

Annexe

Annexe 1: Catalogue des exigences opérationnalisées selon le rapport du groupe de travail "SRC" du 17.5.2001

Critère¹	Description	Pondération²	Observations
Conception et structure			
1. Evidence du regroupement de cas	Des cas particuliers identiques (ou similaires) sont-ils toujours attribués au même groupe (reliability)? L'attribution est-elle clairement délimitée?	5	Base de la résistance aux manipulations (critère 18) et de l'acceptation du système (critère 19).
2. Cohérence du regroupement de cas/transparence	L'attribution des cas particuliers est-elle médicalement cohérente et complètement transparente?	4	Base de la résistance à la manipulation (critère 18) et de l'acceptation du système (critère 19).
3. Adaptabilité de la définition des cas	Une définition claire des cas a-t-elle été donnée? Si oui, laquelle (cas administratif/séjour en clinique; cas résidentiel/hospitalisation, y.c. transferts internes; séjours multiples; séjours extrahospitaliers/transferts externes; autres)? Une définition des cas claire, évidente et uniformément utilisable dans la pratique constitue une condition impérative de la comparabilité des cas attribués à un même groupe de cas.	5	La définition des cas est étroitement liée à l'utilisation du système. Elle est surtout indispensable en vue du calcul de la pondération relative des cas et de l'utilisation en tant que système de financement. Elle doit se faire en fonction des exigences nationales spécifiques ou des objectifs du regroupement de cas. D'où l'importance de pouvoir adapter le SRC au niveau de la définition des cas.
4. Illustration de la morbidité et des complications / sévérité	Est-ce qu'il est tenu compte des effets secondaires, des complications et de la sévérité du cas? Afin de former des groupes homogènes quant aux coûts, il importe de prendre en compte les effets secondaires et les complications qui alourdissent la prise en charge. Il en va de même de la sévérité d'une maladie.	4	

¹ Un critère est un critère KO lorsqu'il *doit* être impérativement rempli pour qu'un système puisse être étudié de plus près en vue d'une introduction en Suisse. Un critère a été qualifié de critère KO lorsque deux membres au moins du groupe de travail "SRC" l'avaient classé comme tel. Les critères KO sont imprimés en caractères gras.

² La pondération des critères se fait sur la base du nombre de points obtenus lors de l'évaluation de l'importance du critère par les membres du groupe de travail "SRC", étant précisé que: 45 points et plus = pondération 5, 33 à 44 points = pondération 4, 25 à 34 points = pondération 3, 15 à 24 points = pondération 2.

H+ Les hôpitaux de Suisse
Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires

5. Prise en compte des traitements multiples	Les traitements multiples (dans le cadre d'une hospitalisation/d'une intervention) sont-ils inclus? En cas de non-considération des interventions ou traitements multiples, il peut en résulter des incitations à constituer de nouveaux cas.	2	Ce critère dépend fortement du critère de définition des cas (no 3).
6. Dissociabilité entre répartition en groupes / calcul des indicateurs / indicateurs	Les indicateurs et leur calcul sont-ils indépendants de la répartition en groupes, autrement dit, peut-on les recalculer sans pour autant modifier la répartition des cas en groupes? La séparation de ces différents éléments est importante pour pouvoir procéder à des adaptations nationales ou régionales des indicateurs.	4	
7. Hiérarchisation et agrégation	La structure du système permet-elle une agrégation à différents niveaux?	3	Est-ce que l'agrégation est possible en vue d'analyses médicales et/ou économiques (groupes de diagnostics, interventions, coûts)?
8. Adaptabilité / capacité d'extension	Lorsqu'un système ne remplit pas certains critères, peut-il être adapté ou élargi en fonction de ces critères? Des méthodes de traitement modernes sont-elles prises en compte? Peut-on intégrer rapidement et simplement de nouveaux procédés? La prise en compte de procédés modernes est liée à la qualité du traitement.	4	Il s'agit de la possibilité d'élargir un système à tous les niveaux du point de vue médical et du contenu, y compris les classifications.
9. Maintenance et révision	Le système peut-il être entretenu et actualisé de manière simple?	4	Il faut entendre par là la mise en pratique technique des extensions du contenu et médicales. L'actualisation permanente du point de vue des contenus médicaux est très importante.

Contenu et couverture			
10. Homogénéité clinique	Les groupes formés sont-ils suffisamment homogènes du point de vue clinique?	5	
11. Homogénéité des coûts	La répartition en groupes de cas entraîne-t-elle une réduction sensible de la variance?	3	La réduction de la variance permet de juger dans quelle mesure la constitution de groupes ou de voies de traitement est parvenue à diminuer la dispersion des données. La réduction de la variance peut être déterminée sur la base du calcul des indicateurs correspondants. L'homogénéité des coûts est plus grande lorsqu'on fait abstraction de certaines prestations, par exemple les médicaments coûteux, les produits sanguins, mais aussi certains matériels (médical devices) à spécifier.
12. Relation à la prestation	Les prestations principales sont-elles prises en compte de manière adéquate? Est-il aussi tenu compte d'interventions interdisciplinaires et d'effets secondaires compliqués? Comment les hospitalisations en soins intensifs sont-elles prises en compte? Est-il aussi tenu compte de la qualité des prestations?	5	
13. Inclusion des prestations de soins	Les prestations de soins sont-elles prises en compte? Si oui, de quelle manière?	5	Il faut que les prestations de soins soient déjà prises en compte avant le processus de regroupement ou d'attribution d'une voie de traitement et pas seulement au moment de la forfaitarisation.
14. Manipulation des cas "déviant" ou extrêmes	Des cas déviants ou extrêmes sont-ils déterminés? La procédure les concernant est-elle adéquate? Les cas extrêmes peuvent représenter une part importante des coûts (parfois un multiple des coûts d'un cas dit normal). Une prise en compte judicieuse est importante, d'une part afin d'assurer un traitement approprié, et d'autre part, pour éviter de donner de fausses incitations (lien avec la sévérité, la mortalité, etc.).	4	La définition des cas extrêmes doit être identique pour permettre les comparaisons.

15. Integralité et "groupes résiduels"	L'éventail des cas est-il entièrement couvert? Quelle est la quote-part des groupes résiduels? Une large couverture des cas devrait être assurée. Les groupes résiduels avec des cas non attribuables ne devraient représenter qu'un tout petit pourcentage car sinon, on obtient une homogénéité des coûts très restreinte dans les groupes résiduels.	3	Les groupes résiduels sont des groupes non spécifiques, p. ex. pour les cas avec un codage incorrect. Cependant, l'amélioration de la qualité de codage devrait permettre de réduire le nombre des cas qui finissent dans un groupe résiduel.
16. Applicabilité en dehors des soins aigus hospitaliers	Le système est-il aussi applicable dans d'autres domaines (p. ex. psychiatrie, réadaptation, chirurgie semi-hospitalière/chirurgie d'un jour, etc.)?	2	Lors de l'application d'un SRC en Suisse, les interfaces et les délimitations par rapport aux domaines semi-hospitalier, de réadaptation et ambulatoire doivent être clairement définies.
17. Documentation requise	Les données requises sont-elles couvertes par la documentation actuellement introduite en Suisse? Des classifications élargies ou des règles de codification supplémentaires sont-elles nécessaires pour garantir un usage uniforme (cf. résistance aux manipulations du système)?	3	
18. Résistance aux manipulations du système	Quelle est l'ampleur de la tolérance concernant les variantes de codification? Quelle est l'ampleur de la tolérance face à un codage incomplet? Il convient de laisser le moins de place possible aux "marges d'appréciation" et interprétations. Une documentation hétéroclite relative à des cas identiques devrait engendrer un minimum de différences d'ordre systémique.	4	La résistance aux manipulations dépend de l'existence de règles de codage claires. Comme il s'est avéré par le passé, on peut obtenir un indice de Case Mix plus élevé grâce à un codage optimisé (creeping), mais cet effet temporaire est compensé par un codage globalement optimisé. La résistance à la manipulation en tant que critère est étroitement liée aux critères 1 et 2 (évidence et cohérence du regroupement de cas).

Critères généraux			
19. Commodité d'emploi et acceptation par les utilisateurs	Le système est-il d'un emploi simple et compréhensible? Le système est-il accepté par les utilisateurs tant du point de vue médical qu'économique?	4	
20a. Disponibilité en termes de coûts	Le système est-il librement disponible ou existe-t-il des engagements relevant du droit de licence? A combien s'élève le coût du système, le coût de sa mise en application et le coût de sa révision?	1,5	Le critère 20 du catalogue des exigences du groupe de travail "SRC" est subdivisé pour permettre une appréciation plus différenciée.
20b. Disponibilité temporelle	Le système est-il disponible à l'heure actuelle? Est-il a) introduit/appliqué dans une large mesure, b) prêt à être introduit, c) en voie de développement , d) disponible sous forme de projet?	1,5	
21. Application informatique	Existe-t-il une application informatique appropriée (interfaces claires, révision aisée, intégration simple dans différentes configurations de logiciels dans les hôpitaux, ...)?	4	

Annexe 2: Tour d'horizon des systèmes

Système	Pays	Caractérisation sommaire	Degré de différenciation et couverture	But/utilisation	Systèmes de classification sous-tendus	Disponibilité
HCFA-DRG	Etats-Unis (Italie, Irlande, Portugal, Costa Rica)	Le système HCFA-DRG est le premier système DRG ayant été utilisé à grande échelle. Il est géré par la Health Care Financing Administration (HCFA), un service gouvernemental américain. Il est issu au début des années quatre-vingt d'un projet de recherche de l'Université de Yale initialement destiné aux patients Medicare (seniors). Plus tard, il a été étendu à tous les patients.	503 groupes dans la 19e version (2001), y compris, respectivement, un groupe pour les diagnostics inco-dables et invalides.	Indemnisation par Medicare, l'assurance de soins pour personnes âgées, de cas traités dans les hôpitaux privés Management d'hôpital Benchmarking	ICD-9-CM/1 (diagnostics) ICD-9-CM/3 (procédures)	Pas de redevances de licence Groupeur env. 900 US\$: www.ntis.gov (→ product types → Health Care → Medicare Utilities) Groupeur online: www.irp.com/drgcalc.htm
AP-DRG	Etats-Unis, Suisse (canton de Vaud et Zurich) (Tchéquie)	Le système All Patient-DRG est une version perfectionnée du système HCFA-DRG pour le rendre applicable à tous les assurés. Il recense les diagnostics secondaires graves au niveau des catégories principales (MDC).	641 groupes de cas de base dans la version 12 (1995), adaptations mineures pour la Suisse (648 groupes de cas)	Etats-Unis: Financement hospitalier Management d'hôpital Benchmarking Suisse, Canton de Vaud et Zurich: VD, quelques hôpitaux: budgétisation interne, sinon, financement par cas	ICD-9-CM/1 ou ICD-10 (diagnostics) ICD-9-CM/3 ou ICPM (procédures)	Le système AP-DRG appartient à l'Etat de New York et il est distribué exclusivement par la maison 3M. Les redevances de licence pour le logiciel du groupeur s'élevaient en Suisse à env. 3000.—CHF pour 200 lits par an (une licence).

Système	Pays	Caractérisation sommaire	Degré de différenciation et couverture	But/utilisation	Systèmes de classification sous-tendus	Disponibilité
				ZH: classification des prestations (p. ex. planification hospitalière), benchmarking, décompte des prestations (pilote), controlling stratégique, budgétisation interne, promotion de la qualité		
IR-DRG	-	Les International Refined-DRG sont des dérivés des AP-DRG (étape intermédiaire: APR-DRG). Il s'agit d'un système DRG mis au point et affiné par 3M pour les besoins européens. 3M affirme qu'il est utilisable avec différents systèmes de classification.	346 groupes de cas de base, tous avec 3 degrés de sévérité (version 2000) et deux groupes pour les diagnostics incodables et invalides.	Encore en voie de développement	ICD-9-CM/1, autres sur demande (diagnostics) ICD-9-CM/3, autres sur demande (procédures)	Encore en voie de développement
GHM	France	Les Groupes homogènes de malades sont les descendants de la troisième génération des HCFA-DRG et ont été enrichis d'éléments AP-DRG dans la version de 1997. Le programme de regroupement sépare les programmes des données. Les traitements ambulatoires sont classés	Version 7, 2002, groupeur: FG 6.7	Utilisation dans le cadre de la budgétisation hospitalière Benchmarking (égalité publique) Management d'hôpital Ev. financement de cas dans l'avenir	ICD-10 (diagnostics) CCAM (classification commune des actes médicaux; procédures) IGS-II (SAPS-II; IPS)	Pas de redevances de licence Manuel (version 7, 2002) disponible sur Internet: http://www.le-pmsi.fr/telechargeables/mco/pdf/ghm2002intro.pdf Groupeur online (version FG 5.6): http://www.le-

Systeme	Pays	Caractérisation sommaire	Degré de différenciation et couverture	But/utilisation	Systemes de classification sous-tendus	Disponibilité
		séparément. Des subdivisions supplémentaires sont faites en fonction de l'âge.				pmsi.fr/commun/grpintro.html Logiciel de regroupement: env. 1600 euros
NordDRG	Finlande, Norvège, Suède, Danemark, Islande	Les pays scandinaves travaillent ensemble depuis 1995 sur la mise au point du groupeur NordDRG qui est un dérivé des HCFA-DRG de la version 12.0. Il tient compte des besoins nationaux de manière différenciée. Le programme de regroupement se fonde sur des tables de décision (au lieu des habituels arbres de décision). Dans le logiciel du groupeur, les programmes et les données ont été systématiquement séparés.	502 groupes dans la version 2001.β3, y compris un groupe pour diagnostics invalides.	Financement hospitalier (généralement via budget) Norvège: 50% via NordDRG, 50% via allocations directes Suède: utilisation dépend des différents districts	ICD-10 (diagnostics) Nordic Classification of Surgical Procedures (NCSP, procédures)	Redevances de licence Manuel (version 2001.β3) disponible sur Internet: http://norddrgr.kuntaliitto.fi/manual/ Distribution du groupeur par la maison Datawell Oy www.well.fi)
AR-DRG (anciennement: AN-DRG)	Australie, Nouvelle-Zélande, Singapour	Après une phase d'observation du développement des DRG aux Etats-Unis, les Australian National DRG ont été mis au point entre 1988 et 1993, puis à partir de 1998, les Australian Refined DRG. Le calcul des degrés CC	661 groupes dans la version 4.2 (2000)	Australie: Budgétisation externe Benchmarking Grandes divergences d'un pays à l'autre.	ICD-10-AM/1 (diagnostics) ICD-10-AM/3 (procédures)	Manuel (v4.2): 200 AUS\$ (http://www.health.gov.au/casemix/defman1.htm) Distribution des groupeurs par des entreprises privées: http://www.health.gov.au/casemix/grouper1.htm

Systeme	Pays	Caractérisation sommaire	Degré de différenciation et couverture	But/utilisation	Systemes de classification sous-tendus	Disponibilité
		(partout 5 degrés CC) se fait sur la base de tous les diagnostics disponibles.				grouper1.htm Groupeur online: http://www.grdrg.de/
G-DRG	Allemagne (prévu à partir du 1.1.2003)	Les Allemands développent leurs DRG sur la base des AR-DRG australiens (version 4.1) . Ils estiment que le système australien est actuellement le plus moderne et celui qui offre les meilleures conditions pour le perfectionnement et l'adaptation aux conditions allemandes.	Encore au stade de développement, max. 800 groupes	Système d'indemnisation liée aux prestations Transparence de ce qui se passe au niveau des prestations Assurance de la qualité	A adapter	Encore au stade de développement
DBC	Pays-Bas (prévu à partir de 2003)	Aux Pays-Bas, on travaille depuis 1994 sur le projet "Diagnose Behandeling Combinatie" (combinaison diagnostic-traitement). Il existe pour chaque spécialité une liste de diagnostics et de procédures. Les soins ont aussi un impact sur le groupement.	Encore au stade de développement	Financement hospitalier Gestion du flux de patients Management d'hôpital Assurance de la qualité	Pas de lien avec ICD	Encore au stade de développement
LDF	Autriche	L'Autriche a développé depuis les années 90 son propre système pour le financement hospitalier lié aux prestations (LKF) qui est appliqué dans les hôpitaux depuis le	842 groupes dans la version 2002	Financement hospitalier lié aux prestations (LKF)	ICD-10-BMSG (diagnostics) MEL (Medizinische Einzelleistungen; procédures)	Mis à disposition gratuitement pour des tests.

H+ Les hôpitaux de Suisse
Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires

Systeme	Pays	Caractérisation sommaire	Degré de différenciation et couverture	But/utilisation	Systemes de classification soutendus	Disponibilité
		1.1.1997. Dans une première partie type, il contient des groupes de cas par diagnostic et des règles de pondération (système par points; réglementation uniforme à l'échelle nationale). Dans une deuxième partie, que les länder peuvent adapter à leurs besoins individuels, on différencie selon les caractéristiques spécifiques de l'hôpital. Distinctions possibles: type d'hôpital, agencement technique, taux d'occupation, etc.			procédures) TISS (Therapeutic Intervention Scoring System; IPS)	
mipp	Suisse (hôpital cantonal Aarau)	Dans le modèle des voies de traitement intégrées, chaque voie de traitement est construite au moyen de la standardisation d'éléments de processus et de prestations individuelles. mipp part donc de lignes conductrices pour les traitements et de standards pour les prestations tels que les temps standard, les quantités standard, etc. Cela implique la prise en considération de l'état effectif au lieu d'une reprise de	11 voies de traitement couvrent 12% des cas hospitaliers et 6% des revenus hospitaliers de l'hôpital cantonal d'Aarau. But: couvrir 80% des cas avec 200 voies de traitement.	Financement hospitalier (financement par cas lié au diagnostic) Assurance de la qualité Transparence	ICD-10 (diagnostics) ICD-9-CM/3 (procédures)	Pas de redevance de licence, mais une participation aux frais de développement est attendue.

Systeme	Pays	Caractérisation sommaire	Degré de différenciation et couverture	But/utilisation	Systemes de classification sous-tendus	Disponibilité
		coûts.				

Annexe 3: Comparaison détaillée (aperçu synoptique)

Critère	Pondération(1-5)	Modèle des voies de traitement intégrées (mipp)	Pts (1-5)	All Patient-DRG (AP-DRG)	Pts (1-5)	Australian Refined-DRG (AR-DRG)	Pts (1-5)
Conception et structure du système							
1.Evidence du regroupement de cas¹	5	Par la définition de valeurs angulaires et de critères d'exclusion, l'évidence de l'attribution à une voie de traitement est donnée.	4	L'évidence du regroupement de cas est donnée.	5	L'évidence du regroupement de cas est donnée.	5
2. Cohérence du regroupement de cas – transparence	4	Etant donné que l'attribution d'un cas à une voie de traitement dépend en partie de la décision du médecin, la cohérence n'est pas toujours donnée.	4	La cohérence du regroupement de cas est donnée. La transparence de la logique de regroupement est garantie.	5	La cohérence du regroupement de cas est donnée. La transparence de la logique de regroupement est garantie.	5
3. Adaptabilité de la définition des cas	5	La définition claire des cas est donnée et chaque voie de traitement correspond à un cas administratif. Il est également possible de définir un cas au-delà du séjour résidentiel dans certaines circonstances.	5	Si les AP-DRG sont sensés être appliqués à l'échelle nationale, les parties au tarif devront s'entendre sur une même définition des cas valable pour tous. PCS Suisse a défini les cas dans le manuel Tar-AP-DRG 2002. La définition des cas est adaptable.	5	En principe, les AR-DRG peuvent très bien illustrer des cas assez complexes avec plusieurs épisodes de traitements interdisciplinaires, parce que le système peut tenir compte d'un nombre illimité de diagnostics secondaires. La définition des cas est adaptable.	5

¹ Evaluation des critères de 1 à 5; 5 = système remplit entièrement un critère, 1= système ne remplit pas le critère.

H+ Les hôpitaux de Suisse
Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires

Critère	Pondération(1-5)	Modèle des voies de traitement intégrées (mipp)	Pts (1-5)	All Patient-DRG (AP-DRG)	Pts (1-5)	Australian Refined-DRG (AR-DRG)	Pts (1-5)
4. Illustration de la multi-morbidité et des complications / sévérité	4	L'illustration des effets secondaires et des complications est soumise à réserves, vu leur intégration variable dans la voie de traitement. Ainsi, les cas simples et compliqués sont intégrés dans une même voie, les complications sont prises en compte d'après leur fréquence. Pour mieux illustrer la sévérité, on envisage une solution semblable au concept PCCL des AR-DRG.	3	Pour l'heure, les effets secondaires et les complications sont insuffisamment pris en compte. Seul le diagnostic secondaire le plus complexe est pris en considération (également avec le futur système IR-DRG).	3	Un nombre illimité d'effets secondaires et de complications peut être pris en compte sous forme de diagnostics secondaires au moyen d'une pondération par rapport à un Patient Clinical Complexity Level (PCCL) ou valeur PCCL. C'est une des caractéristiques saillantes d'un système "refined". On obtient ainsi à partir des 661 groupes principaux du système AR-DRG 2017 groupes différenciés.	5
5. Prise en compte des traitements multiples	2	Les traitements multiples dans le cadre d'un cas peuvent être pris en compte. Ainsi par exemple, une prothèse de la hanche est définie des deux côtés. Si un cas administratif est jugé significatif en termes de charges et de fréquence, on génère deux ou plusieurs voies à partir d'une voie de traitement initiale.	5	Les traitements multiples au cours d'un séjour hospitalier ne peuvent être qu'insuffisamment illustrés.	2	Les traitements multiples au cours d'un séjour hospitalier ne peuvent être qu'insuffisamment illustrés.	2
6. Dissociabilité entre répartition en groupes / calcul des indicateurs / indicateurs	4	La possibilité de séparer la répartition en groupes, le calcul des indicateurs et les indicateurs est garantie.	5	La possibilité de séparer la répartition en groupes, le calcul des indicateurs et les indicateurs est garantie.	5	La possibilité de séparer la répartition en groupes, le calcul des indicateurs et les indicateurs est garantie.	5
7. Hiérarchisation et agrégation	3	Jusqu'à ce jour, ce critère est entièrement satisfait.	5	Parce que les groupes de cas avec des effets secondaires et des complications graves (concept des MCC) sont traités à part, les possibilités d'agrégation par cas médicalement cohérents sont limitées.	3	L'agrégation est tout à fait possible dans ce système fondé sur une structure hiérarchisée. Les effets secondaires peuvent être analysés à part et indépendamment du diagnostic principal grâce au concept PCCL.	5

H+ Les hôpitaux de Suisse
Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires

Critère	Pondération(1-5)	Modèle des voies de traitement intégrées (mipp)	Pts (1-5)	All Patient-DRG (AP-DRG)	Pts (1-5)	Australian Refined-DRG (AR-DRG)	Pts (1-5)
8. Adaptabilité / capacité d'extension	4	Lors d'un élargissement du nombre des voies de traitement, l'adaptabilité et la capacité d'extension sont entièrement données.	5	A cause de l'approche systémique basée sur le diagnostic, l'adaptabilité aux nouvelles procédures médicales est restreinte.	4	A cause de l'approche systémique basée sur le diagnostic, l'adaptabilité aux nouvelles procédures médicales est restreinte.	4
9. Maintenance et révision	4	Selon la description subjective des créateurs, la maintenance et la révision du système sont aisées.	4	Chez 3M qui est responsable du système commercial AP-DRG, le perfectionnement dépend d'une poignée de personnes, ce qui laisse présager une révision laborieuse.	3	Le système du gouvernement australien se fonde sur le principe d'un projet pouvant être perfectionné et validé à souhait (open source). Il en résulte une vaste base de coopération avec l'Australie.	4
Sous-total			154		143		161

Contenu et couverture	
10. Homogénéité clinique	<p>Comme il y a conformité avec des lignes directrices basées sur l'évidence, l'homogénéité peut être qualifiée de bonne.</p>
11. Homogénéité des coûts	<p>Actuellement, on ne dispose pas de chiffres sur la réduction de la variance en tant qu'indicateur de l'homogénéité des coûts. Cependant, les données disponibles au sujet de la durée de séjour dans les voies de traitement suggèrent une variabilité assez importante des coûts par cas.</p>

H+ Les hôpitaux de Suisse
Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires

Critère	Pondération(1-5)	Modèle de voie de traitement intégrée (mipp)	Pts (1-5)	All Patient-DRG (AP-DRG)	Pts (1-5)	Australian Refined-DRG (AR-DRG)	Pts (1-5)
12. Relation à la prestation	5	La relation à la prestation est entièrement donnée. Les voies de traitement sont construites de sorte à prendre en considération les prestations de base fournies au patient de même que les prestations spéciales fournies dans un cadre interdisciplinaire. Le cas échéant, seront également compris les soins intensifs, les médications coûteuses et d'autres soins annexes, par exemple psychiatriques.	5	On part de l'hypothèse qu'il existe un lien entre le diagnostic et la prestation. Le fait que des procédures soient parfois incluses montre que la relation à la prestation n'est que relative.	3	La relation à la prestation est meilleure qu'avec les AP-DRG grâce à l'inclusion de tous les diagnostics secondaires.	4
13. Inclusion des prestations de soins	5	Il est largement tenu compte des prestations de soins lors de la construction des voies de traitement, étant précisé que le recensement se fonde sur le système de recensement des prestations de soins LEP.	5	On part de l'hypothèse que les prestations de soins sont incluses de manière adéquate par le biais du diagnostic médical. De ce fait, les soins et les charges en résultant ne sont inclus comme facteur de coûts qu'au moment de la forfaitarisation.	3	On part de l'hypothèse que les prestations de soins sont incluses de manière adéquate par le biais du diagnostic médical. De ce fait, les soins et les charges en résultant ne sont inclus comme facteur de coûts qu'au moment de la forfaitarisation.	3
14. Manipulation des cas "déviants" ou extrêmes	4	Des faiblesses apparaissent au niveau de la manipulation des cas "déviants" ou extrêmes. Un controlling interne des prestations et des coûts ou l'adaptation permanente des voies de traitement isolées permettront certes de les supprimer ou de les atténuer. Mais il n'existe en principe aucune méthode statistique pour le traitement de déviants, ce qui peut conduire à l'analyse laborieuse de cas individuels.	3	La manipulation de cas "déviants" ou extrêmes a surtout des répercussions sur les centres hospitaliers et les hôpitaux offrant toute la panoplie des soins où les cas de ce genre ont tendance à se multiplier. Il faudra décider d'avance de la manière de traiter ces cas.	4	La manipulation de cas "déviants" ou extrêmes a surtout des répercussions sur les centres hospitaliers et les hôpitaux offrant toute la panoplie des soins où les cas de ce genre ont tendance à se multiplier. Il faudra décider d'avance de la manière de traiter ces cas.	4

Critère	Pondération(1-5)	Modèle de voie de traitement intégrée (mipp)	Pts (1-5)	All Patient-DRG (AP-DRG)	Pts (1-5)	Australian Refined-DRG (AR-DRG)	Pts (1-5)
15. Complétude et "groupes résiduels"	3	mipp n'a pas l'ambition de couvrir la totalité des cas pouvant survenir dans un hôpital. A l'heure actuelle, le système ne couvre qu'un tiers des cas. A moyen terme, l'objectif est de couvrir 80% des cas résidentiels aigus avec env. 200 voies de traitement.	2	En principe, tout le spectre des cas résidentiels aigus est couvert. Le nombre de cas dans les groupes résiduels dépend de la qualité du codage et reste généralement inférieur à 3% lorsque cette qualité est bonne.	5	En principe, tout le spectre des cas résidentiels aigus est couvert. Le nombre de cas dans les groupes résiduels dépend de la qualité du codage et reste généralement inférieur à 3% lorsque cette qualité est bonne.	5
16. Applicabilité en dehors des soins aigus hospitaliers	2	mipp peut aussi trouver une application en dehors des soins aigus hospitaliers. Ainsi, il est possible d'intégrer dans la voie de traitement les soins ultérieurs ambulatoires, les traitements consécutifs ou les mesures de réadaptation.	5	Le système n'a en principe pas été conçu pour l'application en dehors des soins aigus hospitaliers. Une extension du groupeur AP-DRG a été réalisée pour la Suisse.	3	Le système AP-DRG ne convient pas a priori pour une application en dehors des soins aigus hospitaliers. Il n'existe pas encore d'interfaces avec les soins ambulatoires. Aussi bien la réadaptation que la gériatrie sont régies par d'autres systèmes d'indemnisation en Australie, pays d'origine du système, et n'ont donc pas été incluses.	3
17.Documentation requise	3	La documentation standard doit être élargie. Un élargissement des codes de classification est désirable pour certains domaines spécialisés. La documentation standard établie dans le cadre de la statistique fédérale ne couvre qu'en partie les besoins de mipp.	3	AP-DRG a été adapté aux codes de diagnostic et de procédure utilisés en Suisse.	5	Les données nécessaires au regroupement sont recensées par la documentation actuellement introduite en Suisse dans le cadre de la statistique fédérale. L'application pratique du système AR-DRG exige le transfert des codes de procédure.	4
18. Résistance aux manipulations du système	4	Les mécanismes de controlling existants limitent les manipulations possibles, mais l'attribution d'une voie de traitement par décision médicale crée une certaine marge d'interprétation.	3	Les remarques concernant la résistance aux manipulations s'appliquent de manière identique à tous les systèmes DRG. Dans la pratique, il faudra vérifier la qualité de codage ainsi que, par sondages, l'exactitude des indications par cas et par hôpital.	4	Les remarques concernant la résistance aux manipulations s'appliquent de manière identique à tous les systèmes DRG. Dans la pratique, il faudra vérifier la qualité de codage ainsi que, par sondages, l'exactitude des indications par cas et par hôpital.	4
Sous-total			128		122		129

Critère	Pondération (1-5)	Modèle des voies de traitement intégrées (mipp)	Pts (1-5)	All Patient-DRG (AP-DRG)	Pts (1-5)	Australian Refined-DRG (AR-DRG)	Pts (1-5)
Critères généraux							
19. Commodité d'emploi et acceptation par les utilisateurs	4	L'équipe de créateurs qualifie l'acceptation de bonne. Les taux de feedback variables du personnel médical pourraient indiquer une acceptation variable. Les recherches n'ont pas été poussées plus loin à propos de ce critère.	4	Les partenaires interviewés ont jugé l'acceptation excellente. Les recherches n'ont pas été poussées plus loin à propos de ce critère.	4	Les partenaires interviewés ont jugé l'acceptation excellente. Les recherches n'ont pas été poussées plus loin à propos de ce critère.	4
20a. Disponibilité en termes de coûts	1.5	Il faudrait participer aux coûts du développement. A cela s'ajoutent les coûts internes pour l'adaptation des voies de traitement.	2	Jusqu'à présent, la révision du système AP-DRG pour la Suisse a coûté CHF 400'000.- par an. Pour le groupeur, un hôpital de 200 lits doit déboursier une redevance de licence annuelle de l'ordre de CHF 3'000.- (une licence). D'après les déclarations des hôpitaux vaudois, l'introduction du système leur a coûté CHF 500'000.-.	3	Pour le libre emploi du système AR-DRG version 4.1 en Allemagne, le versement d'un forfait unique a été convenu avec le gouvernement australien. Le logiciel de regroupement est vendu par différentes entreprises dans des qualités et à des prix variables.	4
20b. Disponibilité temporelle	1.5	mipp est disponible et l'Hôpital cantonal d'Aarau l'utilise pour le financement. Cependant, il faudra en principe adapter les voies de traitement aux particularités locales du point de vue médical.	3	Le système est disponible. Les poids relatifs des cas doivent cependant être adaptés sur la base de données améliorées et élargies sur les coûts.	4	Le système est introduit en Australie, mais ne peut être utilisé ad hoc en Suisse.	3

Critère	Pondération (1-5)	Modèle des voies de traitement intégrées (mipp)	Pts (1-5)	All Patient-DRG (AP-DRG)	Pts (1-5)	Australian Refined-DRG (AR-DRG)	Pts (1-5)
21. Application informatique	4	Les voies de traitement sont déposées dans une banque de données Microsoft Access et leur intégration dans un Intranet est possible avec la technologie du Web.	3	Un logiciel de groupeurs est disponible, mais l'intégration dans des systèmes de traitement de données existants est également possible. La programmation des groupeurs se fonde sur des arbres de décision.	3	Un logiciel de groupeurs est disponible, mais l'intégration dans des systèmes de traitement de données existants est également possible. La programmation se fonde sur des tables, ce qui est plus transparent que la programmation sur la base d'arbres de décision.	4
Sous-total			35.5		38.5		42.5
Total			317.5		303.5		332.5

Annexe 4: Références bibliographiques et « links »

Etat: 23.1.2002

Système	Application	Documentation
HCFA-DRG, ainsi que SR-DRG et R-DRG	HCFA: Etats-Unis, Irlande, Italie, Portugal, Costa Rica Projet: Grèce	<p>www.ntis.gov (chercher sous les produits avec les mots-clés DRG ou/et grouper) www.irp.com/feds.htm www.irp.com/srdrg.htm www.hcfa.gov/stats/pufiles.htm www.mmm.com/market/healthcare/index.html www.drq.it</p> <p>Coffey, Rosanna M. (1999): Casemix Information in the United States: Fifteen Years of Management and Clinical Experience, in: Casemix Quarterly (1/1), 7-16.</p>
AP-DRG, APR-DRG, IR-DRG	Tchéquie Projet: Bulgarie, Roumanie AP: depuis 1.1.2002, cantons de Vaud et Zurich APR: Belgique, Italie	<p>www.hospvd.ch/public/ise</p> <p>Sonderheft Schweizer Spital (1999): Dossier Fallgruppensysteme. Systèmes de regroupement de cas: APDRG?, in: Schweizer Spital (9/1999), 11-32.</p> <p>Eschmann, E. et al. (2000): Aufwand und Ertrag bei der Codierung von Behandlungen für Fallkostenpauschalen von stationären internistischen Patienten. Studie der Abt. Medizinische Informatik, Dept. Innere Medizin, Universitätsspital Zürich, Schweiz, in: SSIM2000, Proceedings.</p> <p>Fischer, Wolfram (2001): Homogeneity of Nursing Workload Measured by LEP Within AP-DRGs, in: 17th PCS/E / 3rd EFMI-WG1 Conference: Case mix: Global views, local actions, 10-13 October 2001, Brugge, Belgium, 154-161.</p> <p>Fontaine, P. (1999): Using All Patient Refined DRGs for hospital internal and external benchmarking. Experiences with the shift from AP-DRGs to APR-DRGs, in: 15th PCS/E International Working Conference, 21-23 September 1999, Odense, Denmark, 1-13.</p> <p>Krüger, Roger et Jean-Claude Rey (2000): Financement des hôpitaux de soins aigus. Etude d'un système de financement combiné forfait par cas/service et APDRG. Etude réalisée sur mandat du Service de la santé publique du canton du Valais, Prilly: Institut de santé et d'économie Sarl.</p> <p>Krüger, Roger et Jean-Claude Rey (2001): Swiss Cost-Weights Version 3: The Mature Version, in: 17th PCS/E / 3rd EFMI-WG1 Conference: Case mix: Global views, local actions, 10-13 October 2001, Brugge, Belgium, 41-43.</p> <p>Mullin, Robert et al. (2000): Case-Mix Analysis Across Patient Populations and Boundaries: A Refined Classification System Designed Specifically for International Use, White Paper, 3M.</p> <p>Plüss, Hermann (1999): Das APDRG-Tarifmodell, in: Schweizer Spital (4/99), 28-29.</p> <p>Schenker, Luc (2001): APDRGs for One Day Stay in Switzerland, in: 17th PCS/E / 3rd EFMI-WG1 Conference: Case mix: Global views, local actions, 10-13 October 2001, Brugge, Belgium, 87-89.</p>

Système	Application	Documentation
		<p>Vertrees, James et Jean-Claude Rey (2001): Testing I.R. DRG's, in: 17th PCS/E / 3rd EFMI-WG1 Conference: Case mix: Global views, local actions, 10-13 October 2001, Brugge, Belgium, 82-86.</p> <p>Weber, Patrick et al. (2001): Physicians Must Have Easy To Use Tools For Analysing Medical Activity, in: 17th PCS/E / 3rd EFMI-WG1 Conference: Case mix: Global views, local actions, 10-13 October 2001, Brugge, Belgium, 234-240.</p>
GHM	France	<p>www.le-pmsi.fr www.josefsklinik.de/france/index.htm</p> <p>Heller, Michael (2000): Krankenhausfinanzierung in Frankreich (II), in: Das Krankenhaus (2/00), 81-88.</p> <p>Levy-Piedbois, C. et al. (2001): Refining The French DRG/GHM For Oncology Patients Following Chemotherapy, in: 17th PCS/E / 3rd EFMI-WG1 Conference: Case mix: Global views, local actions, 10-13 October 2001, Brugge, Belgium, 248-253.</p> <p>Thomann, Jean (2001): Le système français de GHM, in: Competence. Hospital Management Forum (3/01), 23-28.</p> <p>Trombert-Paviot, Béatrice et al. (1999): Patient Management Categories (PMC), a Casemix Tool Complementary to DRGs: A Synergy to Enhance Clinical Management When DRGs Data Are Available, in: 15th PCS/E International Working Conference, 21-23 September 1999, Odense, Denmark, 1-7.</p>
NordDRG	Finlande, Norvège, Suède, Danemark, Islande	<p>www.well.fi/drg www.kuntaliitto.fi/soster/nord1.html www.sos.se/epc/epceng.htm www.nordclass.uu.se www.pubcare.uu.se/nordwho/verksam/norddrge.htm (WHO Collaboration Centre for the Classification of Diseases in the Nordic Countries, Uppsala) www.info.sum.dk/drg</p> <p>Fischer, Wolfram (1999): Der NordDRG-Grupper – ein flexibles DRG-Gruppierungsprogramm, in: Schweizer Spital (2/99), 25.</p> <p>Hakansson, Stefan (1999): Productivity Changes After Introduction of Prospective Hospital Payments in Sweden, in: 15th PCS/E International Working Conference, 21-23 September 1999, Odense, Denmark, 1-14.</p> <p>Hakansson, Stefan et Carin Gavelin (1999): Experiences of DRGs in Sweden 1985-1999, in: 15th PCS/E International Working Conference, 21-23 September 1999, Odense, Denmark, 1-12.</p> <p>Kiviluoto, Leena (2001): Management Of An Activity Based Funding System For Hospitals - Factors Of Success And New Challenges, in: 17th PCS/E / 3rd EFMI-WG1 Conference: Case mix: Global views, local actions, 10-13 October 2001, Brugge, Belgium, 288-294.</p> <p>Lundgren, Steinar et al. (2000): The Influence of the New Financing Reform on Hospital Casemix in Norway, in: Casemix Quarterly (2/3), 97-104.</p> <p>Sjöli, Per et Lisbeth Serdén (2000): Method studies for developing the NordDRG-system, in: 16th PCS/E International Working Conference: Patient Classification Systems, 27-30 September 2000, Groningen, The Netherlands, 155-160.</p>

<p>AN- et AR-DRG</p>	<p>Australie, Nouvelle-Zélande, Singapour</p> <p>dès 2003 comme G-DRG en Allemagne</p>	<p>www.health.gov.au/hfs/casemix www.nzhis.govt.nz/documentation/index.html</p> <p>DRG en Allemagne: www.g-drg.de (Selbstverwaltung) www.3m-drg.de (DRG Informationen der Firma 3M) www.grdr.de (Deutscher Ärzte-Verlag GmbH)</p> <p>Beeson, David et Norbert Roeder (2000): Moving towards a full case mix system in Germany, in: 16th PCS/E International Working Conference: Patient Classification Systems, 27-30 September 2000, Groningen, The Netherlands, 203-209.</p> <p>Duckett, S.J. (2000): The Development of Australian Refined Diagnosis Related Groups: The Australian Inpatient Casemix Classification, in: Casemix Quarterly (2/4), 115-120.</p> <p>Fischer, Wolfram (2000): Das AR-DRG-System ist klinisch und ökonomisch sehr flexibel, in: f&w (4/2000), 336-337.</p> <p>Frantz, Eckart et Eckart Fleck (2001): Neues Entgeltsystem - ein grosser Wurf? Die Regie der Einführung droht das neue Klinikfinanzierungssystem unbrauchbar zu machen, in: Deutsches Ärzteblatt (98/1-2), A 22-24.</p> <p>Jackson, Terri (2000): ANDRG3 and ARDRG4: How do they compare on resource homogeneity, in: 16th PCS/E International Working Conference: Patient Classification Systems, 27-30 September 2000, Groningen, The Netherlands, 278-286.</p> <p>Königer, Hubert (2000): Studie zum Handlungsbedarf in den deutschen Krankenhäusern für die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems nach § 17b KHG. Studie im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft.</p> <p>Lee, Chien Earn (2000): Casemix implementation in an acute tertiary hospital – the first year experience, in: 16th PCS/E International Working Conference: Patient Classification Systems, 27-30 September 2000, Groningen, The Netherlands, 13-16.</p> <p>Neubauer, Günter (2000): Anforderungen an ein leistungsorientiertes Krankenhausentgeltsystem, in: Das Krankenhaus (3/00), 163-167.</p> <p>Neubauer, Günter et R. Nowy (2000): Analyse der DRG-Fallkostenkalkulation, der Vergütungsfindung und der Zu- und Abschläge in Australien. Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Institut für Gesundheitsökonomik, München.</p> <p>Rochell, Bernhard et Norbert Roeder (2001): Deutschland setzt auf australisches DRG-System, in: Competence. Hospital Management Forum (3/01), 15-22.</p> <p>Rochell, Bernhard et Norbert Roeder (2000): Australian Refined-Diagnosis Related Groups (AR-DRG) - Ein Überblick, in: Das Krankenhaus (8/00), Sonderbeilage.</p>
<p>DBC</p>	<p>Pays-Bas</p>	<p>Hofdijk, Jacob (2001): DBC the base for funding and internal management, in: 17th PCS/E / 3rd EFMI-WG1 Conference: Case mix: Global views, local actions, 10-13 October 2001, Brugge, Belgium, 316-317.</p> <p>Kraanen, E.F. (2001): Case-Mix In The Netherlands: Tool Within The Broader Healthcare Reform, in: 17th PCS/E / 3rd EFMI-WG1 Confer-</p>

		ence: Case mix: Global views, local actions, 10-13 October 2001, Brugge, Belgium, 313-314.
LDF	Autriche	<p>www.bmsg.gv.at/bmsg/relaunch/gesundheit/welcome.htm → Krankenanstalten</p> <p>Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen (2001): Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung LKF. Systembeschreibung, www.bmsg.gv.at/bmsg/relaunch/gesundheits/content/gesundheits/krankenanstalten/lkf_dl2001.htm.</p> <p>Fischer, Wolfram (1997): Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung in Österreich, in: PCS News 26, April 97, www.hospvd.ch/public/ise/de/bucher/pcs26/fischera.htm.</p>
MIPP	Hôpital cantonal Aarau, Suisse	<p>www.mipp.ch (Publikationsliste) www.lbf.at</p> <p>Secrétariat central mipp (2000): Finanzierung auf der Basis von Behandlungsstandards. Fallpreispauschalen nach dem Modell integrierter Behandlungsstandards mipp, Aarau: édition propre.</p> <p>Secrétariat central mipp (2001): Neues Spitalfinanzierungsmodell auf der Basis von Behandlungsstandards. Evaluation der Phase 1.7.2000 bis 30.6.2001 des Pilotprojekts: Fallpreispauschalen nach dem Modell integrierter Patientenpfade mipp, Aarau: édition propre.</p> <p>Rieben, Erwin et al. (1999): Mipp – ein zukunftsweisendes Modell für integrales Spitalmanagement, in: Schweizer Spital (12/99), 26-31.</p> <p>Rieben, Erwin et al. (1999): Mipp: Ein Modell integrierter Patientenpfade aus der Schweiz, in: Das Krankenhaus (11/99), 721-724.</p>

Documentation sur les systèmes de regroupement de cas en général:

www.dkgev.de (Deutsche Krankenhausgesellschaft)
www.wido.de (Wissenschaftliches Institut der AOK)
www.dimdi.de (Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information)
www.dhzb.de/DRG.htm (Deutsches Herzzentrum Berlin)
www.medizin.uni-koeln.de/kai/igmg (Universität Köln)
<http://drg.uni-muenster.de> (Universitätsklinikum Münster)
www.mydrg.de (Fachhochschule Osnabrück)
<http://fis.medinf.mu-luebeck.de> (Medizinische Universität Lübeck)
www.fischer-zim.ch (Zentrum für Informatik und wirtschaftliche Medizin, Wolfertswil), insbesondere „Streiflichter“
www.medinfoweb.de/drg (Portal für Informatik, Ökonomie und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen)
www.drgonline.de
www.de-drg.de
www.medizininformatik-treffpunkt.de

Arnold, Michael et al. (Hrsg., 2001): Krankenhaus-Report 2000. Schwerpunkt: Vergütungsreform mit DRGs, Stuttgart/New York: Schattauer.

Averill, Richard F. et al. (1998): The Evolution of Casemix Measurement Using Diagnosis Related Groups (DRGs), 3M HIS Working Paper 5/98.

- Dänzer, Alfred et Uwe Pfaff (1999): DRG-Klassifizierungssystem – Ein Zukunftsmodell?, in: Das Krankenhaus (10/99), 649-653.
- Freeman, Jean L. et al. (1995): Diagnosis-Related Group Refinement with Diagnosis- and Procedure-Specific Comorbidities and Complications, in: Medical Care (33/8), 806-827.
- Jürgensen, Urban (2001): Can DRG Be Used As A Tool For Benchmarking And Quality Improvement In Healthcare? in: 17th PCS/E / 3rd EFMI-WG1 Conference: Case mix: Global views, local actions, 10-13 October 2001, Brugge, Belgium, 330-337.
- Paccaud, Fred et Luc Schenker (Hrsg., 1989): D.R.G. (Diagnosis Related Groups). Perspectives d'utilisation, Paris: Editions Alexandre Lacassagne.
- Pföhler, Wolfgang (1999): Die Zukunft der DRGs aus Sicht der DKG, in: Das Krankenhaus (11/99), 699-703.
- Reid, Beth et George Palmer (2001, seulement résumé): Guidelines For Evaluating DRG-Based Casemix Systems, in: 17th PCS/E / 3rd EFMI-WG1 Conference: Case mix: Global views, local actions, 10-13 October 2001, Brugge, Belgium, 261-262.
- Rodrigues, Jean Marie et al. (2001): DRG Information System, Healthcare reforms and innovation of management in the Western Countries during the 90s: Where are the key success factors? in: 17th PCS/E / 3rd EFMI-WG1 Conference: Case mix: Global views, local actions, 10-13 October 2001, Brugge, Belgium, 338-346.
- Rodrigues, Jean Marie et al. (2001): Les systèmes DRG en Europe et dans le monde, in: Competence. Hospital Management Forum (3/01), 9-12.
- Sell, Stefan (2000): Einführung eines durchgängig (fall)pauschalierenden Vergütungssystems für Krankenhausleistungen auf DRG-Basis. Eine Literaturübersicht, in: Sozialer Fortschritt. Unabhängige Zeitschrift für Sozialpolitik (5/00), 102-115.
- Wagner, Judith (1999): Medizinische Klassifikationen und Fallgruppensysteme. Ein Überblick, in: Schweizer Spital (9/99), 4-9.
- Wagner, Judith et Wolfram Fischer (1999): Neues zum Thema Patientenklassifikationssysteme, in: Schweizer Spital (12/99), 22-25.

Comparaisons de différents systèmes/pays:

The Danish Ministry of Health (1999): Hospital Funding and Casemix, Copenhague: édition propre.

Inclus dans la comparaison: Etats-Unis, Norvège, Suède, Finlande, Danemark, Allemagne, Belgique, Grande-Bretagne, Irlande, France, Italie, Portugal, Canada, Australie, Nouvelle-Zélande

Fischer, Wolfram (2000): A Comparison of PCS Construction Principles of the American DRGs, the Austrian LDF System, and the German FP/SE System, in: Casemix Quarterly (2/1), 12-20.

Inclus dans la comparaison: HCFA-DRG, LDF, FP/SE Allemagne

Fischer, Wolfram (2000): Diagnosis Related Groups (DRG's) und verwandte Patientenklassifikationssysteme, Wolfertswil: Zentrum für Informatik und wirtschaftliche Medizin.

Inclus dans la comparaison: HCFA-DRG, RDRG, AP-DRG, APR-DRG, IAP-DRG, NordDRG, GHM, AR-DRG, LDF

Fischer, Wolfram (1999): Diagnosis Related Groups (DRGs) im Vergleich zu den Patientenklassifikationssystemen von Österreich und Deutschland. Eine problemzentrierte Diskussion von Patientenklassifikationssystemen für stationäre Akutbehandlungen im Hinblick auf deren

Verwendung in Vergütungssystemen, Wolfertswil: Zentrum für Informatik und wirtschaftliche Medizin.

Inclus dans la comparaison: HCFA-DRG, AP-DRG, APR-DRG, LDF, FP/SE Allemagne

Fischer, Wolfram (1998): Vergleich von Patientenklassifikationssystemen für fallorientierte Entgeltsysteme. Ein Blick auf die amerikanischen DRG-Systeme, das österreichische LDF-System und das deutsche FP/SE-System. Kurzgutachten erstellt im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Wolfertswil: Zentrum für Informatik und wirtschaftliche Medizin.

Inclus dans la comparaison: DRG, en particulier AP-DRG, LDF, FP/SE

Fischer, Wolfram (1997): Patientenklassifikationssysteme zur Bildung von Behandlungsfallgruppen im stationären Bereich: Prinzipien und Beispiele. BSV-Forschungsbericht 1/97, Bern: EDMZ.

Inclus dans la comparaison: DRG, PMC, Disease Staging, Grande-Bretagne, Allemagne, Autriche.

Frantz, Eckart et al. (2001): DRGs in der Kardiologie. Aktueller Stand und Vergleich zu Australien, Präsentation auf 59 Folien unter www.dhzb.de/DRG.htm

Inclus dans la comparaison: Australie, Allemagne

Lenz, Max (1999): Evaluation von Patientenklassifikationssystemen im Bereich Rehabilitation, Zürich: LENZ.

Lüngen/Lauterbach (2000): Nutzung von DRG im internationalen Vergleich, in: Der Chirurg (71), 1288-1295.

Neubauer, Günter et R. Nowy (2000): Wege zur Einführung eines leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems für operative und konservative Krankenhausleistungen in Deutschland. Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Institut für Gesundheitsökonomik München.

Inclus dans la comparaison: Belgique, France, Grande-Bretagne, Italie, Norvège, Autriche, Portugal, Suède, Suisse

Neubauer, Günter et P. Rehermann (1995): Fallpauschalen im internationalen Vergleich. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, München.

Oggier, Willy (1999): APDRG oder MIPP: Welches Entschädigungsmodell für die Spitäler in der Schweiz? Einige Gedanken aus gesundheitsökonomischer Sicht. Kurz-Analyse im Auftrag der Geschäftsstelle MIPP, St. Gallen.

Inclus dans la comparaison: APDRG, MIPP

Rochell, Bernhard (1999): Fallgruppierung im deutschen Entgeltsystem, in: Das Krankenhaus (5/99), 281-290.

Inclus dans la comparaison: LDF, AP-DRG

Roeder, Norbert et Bernhard Rochell et al. (2000): Empirischer Vergleich von Patientenklassifikationssystemen auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) in der Herzchirurgie. Zwischenbericht zum Projekt. Stand: 5. Mai 2000, Westfälische Wilhelms-Universität Münster; THG-Chirurgie, Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefässchirurgie (DGTHG); Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG).

Inclus dans la comparaison: HCFA-DRG, AP-DRG, GHM, R-DRG, APR-DRG, AR-DRG, IAP-DRG, IAP-DRG, LDF

Rochell, Bernhard und Norbert Roeder (2000): Vergleichende Betrachtung und Auswahl eines Patientenklassifikationssystems auf der Grundlage der Diagnosis Related Groups (I + II), in: Das Krankenhaus (4 + 5/2000), 261-268 und 349-358.

Inclus dans la comparaison: HCFA, NordDRG, HRG, AP-DRG, DBC, AN-DRG, GHM, AR-DRG, IAP-DRG, R-DRG, APR-DRG, LDF

Roger France, Francis H. et al. (Hrsg., 2001): Case-Mix: Global Views, Local Actions. Evolution in Twenty Countries (Studies in Health Technology and Informatics, Vol. 86), Amsterdam usw.: IOS Press.

Inclus dans la comparaison: Australie, Autriche, Belgique, Danemark, Finlande, France, Allemagne, Grande-Bretagne, Irlande, Japon, Corée du Sud, Mexique, Pays-Bas, Roumanie, Russie, Afrique du Sud, Espagne, Suède, Suisse, Etats-Unis.

Documentation sur la réunion d'experts: mipp et AP-DRG. Les instruments du financement hospitalier de l'avenir? du 15.5.2000 à Zurich.

Inclus dans la comparaison: mipp, AP-DRG

Annexe 5: Membres du groupe de rédaction du rapport "Comparaison d'une sélection de systèmes de regroupement de cas"

Dr Judith Wagner	Chef du Département informatique et statistiques hospitalières jusqu'au 31.5.2002, H+ (experte)
Dr Simon Hölzer	Chef du Département informatique et statistiques hospitalières à partir du 1.5.2002, H+ (depuis 1.1.2002)
Dr Walter Bosshard	Département Management Support, H+ (jusqu'au 30.4.2002)
Pascal Besson	Département Management Support, H+ (depuis le 1.2.2002)
Michael Jordi	Chef du Département économie et information sur la santé, CDS (codirecteur du projet)
Andrea Nagel-Drdla	Département économie et information sur la santé, CDS (coordination et rédaction)

Adresses de contact:

H+ Les Hôpitaux de Suisse

Lorrainestrasse 4A
Case postale 302
3000 Berne 11

031/335 11 11
www.hplus.ch

Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires
Weltpoststrasse 20
Case postale
3000 Berne 15

031/356 20 20
www.sdk-cds.ch

Personnes à contacter:

Simon Hölzer

simon.hoelzer@hplus.ch

Andrea Nagel

andrea.nagel@sdk-cds.ch