain nombre d'établissements émanant de différentes régions.

C'est donc sur la base de ces différents éléments (intégration de la CCAM, expérimentation régionale et test des RPU) que le contenu (1) et les modalités du recueil des résumés de passages aux urgences ainsi que l'algorithme de la classification des GPU seront arrêtés dans leur première version opérationnelle.

Composition du groupe de travail

« Financement des urgences »

(Expérimentation de la tarification à la pathologie)

M. le docteur Philippe Ailleres : chef du service des urgences de l'hôpital Léopold-Bellan à Paris.

Mme le docteur Dominique Baubeau : chargée d'études à la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de l'emploi et de la solidarité.

M. le docteur Max Bensadon : centre de traitement de l'information du PMSI (CTIP) à l'Université Paris VI.

M. Bihler : directeur du centre de traumatologie et d'orthopédie à Illkirch.

M. le docteur Jean-François Botton : médecin DIM du centre hospitalier à Villefranche-sur-Saône.

M. Patrice Cohade : directeur de la clinique de l'Union à Toulouse.

M. le docteur Jean Colotte : médecin DIM du centre de traumatologie et d'orthopédie à Illkirch (suppléant de M. Bihler).

M. le docteur Cédric Grouchka : directeur adjoint de l'agence régionale de l'hospitalisation de Midi-Pyrénées.

M. le docteur Jacques Fribourg : chef du service des urgences de l'hôpital privé de l'Ouest parisien à Trappes.

M. Didier Guidoni : directeur de l'audit interne des hospices civils de Lyon.

Mme le docteur Yasmina De-Jean : médecin psychiatre responsable des urgences psychiatriques de l'hôpital de La Cavale-Blanche au CHU de Brest.

M. le professeur Philippe Mabo : chef de l'unité des urgences cardiologiques du CHR de Pontchaillou à Rennes.

M. le docteur Patrick Pelloux : médecin au service des urgences de l'hôpital Saint-Antoine (AP-HP) à Paris.

Mme le docteur Dominique Ravinet : chargée de mission au service médical d'assurance maladie de la région Ile-de-France (SMAMIF).

M. le docteur Jean Ruiz : médecin Dim du centre hospitalier d'Albi.

M. le docteur Duhamel : médecin adjoint du service des urgences au centre hospitalier de Gonesse.

M. Serriere : directeur de l'institut hospitalier Jacques-Cartier à Massy.

Mme le docteur Christine Vitoux-Brot : coordinatrice du service d'urgences pédiatriques de l'hôpital Robert-Debré (AP/HP) à Paris.

Membres de la DHOS

M. le docteur Michel Arenaz : bureau E3 - Mission PMSI.

Mme Evelyne Belliard : bureau E3 - Mission PMSI.

M. Robert Hulic : mission Expérimentation de la tarification à la pathologie.

Mme Magali Rineau : bureau F3 - Financement de l'hospitalisation privée.

Mme Muriel Tanguy : bureau O1 - Organisation générale de l'offre régionale de soins.

(1) Le contenu des « résumés de passages aux urgences » (RPU), qui seront ainsi généralisés en 2003, ne doit pas être confondu avec celui du recueil ponctuel réalisé en 1998 auprès d'un petit nombre d'établissements. L'objectif du « recueil 1998 » était alors de mesurer le pouvoir prédictif des GPU sur la consommation des ressources. En particulier, les informations relatives à la consommation des ressources (temps médical, soins infirmiers à travers l'outil « Ségur », médicaments coûteux, etc.) ne seront pas a priori mobilisées dans le cadre de la généralisation des RPU.

MINISTÈRE DE L'EMPLOI
ET DE LA SOLIDARITÉ RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins
Sous-direction de la qualité
et du fonctionnement des établissements de santé

**RECENSEMENT DU VOLUME D'ACTIVITÉ RÉALISÉ EN 2000 PAR LES SERVICES
D'ACCUEIL ET DE TRAITEMENT DES URGENCES DE L'ENSEMBLE DES ÉTABLISSEMENTS
DE SANTÉ**

Pièce jointe à la circulaire DHOS/2001 n° 433 du 10 septembre 2001 relative à la mise en oeuvre progressive d'un financement propre aux urgences dans les établissements de santé)

Il est demandé aux ARH de transmettre avant le 1er octobre 2001 sur le site du PMSI (1) quelques informations relatives à l'activité réalisée en 2000 par les services d'accueil et de traitement des urgences autorisés dans l'ensemble des établissements de santé de leur région.

Ces informations seront utilisées dans le cadre des simulations nationales, réalisées sur l'année 2002 :

- d'une valorisation spécifique en points ISA de l'activité des urgences des établissements de santé financés par dotation globale (perspective à court terme) ;
- d'un système de valorisation des urgences commun à l'ensemble des établissements de santé publics et privés (perspective de la « tarification à la pathologie »).

Les consignes de production de ces informations sont identiques à celles de la nouvelle version de la statistique SAE (2) Tant que les délais de remontée de l'information SAE à l'administration centrale ne seront pas améliorés, cette opération de transmission anticipée de données sur l'activité des urgences sera renouvelée. L'objectif étant que les éléments (décrits ci-après) de l'année « n » soient transmis au plus tard à la fin du premier semestre de l'année « n + 1 » afin d'être utilisés dans le cadre de la campagne budgétaire de l'année « n + 2 ».

Néanmoins, à partir de 2002 (pour les données relatives à l'exercice 2001), s'agissant des établissements de santé financés par dotation globale, cette « remontée anticipée » des informations relatives à l'activité des urgences sera réalisée directement par les établissements de santé concernés sur le support d'informations constitué par « FICHSUP ».

A terme, s'agissant de l'ensemble des établissements concernés (publics et privés), ces éléments seront intégrés dans les « résumés de passages aux urgences » (RPU), qui seront généralisés sur l'exercice 2003. Ces informations, décrites ci-après, sont à renseigner pour les services d'accueil et de traitement des urgences des établissements de santé ayant une autorisation de type UPATOU, SAU ou POSU au 30 juin 2001 (2). Une ligne doit être renseignée pour chaque autorisation octroyée au titre de l'activité d'urgences.

(1) Un lien sur la page d'accueil du site du PMSI (www.le-pmsi.fr) permettra l'accès à l'applicatif de saisie à partir du 17 Septembre 2001.)

(2) Les informations relatives à l'activité des services d'accueil et de traitement des Urgences sont recueillies dans le questionnaire « Q13A » de la nouvelle version SAE

Exemples :

- les deux unités d'urgences situées sur le même site géographique de l'hôpital Charles-Nicolle à Rouen seront décrites sur deux lignes différentes dans la mesure où elles relèvent de deux types d'autorisation différents : l'une SAU et l'autre POSU (pédiatrie). Par ailleurs, l'UPATOU de l'hôpital Saint-Julien au Grand-Quevilly (qui appartient également à l'entité juridique du CHR de Rouen) fera elle aussi l'objet d'une description (ligne) individualisée.
- les deux unités d'urgences du CHR de Metz-Thionville ayant reçu chacune une autorisation SAU, l'une située sur le site de Metz et l'autre sur le site de Thionville, seront également décrites séparément.

Dans les cas où plusieurs unités d'urgences relevant d'un même établissement géographique, d'une même entité juridique, d'un même groupe d'établissements ayant fusionné ou étant constitués en « syndicat inter-hospitalier » au titre des urgences, partagent une même autorisation, celles-ci doivent être regroupées et décrites sur une même ligne.

Plusieurs cas de figure, en particulier dans les établissements de santé de statut public, peuvent être rencontrés

- au sein d'un même établissement géographique, plusieurs unités d'urgences distinctes peuvent coexister et relever de la même autorisation : par exemple, les deux unités d'urgences (« Urgences générales » et « Urgences pédiatriques ») du Centre hospitalier de Gonesse seront agrégées sur une même ligne, au titre d'une seule autorisation de type SAU.
- certains établissements ayant fusionné partagent une autorisation d'urgences et présentent chacun une unité d'urgences : par exemple, l'hôpital Cochin et l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul, qui constituent deux établissements géographiques de l'AP/HP ayant fusionné, partagent une autorisation SAU, le premier établissement assurant les urgences adultes et le deuxième les urgences pédiatriques. Dans le cadre de ce recensement, ces deux établissements ayant fusionné seront décrits ensemble sur une même ligne « Cochin - Saint-Vincent-de-Paul ».

(1) Cette date du 30 Juin 2001 est retenue afin de prendre en compte l'ensemble des services d'accueil et de traitement des Urgences, dont l'autorisation pour certains a été tardive.

Activité d'urgences réalisée en 2000 dans les établissements de santé de la région

Région : Nom et coordonnées du référent ARH :										
Etablissement géographique siège		Nb. d'étab. géograph. de l'EJ concernés par l'autorisation (1)	Type d'autoris (2)	Nombre de mois d'ouverture (3)	Nb. total de passages réalisés (4)	Répartition (en nombre) des passages réalisés en octobre 2000 selon la classification GEMSA (5)				
N° FINESS	Raison sociale					GEMSA 1	GEMSA 2	GEMSA 3	GEMSA 4	GEMSA 5 GEMSA 6

1. Nombre d'établissements géographiques de l'entité juridique (EJ) concernés par l'autorisation :

- dans le cas où l'autorisation décrite ne concerne qu'un seul établissement géographique, éventuellement dans plusieurs unités d'urgences de cet établissement, renseigner « 1 » ;
- dans le cas où l'autorisation décrite concerne plusieurs établissements géographiques au sein de l'entité juridique, renseigner le nombre d'établissements géographiques concernés (par exemple à l'AP-HP, si l'autorisation concerne les deux établissements géographiques de Cochin et Saint-Vincent-de-Paul), renseigner « 2 ».

2. Type d'autorisation : indiquer « UPATOU », « SAU » ou « POSU » ; en cas d'autorisation POSU, spécifier en plus la spécialité (par exemple : POSU pédiatrie »).

3. Nombre de mois d'ouverture du service : dans le cas où la date d'ouverture du service est postérieure au 31 janvier 2000 et/ou dans le cas où le service est autorisé à fonctionner de façon temporaire, préciser le nombre de mois d'ouverture en 2000 (nombre inférieur à 12) ; pour les services ouverts antérieurement au 1er février 2000 et fonctionnant à temps complet, indiquer « 12 ». La date d'ouverture du service ne doit pas être confondue avec sa date d'autorisation, cette dernière pouvant être plus tardive ; il est rappelé qu'il s'agit ici de décrire l'activité en 2000 de tous les services d'urgences dotés d'une autorisation au 30 juin 2001.

4. Nombre total de passages aux urgences réalisés dans l'année : quelle que soit la destination des patients après leur passage aux urgences : on considère qu'un séjour en zone de surveillance de très courte durée est nécessairement précédé d'un passage « .

5. Répartition (en nombre) des passages réalisés en octobre selon la classification GEMSA : cette classification des passages aux urgences selon la trajectoire des patients distingue 6 groupes qui sont les suivants :

- GEMSA 1 : malade décédé à l'arrivée ou avant toute réanimation (contact avec la famille, les autorités, certificat, etc.) ;
- GEMSA 2 : patient non convoqué sortant après consultation ou soins (petite traumatologie, consultation médicale) ;
- GEMSA 3 : patient convoqué pour des soins à distance de la prise en charge initiale (surveillance de plâtre, réfection de pansements, rappel de vaccination, etc.) ;
- GEMSA 4 : patient non attendu dans un service et hospitalisé après passage au service d'accueil des

urgences ; pour ces patients, une démarche est effectuée ou reprise thérapeutique éventuelle initiée avant hospitalisation (angor, pyélonéphrite, fracture ouverte ou déplacée relevant d'un traitement chirurgical, nécessité d'une surveillance ou d'examens complémentaires non réalisables en urgence [fièvre inexpliquée, TC avec PC transitoire, AVC etc.]) ;

- GEMSA 5 : patient attendu dans un service ne passant au service d'accueil des urgences que pour des raisons d'organisation (liées à la structure pavillonnaire de l'hôpital par exemple) : pour ce type de patients, il y a eu accord entre le médecin traitant et le médecin hospitalier qui le prendra en charge ; le passage au service des urgences n'est motivé que pour la réalisation de certains examens avant un acte de chirurgie ou un bilan programmé ;

- GEMSA 6 : patient nécessitant une prise en charge thérapeutique immédiate important (technique de réanimation) ou prolongée (surveillance médico-infirmière pendant au moins une heure).

MINISTÈRE DE L'EMPLOI
ET DE LA SOLIDARITÉ
Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins
8, avenue de Ségur, 75350 Paris 07 SP
Sous-direction de la qualité
et du fonctionnement des établissements de santé

**CONSIGNES DE MODIFICATIONS DES RETRAITEMENTS COMPTABLES ET DE « FICHSUP »
APPLICABLES A L'EXERCICE 2001
(champ des établissements de santé financés par dotation globale)**

(pièce jointe à la circulaire DHOS/2001/N° 433 du 10 septembre 2001 relative au projet de mise en oeuvre progressive d'un financement propre aux urgences dans les établissements de santé)

Les consignes qui suivent seront éventuellement complétées en fonction des remarques et suggestions qui seront transmises à la mission PMSI.

Une réunion sera organisée au ministère le mardi 23 octobre de 10 heures à 16 heures pour traiter des problèmes concrets qui auront été soumis à la mission PMSI et faire ainsi un retour aux établissements concernés.

Les remarques et suggestions relatives à ces consignes et les candidatures pour participer à cette réunion de travail doivent être adressées à l'attention de : Evelyne Belliard, à la mission PMSI, bureau E3, DHOS, ministère de l'emploi et de la solidarité, 8, avenue de Ségur, 75350 Paris 07 SP (tél. : 01-40-56-52-91, mél. : dhos-e3-pmsi-urg@santegouv.fr).

I. - RETRAITEMENTS COMPTABLES

Les retraitements comptables relatifs à l'exercice 2001, qui seront adressés aux ARH au début de l'année 2002, par les établissements financés par dotation globale (hors hôpitaux locaux), doivent intégrer quelques modifications liées à l'isolement des charges des services d'accueil et de traitement des urgences (bénéficiant d'une autorisation UPATOU, SAU ou POSU).

Ces modifications, applicables également sur les exercices suivants, sont liées à la mise en oeuvre d'un financement adapté aux urgences. Elles sont décrites ci-après.

La sous-section d'imputation 1A « Court séjour MCO » doit être épurée des charges afférentes aux services d'accueil et de traitement des urgences bénéficiant d'une autorisation, à l'exception des charges liées aux unités de soins en zone de surveillance de très courte durée (ou selon l'ancienne désignation, unités d'hospitalisation temporaire, services de porte).

La sous-section 1A regroupe ainsi désormais les dépenses de fonctionnement :

- des unités d'hospitalisation MCO ;
- des zones de surveillance de très courte durée ;
- et des services de consultations et soins externes MCO.

Une troisième sous-section d'imputation (1) correspondant à l'activité d'accueil et de traitement des urgences, hors « zone de surveillance de très courte durée », doit être isolée, affectée du numéro 1C et du libellé « Urgences ».

La création de cette sous-section d'imputation « Urgences » constitue une rupture avec l'analyse comptable traditionnelle qui considère l'activité d'accueil et de traitement des urgences comme une activité médico-technique (2).

Cette modification implique de considérer désormais cette activité clinique à part entière. En conséquence, il s'agit d'imputer à cette nouvelle sous-section d'imputation « IC » l'ensemble des ressources qui ont été mises à sa disposition au cours de l'exercice écoulé, c'est-à-dire non seulement ses dépenses directes mais aussi :

- une partie des charges médico-techniques (imagerie, laboratoire, etc.) et éventuellement auxiliaires (restauration, blanchisserie, logistique et gestion générale) ;
- ainsi que les charges liées aux gardes et astreintes réalisées aux urgences par des praticiens hospitaliers, assistants et internes affectés à d'autres services des urgences, doivent, à l'instar des autres charges, être ventilées entre la « zone de surveillance de très courte durée » et la ou les autres unité(s) du service des urgences.

Remarque : à titre d'indication, la permanence médicale 24 heures sur 24 et tous les jours de l'année imposée par les textes, et quel que soit le type d'autorisation dont bénéficie un service des urgences, suppose une activité de garde s'élevant à :

- 365 gardes de 14 heures pour assurer les gardes de nuit (s'étalant sur la tranche horaire de 18 h 30 à 8 h 30) ;
- et 63 gardes de 10 heures pour assurer les gardes de jour au cours des dimanches et jours fériés.

Le taux de rémunération des gardes est forfaitaire et commun à tous les praticiens concernés (3), quelle que soit la catégorie à laquelle ils appartiennent, et selon les textes réglementaires qui leur sont applicables. Il est fixé par arrêté.

Un établissement de santé, observé au niveau « entité juridique », et bénéficiant éventuellement de plusieurs types d'autorisation liés à l'activité d'accueil et de traitement des urgences, regroupe les charges liées à ces différents types d'autorisation.

La sous-section d'imputation « IC » devra être présentée dans les tableaux 1, 2, 3 et 4 issus des retraitements comptables réalisés par les établissements et transmis aux ARH.

Remarque : ces tableaux sont notamment présentés dans le dernier document diffusé en la matière : « Guide de retraitements comptables de l'exercice 1998, mise à jour janvier 1999 ».

Le « passage » aux urgences constitue l'unité d'oeuvre retenue pour décrire l'activité d'accueil et de traitement des urgences.

(1) Une deuxième sous-section d'imputation « 1B » permet d'isoler les charges liées à l'activité des soins de suite ou de réadaptation.

(2) Dans le plan de comptes des sections d'analyse, le Guide de comptabilité analytique n° 97/2 bis considère en effet les « urgences médico-chirurgicales » comme relevant d'une fonction médico-technique (n° 921-1), tandis que « l'unité d'hospitalisation temporaire, service de porte » est considérée comme une fonction clinique (n° 923-04).

(3) Seules les gardes d'internes sont rémunérées différemment.

II. - FICHSUP

Les consignes qui suivent sont à appliquer dès l'exercice 2001 sur les informations qui seront transmises aux ARH au cours du premier trimestre de l'année 2002. Ces consignes ne concernent que les établissements financés par dotation globale (hors hôpitaux locaux) avec service(s) d'accueil et de traitement des urgences autorisé(s).

1. Consultations et soins externes

Les consultations et soins externes réalisés dans le cadre de l'activité d'urgences (hors « zone de surveillance de très courte durée ») sont isolés des consultations et soins externes MCO, tout en étant décrits de la même façon (comptabilisation par lettre-clé).

Deux sous-fichiers distincts de consultations et soins externes sont désormais produits :

- l'un, présentant les consultations et soins externes relatifs à l'activité MCO ;
- l'autre, présentant les consultations et soins externes relatifs à l'activité d'accueil et de traitement des urgences (hors « zone de surveillance de très courte durée »).

2. Caractéristiques et volume d'activité des unités d'urgences par type d'autorisation

Les caractéristiques et le volume d'activité des unités d'urgences par type d'autorisation constituent des informations supplémentaires à fournir dans « Fichsup ».

Il s'agit néanmoins d'informations déjà fournies par l'ensemble des établissements dans le cadre de la statistique SAE (à l'exception du « nombre de mois d'ouverture de l'unité »), qu'il s'agit simplement de retourner à l'administration centrale de façon anticipée et regroupée avec l'ensemble des éléments nécessaires à la préparation de la prochaine campagne budgétaire.

Les consignes de production de ces informations sont par conséquent identiques à celles de la nouvelle version de la statistique SAE (16) Ces consignes et les informations requises sont décrites ci-après.

Une ligne doit être renseignée pour chaque autorisation octroyée au titre de l'activité d'urgences.

Exemples :

Le CHR de Rouen bénéficie de trois autorisations au titre de son activité d'urgences :

- une unité autorisée SAU, située sur le site géographique de l'hôpital Charles-Nicolle, à Rouen ;
- une autre unité, située également sur le site de l'hôpital Charles-Nicolle, autorisée POSU (pédiatrie) ;
- et une troisième, autorisée UPATOU, située à l'hôpital Saint-Julien au Grand-Quevilly.

Ces trois unités, bénéficiant respectivement d'une autorisation, seront décrites sur trois lignes différentes. De même, les deux unités d'urgences du CHR de Metz-Thionville ayant reçu chacune une autorisation SAU, l'une située sur le site de Metz et l'autre sur le site de Thionville, seront également décrites séparément. En revanche, le CH de Gonesse qui présente deux unités d'urgences (« urgences générales » et « urgences pédiatriques »), au titre d'une seule autorisation de type SAU, présentera ces deux unités sur la même ligne. Les établissements ayant fusionné au sein d'une même entité juridique et partageant une même autorisation d'urgences seront également présentés sur la même ligne : c'est le cas, par exemple, de l'hôpital Cochin et l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul, qui constituent deux établissements géographiques de l'AP-HP ayant fusionné

et partageant une autorisation SAU, le premier établissement assurant les urgences adultes et le deuxième les urgences pédiatriques.

Activité d'urgences réalisée dans l'année

Etablissement géographique siège		Nb. d'étab. géograph. de l'EJ concernés par l'autorisation (1)	Type d'autoris (2)	Nombre de mois d'ouverture (3)	Nb. total de passages réalisés (4)	Répartition (en nombre) des passages réalisés en octobre 2000 selon la classification GEMSA (5)					
N° FINESS	Raison sociale					GEMSA 1	GEMSA 2	GEMSA 3	GEMSA 4	GEMSA 5	GEMSA 6

1. Nombre d'établissements géographiques de l'entité juridique (EJ) concernés par l'autorisation :

- dans le cas où l'autorisation décrite ne concerne qu'un seul établissement géographique, éventuellement dans plusieurs unités d'urgences de cet établissement, renseigner « 1 » ;
- dans le cas où l'autorisation décrite concerne plusieurs établissements géographiques au sein de l'entité juridique, renseigner le nombre d'établissements géographiques concernés (par exemple à l'AP-HP, si l'autorisation concerne les deux établissements géographiques de Cochin et Saint-Vincent-de-Paul), renseigner « 2 ».

2. Type d'autorisation : indiquer « UPATOU », « SAU » ou « POSU » ; en cas d'autorisation POSU, spécifier en plus la spécialité (par exemple : « POSU pédiatrie »).

3. Nombre de mois d'ouverture du service : à renseigner si le service est autorisé à fonctionner de façon temporaire.

4. Nombre total de passages aux urgences réalisés dans l'année : quelle que soit la destination des patients après leur passage aux urgences, on considère qu'un séjour en zone de surveillance de très courte durée est nécessairement précédé d'un « passage ».

5. Répartition (en nombre) des passages réalisés en octobre selon la classification GEMSA : cette classification des passages aux urgences selon la trajectoire des patients distingue 6 groupes qui sont les suivants :

- GEMSA 1 : malade décédé à l'arrivée ou avant toute réanimation (contact avec la famille, les autorités, certificats, etc.) ;
- GEMSA 2 : patient non convoqué sortant après consultation ou soins (petite traumatologie, consultation médicale) ;
- GEMSA 3 : patient convoqué pour des soins à distance de la prise en charge initiale (surveillance de plâtre, réfection de pansements, rappel de vaccination, etc.) ;
- GEMSA 4 : patient non attendu dans un service et hospitalisé après passage au service d'accueil des urgences ; pour ces patients, une démarche est effectuée ou reprise thérapeutique éventuelle initiée avant hospitalisation (angor, pyélonéphrite, fracture ouverte ou déplacée relevant d'un traitement chirurgical, nécessité d'une surveillance ou d'exams complémentaires non réalisables en urgence (fièvre inexpiquée, TC avec PC transitoire, AVC, etc.) ;

- GEMSA 5 : patient attendu dans un service ne passant au service d'accueil des urgences que pour des raisons d'organisation (liées à la structure pavillonnaire de l'hôpital par exemple) : pour ce type de patients, il y a eu accord entre le médecin traitant et le médecin hospitalier qui le prendra en charge ; le passage au service des urgences n'est motivé que pour la réalisation de certains examens avant un acte de chirurgie ou un bilan programmé ;
- GEMSA 6 : patient nécessitant une prise en charge thérapeutique immédiate important (technique de réanimation) ou prolongée (surveillance médico-infirmière pendant au moins une heure).

MINISTÈRE DE L'EMPLOI
ET DE LA SOLIDARITÉ
Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins
Sous-direction de la qualité
et du fonctionnement
des établissements de santé

ÉTUDE SUR L'ACTIVITÉ ET LES CHARGES NETTES EN 2000 DE SERVICES D'ACCUEIL ET DE TRAITEMENT DES URGENCES AUPRÈS D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ VOLONTAIRES

(Pièce jointe à la circulaire DHOS/2001/n° 433 du 10 septembre 2001 relative au projet de mise en oeuvre progressive d'un financement propre aux urgences dans les établissements de santé)

1. Objectif de l'étude

Cette étude a pour objectif de fournir les éléments nécessaires à l'élaboration d'une « fonction de coûts des urgences » respectivement dans deux perspectives :

- dans la perspective à moyen terme d'une éventuelle tarification dite « à la pathologie », l'objectif est de déterminer un financement adapté de l'activité d'accueil des urgences qui soit commun à l'ensemble des établissements publics et privés titulaires des autorisations requises (y compris cliniques actuellement sous OQN) ;
- plus court terme, dans le cadre du système de financement des établissements de santé actuellement en vigueur, des modalités de valorisation de l'activité d'urgences doivent être également prévues, conformément au souhait exprimé par les fédérations représentant les établissements ;
- un système de financement mixte, consistant en un forfait de base et une rémunération de chaque prestation « d'accueil et de traitement des urgences » (ATU), a d'ores et déjà été mis en place pour les cliniques privées sous OQN, dans le cadre de l'accord national du 4 avril 2001. Ce système fera éventuellement l'objet d'une révision au fil des prochaines négociations tarifaires menées dans le secteur ;
- s'agissant des établissements financés par dotation globale, il est envisagé d'instaurer, dans le système actuel de modulation budgétaire des établissements, pour la campagne budgétaire 2003 avec une première expérimentation régionale dès 2002, une valorisation en points ISA spécifique de l'activité d'accueil et de traitement des urgences.

Il s'agit ainsi de constituer, à partir de données recueillies dans un échantillon d'établissements de santé volontaires, un « référentiel » permettant de déterminer des « forfaits urgences », par type d'autorisation, opposables à l'ensemble des services d'accueil et de traitement des urgences du champ considéré selon la perspective envisagée.

Deux référentiels pourront ainsi être élaborés :

- l'un, relatif à la perspective à moyen terme décrite ci-dessus, concernera l'ensemble des établissements ;
- l'autre, dans la perspective à court terme, ne visera que les établissements financés par dotation globale : pour les cliniques privées sous OQN, il ne pourra s'agir que de réviser éventuellement, au fil des négociations tarifaires, le système de rémunération des urgences mis en place en 2001 dans ce secteur.

Qu'il s'agisse de l'une ou de l'autre des perspectives sus-mentionnées, cette première « fonction de coûts des urgences », sera construite à partir des charges nettes et du volume de passages aux urgences au cours de l'exercice 2000.

Sur les exercices suivants, l'élaboration de cette fonction de coûts évoluera et fera l'objet de nouveaux appels à candidature auprès des établissements :

- sur les exercices 2001 et 2002, elle sera alors construite à partir de la totalité des charges liées à l'activité d'urgences (ainsi que du volume de passages aux urgences).

- elle sera ensuite enrichie du case-mix des urgences, dont le recueil sera réalisé sur des « années glissantes », le premier intervenant sur le second semestre 2002 et sur le premier semestre 2003.

(Voir tableau prévisionnel ci-après.)

RÉFÉRENTIEL		ANNÉE de production par les établissements (volontaires)	ANNÉE de transmission au ministère	ANNÉE d'application
Charges	Activité			
Charges nettes	Volume de passages aux urgences	2000	2001	2002 (simulation nationale et expérimentation régionale)
Totalité des charges		2001	2002	2003
		2002	2003	2004
	Volume et case-mix des passages	« Année glissante » : 2e semestre 2002 + 1er semestre 2003	2003 (analyse disponible en 2004)	2005

2. Établissements et services participant à l'étude

Cette étude s'adresse à des établissements de santé volontaires dotés d'au moins un service d'accueil et de traitement des urgences ayant une autorisation UPATOU, SAU ou POSU au 30 juin 2001 (1). Les cliniques privées sous OQN sont également concernées par cet appel à candidature.

Un même établissement géographique, a fortiori une même entité juridique, peut éventuellement participer à cette étude au titre de plusieurs de ses services d'accueil et de traitement des urgences, dès lors qu'il est en mesure d'isoler l'activité et les charges directes respectives de ces services liées à chaque autorisation décrite. Dans ce cas, un questionnaire sera renseigné pour chacune des autorisations détenues. En revanche, si deux unités d'urgences partagent la même autorisation (qu'elles soient situées au sein du même établissement géographique ou de la même entité juridique), elles devront être regroupées et agrégées sur le même questionnaire, au titre de leur autorisation commune.

Les services d'accueil et de traitement des urgences ayant une autorisation de fonctionner de façon saisonnière sont également sollicités pour participer à cette étude.

Le fait de disposer d'une connexion Internet et d'une adresse de courrier électronique constitue l'une des contraintes techniques pour participer à l'étude.

L'échantillon des établissements et services participant sur la base du volontariat à cette étude, n'étant pas a priori représentatif de l'ensemble du champ concerné, sera redressé dans le cadre de l'élaboration de la « fonction de coûts des urgences ».

(1) Cette date du 30 Juin 2001 est retenue afin de prendre en compte l'ensemble des services d'accueil et de traitement des Urgences, dont l'autorisation pour certains a été tardive. Cette date de délivrance d'autorisation ne doit pas être confondue avec la date d'ouverture du service.

3. Modalités de participation à l'étude

Les établissements de santé volontaires pour participer à cette étude disposeront d'un mois (du 1er octobre au 26 octobre 2001) pour saisir, sur le site du PMSI (1), l'information requise dans le cadre de cette étude. Les directeurs des établissements de santé volontaires devront exprimer auprès de la DHOS leur souhait de participer à l'étude. Sur un bulletin de candidature, ci-joint à cet effet, ils devront désigner un « référent » chargé de saisir l'information de leur établissement. Un « mot de passe » et un « login » seront attribués à celui-ci au moment de sa première connexion.

4. Contenu des informations à fournir

Les consignes de production de l'information relative aux « caractéristiques et activité du service d'accueil et de traitement des urgences » sont identiques à celles de la nouvelle version de la statistique SAE. (2). Il est possible que certains établissements ne soient pas en mesure de fournir la répartition des passages aux urgences en octobre 2000 par groupe GEMSA, qui constitue une information nouvelle dans le recueil SAE. Cette impossibilité ne saurait constituer un critère d'exclusion de l'étude.

(1) Un lien sur la page d'accueil du site du PMSI (www.le-pmsi.fr) permettra l'accès à l'applicatif de saisie à partir du 17 Septembre 2001.)

(2) Les informations relatives à l'activité des services d'accueil et de traitement des Urgences sont recueillies dans le questionnaire « Q13A » de la nouvelle version SAE

Établissements financés par dotation globale

La production de l'information relative aux « charges nettes » consiste à réaliser la première opération des retraitements comptables particuliers qui sont requis sur l'exercice 2001 dans l'ensemble des établissements financés par dotation globale (1) : cette opération se limite donc à isoler les charges nettes liées à l'activité d'accueil et de traitement des urgences.

Il ne s'agit donc pas ici d'obtenir le coût complet des urgences sur l'exercice 2000, ce qui supposerait de réaliser l'ensemble des opérations liées aux retraitements comptables mentionnés ci-dessus, en ventilant notamment sur la section d'imputation « 1C », ouverte pour les urgences, le coût de l'ensemble des unités d'oeuvre qu'elle a consommées (blocs, imagerie, laboratoire, etc.), mais bien de se limiter aux seules charges directement imputables.

S'agissant néanmoins de constituer un « référentiel » permettant de déterminer des « forfaits urgences » par type d'autorisation, la présentation des charges nettes liées aux urgences sera plus détaillée ici que dans le cadre des retraitements comptables requis en 2001, dans l'ensemble des établissements financés par dotation globale, à deux niveaux :

1. Il est ainsi demandé de présenter les charges de personnel du « groupe 1 » selon le détail suivant :

- personnels médicaux ;
- personnels infirmiers diplômés d'Etat ;
- personnels aides-soignants ;
- personnels autres.

2. Il est également demandé d'individualiser les charges liées à chaque autorisation.

Par ailleurs, il est demandé de présenter ici l'activité et les charges liées à la zone de surveillance de très courte durée, uniquement à des fins de connaissance de cette activité et en l'absence de toute information statistique en la matière.

Cliniques privées sous OQN

Dans la perspective de la mise en oeuvre d'une rémunération spécifique de l'activité des urgences, qui s'est concrétisée dans le cadre de l'accord national du 4 avril 2001, les cliniques privées sous OQN ont déjà été sollicitées à l'automne 2000 afin de fournir certaines informations sur l'activité et les charges de leurs services d'urgences.

Il est apparu néanmoins nécessaire de les solliciter à nouveau dans le cadre de cette étude spécifique, mais cette fois sur la base du volontariat, afin d'obtenir :

- des données supplémentaires ou plus détaillées : répartition des passages aux urgences par groupe GEMSA, des charges de personnel par type de personnel, etc. ;
- une information homogène sur l'ensemble du champ des établissements (financés par dotation globale et sous OQN) ;
- ainsi qu'une meilleure fiabilité de celle-ci, l'information initialement fournie sur 2000 étant alors extrapolée afin de constituer une année pleine.

(1) Voir « consignes de modifications des retraitements comptables et de FICHSUP applicables à l'exercice 2001 (champ des établissements financés par dotation globale) » ; pièce jointe à la circulaire relative au projet de mise en oeuvre progressive d'un financement propre aux Urgences.

**Caractéristiques et activité du service d'accueil
et de traitement des urgences**
Première partie du questionnaire
(à renseigner par autorisation détenue, en regroupant l'activité
des unités d'urgences concernées par une même autorisation)

<p>Référent de l'établissement pour l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> - nom du référent : - coordonnées téléphoniques : - e-mail : 	
<p>Caractéristiques de l'établissement de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - n° FINESS entité juridique (à renseigner uniquement par les établissements financés par dotation globale) ; - n° FINESS établissement géographique siège de l'autorisation d'urgences ; - raison sociale établissement géographique siège de l'autorisation d'urgences ; - type d'établissement de santé (1). 	
<p>Caractéristiques du service d'urgences siège de l'autorisation d'urgences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - type d'autorisation au 30 juin 2001 (2) ; - nombre de mois d'ouverture (3) ; - nombre de boxes de surveillance de très courte durée (4) ; - nombre de séjours réalisés en 2000 dans la zone de surveillance de très courte durée (5). 	
<p>Activité du service d'urgences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - nombre total de passages au cours de l'année 2000 (6) ; - répartition (en nombre) des passages aux urgences au cours du mois d'octobre 2000 selon la classification GEMSA (7) ; - nombre de passages classés en GEMSA 1 : - nombre de passages classés en GEMSA 2 : - nombre de passages classés en GEMSA 3 : - nombre de passages classés en GEMSA 4 : - nombre de passages classés en GEMSA 5 : - nombre de passages classés en GEMSA 6 : 	

- (1) Type d'établissement de santé : coder « 1 » pour CHR-CHU, « 2 » pour CH, « 3 » pour PSPH sous dotation globale, « 4 » pour établissement sous OQN, « 5 » pour autre type d'établissement.
- (2) Type d'autorisation au 30 juin 2001 : indiquer « UPATOU », « SAU » ou « POSU » ; en cas d'autorisation POSU, spécifier en plus la spécialité (par exemple : « POSU pédiatrie »).
- (3) Nombre de mois d'ouverture du service : dans le cas où la date d'ouverture du service est postérieure au 31 janvier 2000 et/ou dans le cas où le service est autorisé à fonctionner de façon temporaire, préciser le nombre de mois d'ouverture en 2000 (nombre inférieur à 12) ; pour les services ouverts antérieurement au 1er février 2000 et fonctionnant à temps complet, indiquer « 12 ». La date d'ouverture du service ne doit pas être confondue avec sa date d'autorisation, cette dernière pouvant être plus tardive.
- (4) Nombre de boxes de surveillance de très courte durée : ces boxes se substituent aux anciens « lits-porte ».
- (5) Nombre de séjours réalisés en 2000 dans la zone de surveillance de très courte durée : La zone de surveillance de très courte durée, bien que faisant partie intégrante du service d'urgences, constitue une unité d'hospitalisation à part entière qui ne doit pas être confondue avec le secteur de déchocage que comporte aussi le service d'urgences. L'activité d'hospitalisation de la zone de surveillance de très courte durée est ainsi mesurée en « séjours », qu'il s'agit ici de dénombrer (et de décrire par ailleurs dans le cadre du recueil PMSI-MCO).
- (6) Nombre total de passages aux urgences réalisés en 2000 : renseigner quelle que soit la destination des patients après leur passage aux urgences : on considère en particulier qu'un « séjour » en zone de surveillance de très courte durée est nécessairement précédé d'un « passage ».
- (7) Répartition (en nombre) de passages aux urgences au cours du mois d'octobre 2000 selon la classification GEMSA : cette classification des passages aux urgences selon la trajectoire des patients distingue 6 groupes qui sont les suivants :
- GEMSA 1 : malade décédé à l'arrivée ou avant toute réanimation (contact avec la famille, les autorités, certificat, etc.) ;
 - GEMSA 2 : patient non convoqué sortant après consultation ou soins (petite traumatologie, consultation médicale) ;
 - GEMSA 3 : patient convoqué pour des soins à distance de la prise en charge initiale (surveillance de plâtre, réfection de pansements, rappel de vaccination, etc.) ;
 - GEMSA 4 : patient non attendu dans un service et hospitalisé après passage au service d'accueil des urgences ; pour ces patients, une démarche est effectuée ou reprise thérapeutique éventuelle initiée avant hospitalisation (angor, pyélonéphrite, fracture ouverte ou déplacée relevant d'un traitement chirurgical, nécessité d'une surveillance ou d'examen complémentaires non réalisables en urgence, fièvre inexplicquée, TC avec PC transitoire, AVC, etc.) ;
 - GEMSA 5 : patient attendu dans un service ne passant au service d'accueil des urgences que pour des raisons d'organisation (liées à la structure pavillonnaire de l'hôpital par exemple) : pour ce type de patients, il y a eu accord entre le médecin traitant et le médecin hospitalier qui le prendra en charge ; le passage au service des urgences n'est motivé que pour la réalisation de certains examens avant un acte de chirurgie ou un bilan programmé ;
 - GEMSA 6 : patient nécessitant une prise en charge thérapeutique immédiate important (technique de réanimation) ou prolongée (surveillance médico-infirmière pendant au moins une heure).

**Charges nettes et moyens en personnel
du service d'accueil et de traitement des urgences**

Deuxième partie du questionnaire

(à renseigner par autorisation détenue, en regroupant les charges et les moyens en personnel des unités d'urgences concernées par une même autorisation)

	SERVICE d'urgences hors ZSTCD (*)	ZSTCD (*)	TOTALITÉ du service d'urgences
<p>Charges du groupe 1 (personnels) (8) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - salaires des personnels médicaux ; - salaires des infirmiers diplômés d'Etat (encadrement inclus) ; - salaires des aides-soignants ; - salaires autres ; - charges du groupe 2 (à caractère médical) (9) ; - charges du groupe 3 (à caractère hôtelier et général) (10) ; - charges du groupe 4 (autres charges) (11). <p>Total charges des groupes 1, 2, 3 et 4 (a). Crédits exceptionnels non reconductibles (b). Total charges directes (c = a - b). Recettes subsidiaires (d). Total des charges nettes (e = c - d).</p>			
<p>Moyens en personnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ETP des personnels médicaux salariés hors internes ; - ETP des médecins libéraux ; - ETP des internes ; - ETP des infirmiers diplômés d'état (encadrement inclus) ; - ETP des aides soignants ; - ETP des autres personnels. 			
<p>(*) ZSTCD : zone de surveillance de très courte durée. (8) Charges du groupe 1 (personnel) : ces charges regroupent l'ensemble des dépenses relatives à la gestion du personnel, qu'il s'agisse des rémunérations, des charges de sécurité sociale et de prévoyance, des impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations ou encore des charges liées à la maladie, la maternité ou les accidents du travail des personnels. (9) Charges du groupe 2 (à caractère médical) : ces charges d'exploitation concernent : - les produits pharmaceutiques et les produits à usage médical ; - les achats stockés ou non (et la variation des stocks) de marchandises, matières premières, fournitures, produits finis et petit matériel à caractère médical, médico-technique ou pharmaceutique ; - la sous-traitance générale, la maintenance informatique à caractère médical ou relative au matériel médical. (10) Charges du groupe 3 (à caractère hôtelier et général) : ces charges concernent : - les achats stockés ou non (et la variation des stocks) de marchandises, matières premières ou fournitures à caractère hôtelier et général, ou relatifs à d'autres approvisionnements (hors ceux concernés par le groupe 2 décrit ci-dessus) ; - les services extérieurs ; - les autres impôts, taxes et versements assimilés ; - les autres charges de gestion courante et les autres charges d'exploitation à caractère hôtelier et général ; - les variations des en-cours de production de biens (débits) et des stocks de produits (débits). (11) Charges du groupe 4 (amortissements, provisions, charges financières exceptionnelles) : ces charges concernent les charges financières, les charges exceptionnelles ainsi que les dotations aux amortissements et aux provisions.</p>			

Bulletin de candidature
Étude sur l'activité et les charges nettes en 2000
des services d'accueil et de traitement des urgences
(au sein d'un échantillon d'établissements de santé volontaires)

A retourner avant le 26 septembre 2001 à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, sous-direction E, mission PMSI, à l'attention de Mme Belliard Evelyne (tél. : 01 40 56 52 91, télécopie : 01 40 56 50 37), 8, avenue de Ségur, 75350 Paris 07 SP

Raison sociale établissement géographique siège de l'autorisation :
Numéro FINESS établissement géographique :
Nombre d'autorisations détenues au titre de l'accueil et du traitement des urgences :
UPATOU :
SAU :
POSU :
Nombre d'autorisations décrites dans le cadre de l'étude Urgences 2000 :
UPATOU :
SAU :
POSU :
Nom du « référent » désigné sur l'étude :
Fonctions du « référent » au sein de l'établissement :
Coordonnées du « référent » :
- numéro de téléphone :
- e-mail :
Signature et cachet
du directeur de l'établissement

- (1) Par commodité, on désigne ici sous les termes « services d'accueil et de traitement des urgences » l'ensemble des unités ayant une autorisation d'exercer comme « unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences » (« UPATOU »), « service d'accueil et de traitement des urgences » (« SAU ») ou encore « pôle spécialisé d'accueil et de traitement des urgences » (« POSU »), conformément au décret n° 97-615 du 30 mai 1997.
- (2) Le décret n° 97-616 du 30 mai 1997 a en particulier institué des conditions techniques de fonctionnement relatives à l'accueil et au traitement des urgences.
- (3) Les actes externes réalisés dans les services accueillant des urgences sont, en effet, répertoriés (et, le cas échéant, facturés) sur la base de la NGAP.
- (4) La classification GEMSA distingue 6 types de passages aux urgences selon le caractère programmé de la prise en charge et l'hospitalisation ou non du patient après son passage aux urgences.
- (5) Selon la source SAE, dans les trois quarts des cas, les passages aux urgences ne sont pas suivis d'une hospitalisation.
- (6) Le décret n° 97-616 du 30 mai 1997 est relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en oeuvre l'activité de soins « accueil et traitement des urgences » et modifiant le code de la santé publique.
- (7) Actuellement, le système de financement des urgences dans les cliniques sous OQN ne concerne que les passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation et n'est censé couvrir par ailleurs que les charges directes liées aux urgences.

(8) Cette étude a ainsi calculé que la classification des GPU explique 53 % de la variance du coût des passages aux urgences et constitue ainsi un outil adapté de description et de valorisation médico-économique de l'activité des urgences. Les résultats de cette étude sont présentés dans un document d'août 1999, disponible sur demande : « Classification de l'activité des unités de prise en charge des urgences ».

(9) Le contenu des « résumés de passages aux urgences » (RPU), qui seront ainsi généralisés en 2003, ne doit pas être confondu avec celui du recueil ponctuel réalisé en 1998 auprès d'un petit nombre d'établissements. L'objectif du « recueil 1998 » était alors de mesurer le pouvoir prédictif des GPU sur la consommation des ressources. En particulier, les informations relatives à la consommation des ressources (temps médical, soins infirmiers à travers l'outil « Ségur », médicaments coûteux, etc.) ne seront pas a priori mobilisées dans le cadre de la généralisation des RPU.

(10) Un lien sur la page d'accueil du site du PMSI (www.le-pmsi.fr) permettra l'accès à l'applicatif de saisie, à partir du 17 septembre 2001.

(11) Les informations relatives à l'activité des services d'accueil et de traitement des urgences sont recueillies dans le questionnaire « Q13A » de la nouvelle version SAE.

(12) Cette date du 30 juin 2001 est retenue afin de prendre en compte l'ensemble des services d'accueil et de traitement des urgences, dont l'autorisation pour certains a été tardive.

(13) Une deuxième sous-section d'imputation « 1B » permet d'isoler les charges liées à l'activité des soins de suite ou de réadaptation.

(14) Dans le plan de comptes des sections d'analyse, le Guide de comptabilité analytique n° 97/2 bis considère en effet les « urgences médico-chirurgicales » comme relevant d'une fonction médico-technique (n° 921-1), tandis que « l'unité d'hospitalisation temporaire, service de porte » est considérée comme une fonction clinique (n° 923-04).

(15) Seules les gardes d'internes sont rémunérées différemment.

(16) Les informations relatives à l'activité des services d'accueil et de traitement des urgences sont recueillies dans le questionnaire « Q13A » de la nouvelle version de SAE.