

T2A ET REANIMATION

Réflexions du SNMRHP

Docteur FRAISSE François



INTRODUCTION

- La Réanimation : une discipline coûteuse
- « Une danseuse » pour les établissements jusqu'à une reconnaissance améliorée
- Les modes de calcul actuels (séjours valorisés) restent globalement en marge des coûts réels

PROBLEMES SPECIFIQUES A LA REANIMATION

- Affectation à la Réanimation de sa part du GHS :
 - clé de répartition en nombre de jours
 - autres modes de répartition
- Respect des contraintes du Décret pèse sur l'ENC des GHS afférents
- Évaluation insuffisante des moyens engagés pour les patients les plus graves :
hétérogénéité extrême par GHS.

USC ET REANIMATION

- Baisse des DMS en réanimation et augmentation de l'intensité des soins
- Taux d'adéquation à la réanimation (séjours valorisés) proche de 100%
- Consommation par l'USC de ressources médicales allouées à la réanimation
- Effet structure des USC par rapport aux établissements

COUTS ET PRATIQUES PROFESSIONNELLES

- Innovations thérapeutiques : quelle pérennité ?
- Limitation des soins et arrêts thérapeutiques
- Pratiques à titre compassionnel : limitations des pratiques fonction du coût
- Participation aux études cliniques avec coût indirect

UNE NOTION INACCEPTABLE EN REANIMATION : la production par Praticien

- La production en réanimation ne peut être appréciée que globalement et non affectée individuellement
- L'activité de réanimation comporte une densité de présence et une continuité quelque soit l'activité et/ou le nombre de lits : notion de seuil critique des unités de réanimation
- Le réanimateur a un rôle dans la continuité des soins des établissements et une fonction de consultant, difficilement évaluable.
- La production ne peut s'apprécier qu'avec des pondérations liées :
 - à la gravité des patients
 - à la qualité des soins

LA POLITIQUE CONTRACTUELLE EN REANIMATION

Les objectifs quantifiés en réanimation

- Les évènements indésirables :
 - leur évaluation
 - la politique de prévention
- La qualité des soins :
 - mortalité attendue et réelle
 - marqueurs traceurs
 - analyse rétrospective de dossiers
 - audits internes ciblés
- Travail sur référentiels et protocolisation des prises en charge
- Prescriptions informatisées et validées dépassant le contrat de bon usage du médicament

QUELLES RECOMMANDATIONS ?

- Pratiques de soins fondées sur les RPC, consensus et référentiels
- Protocolisation des soins
- Traçabilité :
 - De la démarche clinique
 - Des marqueurs de gravité
 - De la mise en œuvre thérapeutique
- Intérêt de l'informatisation du dossier de réanimation

DRG - CREEP ET UP - CODING

- CMAS changeant la détermination du GHM
- IGS II surévalués
- Sur-utilisation des actes traceurs

NIVEAUX TARIFAIRES ET CONSEQUENCES

- Régulation des admissions sur des critères : sociaux, d'âge, de pronostic, de dépendance
→ « du cognitif à l'objectif »
- Modulation des entrées fonction d'une codification favorable de la pathologie présumée
- Limitation des soins et arrêts thérapeutiques

UN MODELE A COPIER

→ Affectation de ressources pour le
prélèvement d'organes

- Forfait annuel fonction de l'activité de l'établissement
- Mort encéphalique prélevable : n° cristal
- Allocation de ressources supplémentaires par organe prélevé

PERSPECTIVES EN REANIMATION

- Journées forfaitisées plus que séjour
- Évolution des tarifs fonction de l'ENC
- Politique contractuelle visant à la limitation des effets indésirables
- Implication de l'évaluation de la pertinence et de la qualité des soins

LES REVENDICATIONS

- Meilleure répartition des GHS pour les multi séjours
- Tarifs modulés selon :
 - la gravité
 - le nombre de défaillances
 - les suppléances
- GHS spécifiques à la réanimation avec imputation forfaitaire (type chirurgie cardiaque)
- Respect de la réglementation :
 - densité en personnel infirmier
 - prise effective du repos de sécurité
 - effectif médical suffisant évitant le recours aux plages additionnelles
- Exclusion de la part variable des PH du coût calculé

CONCLUSION (I)



- La réanimation est une médecine coûteuse dont les tarifs doivent se rapprocher de la réalité des coûts
- Elle nécessite une adéquation entre pratiques professionnelles, respect de la réglementation et l'affectation budgétaire

CONCLUSION (II)



- Elle implique une traçabilité :
 - des prises en charge
 - des actes de la démarche de soins
- Les marqueurs d'évaluation de la qualité doivent être exploités et avoir une traduction budgétaire