



Article original

Patient de réanimation, journées de réanimation ? Modélisation d'un fonctionnement optimisé des unités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue et conséquences sur les suppléments tarifaires induits



ICU patients and days of intensive care: A mathematical model optimizing the consequences of ICU unit function, intensive care and continual monitoring on incurred supplementary costs

C. Roger^a, S. Julié-Bibi^a, M. Fages^b, C. Castelli^b, P. Jeannes^a, G. Saïssi^a, P. Landais^b, J.-Y. Lefrant^{a,*}, L. Muller^a

^a Unité de réanimation chirurgicale, service des réanimations, division anesthésie réanimation douleur urgence, CHU de Nîmes, place du Professeur-Robert-Debré, 30029 Nîmes cedex 9, France

^b Département de biostatistique épidémiologie santé publique et d'information médicale, CHU de Nîmes, place du Professeur-Robert-Debré, 30029 Nîmes cedex 9, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Reçu le 26 février 2013
Accepté le 22 août 2013

Mots clés :
Réanimation
Recettes
Actes marqueurs

RÉSUMÉ

Introduction. – Les unités de réanimation ont vocation à admettre des patients avec plusieurs défaillances d'organe. La gravité des patients accueillis dans ces structures est variable. Le but de l'étude était d'estimer le nombre de journées de réanimation qu'une offre de soins optimale aurait pu libérer et le nombre d'admissions supplémentaires possibles. L'estimation des recettes associées en rapport aux différents suppléments forfaitaires a été réalisée conjointement.

Méthodes. – Dénombrement des journées associées ou non à un acte marqueur de réanimation sur l'activité 2011 d'une unité de réanimation de CHU (16 lits), simulation de l'optimisation du flux des patients, avec calcul des recettes liées aux suppléments.

Résultats. – Au total, 657 patients (IGS II entre 0 et 110 ; 41 % ventilés plus de 48 heures, mortalité = 26 %) étaient admis pour 5095 journées (taux d'occupation = 87 %) ; 222 patients (34 %) ne déclenchaient de supplément réanimation pour 415 journées ; 435 patients déclenchaient ce supplément pour 4680 journées, dont 3035 avec acte marqueur et 1645 (35 % des journées valorisées réanimation ; 32 % des journées totales) sans acte marqueur de réanimation. L'année 2011 avait généré une recette liée aux suppléments de 3 980 192 €. Une optimisation de fonctionnement aurait permis l'admission de 235 à 295 patients supplémentaires pour une recette potentielle supplémentaire de 524 735 € à 1 063 804 € selon le taux d'occupation envisagé (taux de 2011 ou 80 %).

Conclusion. – Une optimisation des flux patients entre réanimation, USI et USC permettrait d'augmenter le nombre de patients admis en réanimation sans perte financière liée aux suppléments.

© 2013 Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar). Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Introduction. – “Critical Care Units” are intended to admit patients with multiple organ failure. The severity of patients admitted is variable. The aim of the study was to estimate the number of days that an optimum care organization could release, and therefore the additional admissions that would have been allowed. Estimates of earnings related to the various supplements were carried out jointly.

Keywords:
Critical care
Financial earning
Medical act

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jean.yves.lefrant@chu-nimes.fr (J.-Y. Lefrant).

Methods. – Reporting days associated or not with a resuscitation care during the year 2011 in an ICU of a university hospital (16 beds), optimized patient flow simulation, and computation of medical act inducing financial supplements.

Results. – Six hundred and fifty-seven patients (SAPS II from 0 to 110, 41% ventilated more than 48 hours, mortality = 26%) were admitted representing 5095 days (occupancy rate = 87%). Two hundred and twenty-two patients (34%) did not trigger supplement for resuscitation care for 415 days in the unit. Four hundred and thirty-five patients have triggered this supplement representing 4680 days, including 3035 days with resuscitation care and 1645 (35% of days valued resuscitation, 32% of total days) without any. The entire year 2011 has generated earnings of 3,980,192 €. Optimization of management would have allowed the admission of additional 235 to 295 patients and potential additional earnings from 524,735 € to 1,063,804 €, depending on the occupancy rate chosen (80% or real 2011s) and the severity of discharged patients.

Conclusion. – Optimization of the patients flow between “Critical Care”, Intensive Care and Continuous Monitoring Units would increase the number of patients admitted in “Critical Care” Units without any financial loss related to supplements.

© 2013 Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar). Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Le décret du 5 avril 2002 définit les patients de réanimation comme des patients présentant ou susceptibles de présenter plusieurs défaillances d'organes nécessitant la mise en place de suppléances [1]. Ce décret définit aussi les critères d'équipement, de compétence médicale et d'effectifs paramédicaux (au minimum 2 infirmiers pour 5 patients, 1 aide-soignant pour 4 patients, disponibilité permanente d'un kinésithérapeute, d'un psychologue et de personnel biomédical). Entre les unités de réanimation et les unités d'hospitalisation classique, ont été définies des unités de soins intermédiaires [2] : unités de soins intensifs (USI) pour les patients monodéfaillants et unité de surveillance continue (USC) pour les patients à risque de défaillance, le niveau d'offre de soins devant s'adapter à la gravité des patients.

Le budget des services de réanimation français repose en partie sur une tarification fonction du séjour (GHS), basée sur les données PMSI du séjour de chaque patient et l'attribution d'un supplément forfaitaire journalier, attribué pour certaines structures telles que réanimation, USI ou USC, et pouvant reposer sur la réalisation d'acte marqueur (AM). Ils sont définis comme des soins ou des techniques mis en œuvre pour pallier les défaillances d'organes [3].

Le « supplément réanimation » est obtenu pour les patients avec un score IGS II [4] (indice de gravité simplifié) à l'admission ≥ 15 et un AM de réanimation (814,32 €). Il est acquis pour l'ensemble du séjour. Pour les patients admis en réanimation mais ne remplissant pas ces deux conditions, un supplément USI (407,65 €) est appliqué. Le séjour d'un patient en USI ou USC peut déclencher respectivement un supplément quotidien de 407,65 € ou 326,12 €. Ces tarifs sont fixés et publiés au journal officiel annuellement [5].

Les différentes définitions du décret 2002 laissent la possibilité d'admettre en réanimation un patient qui n'est pas encore défaillant ou simplement monodéfaillant, l'évaluation clinique du praticien restant décisionnaire et prioritaire. Le séjour d'un patient en réanimation peut être modélisé de la façon suivante (Fig. 1a) : certains patients, admis avant d'être défaillants, vont rapidement s'améliorer grâce un traitement adéquat, parfois sans bénéficier d'AM de réanimation à proprement parler. D'autres, dont l'état de santé est d'emblée grave ou s'aggravant après leur admission, vont développer plusieurs défaillances d'organes générant au moins un AM et le forfait réanimation. En cas d'amélioration, certains de ces patients seront progressivement sevrés des soins et techniques définissant les AM. Ces patients sont parfois maintenus en réanimation en raison du manque de structure d'aval adaptée à la lourdeur de leur pathologie encore en évolution. Ils pourraient potentiellement bénéficier de structures gérant une seule défaillance (USI) ou de structures surveillant

les patients encore à risque (USC). En situation idéale d'optimisation de l'offre de soins (Fig. 1b), les unités de réanimation ne devraient accueillir que des patients présentant plusieurs défaillances d'organes, les autres patients pouvant théoriquement être accueillis en USI (défaillance unique) ou USC (à risque de défaillance). Cette situation idéale devrait libérer des journées de réanimation et donc augmenter les possibilités d'admission dans ces unités de réanimation souvent saturées [6]. Cependant, cette optimisation pourrait être source de perte de recette pour les établissements avec activité de réanimation si la durée de séjour en unité de réanimation diminuait. Il faut donc inclure dans cette simulation les séjours en USC et USI correspondants, qui offrent à leur tour des possibilités d'admissions supplémentaires en réanimation grâce aux lits libérés.

La présente étude s'est intéressée à l'activité de l'unité de réanimation chirurgicale du CHU de Nîmes pendant l'année 2011. L'objectif principal était d'estimer le nombre de journées de réanimation qu'une offre de soins optimale aurait pu libérer, et donc le nombre d'admissions supplémentaires qu'elle aurait permis. L'estimation des recettes associées en rapport avec les différents suppléments forfaitaires a été réalisée conjointement.

2. Patients et méthodes

Cette étude descriptive rétrospective monocentrique a été réalisée sur l'ensemble des patients présents et sortis durant l'année 2011 dans le service de réanimation chirurgicale du CHU de Nîmes (16 lits de réanimation chirurgicale et polyvalente). Les différentes données utilisées ont été prospectivement collectées à partir des feuilles quotidiennes d'évaluation des soins et des dossiers médicaux. Les diverses données utilisées ont été rendues anonymes permettant leur utilisation par la CNIL (n° 1625246 v 0). Cette étude ne relevait pas de la nécessité d'une approbation par le comité de protection des personnes. L'Institutional Review Board du CHU de Nîmes a donné son accord pour sa réalisation (IRB n° 130201). Enfin, une lettre d'information a été envoyée à tous les patients et/ou leur représentant afin qu'ils puissent exprimer leur potentielle opposition au recueil de données les concernant [7].

2.1. Patients

Tous les patients ayant été admis et sortis lors de l'année 2011 dans l'unité de réanimation chirurgicale ont été inclus dans l'étude. Les patients présents le 1^{er} janvier 2012 à 00:00 n'ont pas été inclus de même que les patients ayant exprimé leur opposition au recueil de données les concernant.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2745794>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2745794>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)