

Concept pour la recherche concomitante à l'occasion de l'introduction de SwissDRG [1]

# SwissDRG: nécessité d'un monitorage pour une politique de la santé durable

Beatrix Meyer<sup>a</sup>,  
Heinz Locher<sup>b</sup>, Fred Paccaud<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Service tarifaire FMH,  
domaine SwissDRG, Olten

<sup>b</sup> Heinz Locher Management  
& Consulting Services, Berne

<sup>c</sup> IUMSP (Institut universitaire  
de médecine sociale  
et préventive) CHUV et  
Université de Lausanne,  
Lausanne

## Etablir rapidement une recherche concomitante – le temps presse

Au 1<sup>er</sup> janvier 2012 au plus tard, les forfaits par cas seront introduits dans tous les hôpitaux de Suisse. C'est ainsi qu'il en a été décidé lors de la révision de la Loi sur l'assurance-maladie. L'introduction du système de forfaits par cas SwissDRG dans le domaine des soins aigus hospitaliers est associée à beaucoup d'attentes mais aussi à certaines peurs. Les attentes se trouvent en particulier du côté des directeurs de la santé qui espèrent pouvoir identifier, par le biais de SwissDRG, les hôpitaux manquant d'efficacité. Les angoisses sont plutôt émises par les fournisseurs de prestations mais aussi par les organisations de patients, qui craignent une perte de qualité ou que certaines spécialités soient injustement mises sous une pression mettant la sécurité des soins en danger.

Afin de détecter suffisamment tôt les incitatifs erronés, de mettre en place rapidement des mesures adéquates et d'éviter ainsi d'éventuels effets indésirables, la mise sur pied d'une recherche concomitante est indispensable. Cette dernière doit être instaurée un an au plus tard avant l'introduction de SwissDRG, afin de permettre une comparaison «avant-après» de la situation. Et comme le temps presse, la FMH a déjà élaboré, épaulée par des experts, un concept pour la recherche concomitante à l'occasion de l'introduction de SwissDRG [2].

## Que faut-il analyser dans le cadre de la recherche concomitante?

Pour répondre à la question de savoir ce que la recherche concomitante doit exactement analyser, il convient de faire la distinction en trois aspects ou domaines différents: la sécurité des patients et la qualité des soins, la situation des groupes professionnels concernés et le système de santé dans son ensemble. Les tableaux 1a à 1c ci-après présentent pour chacun de ces domaines les indicateurs régissant la collecte et l'analyse des données.

## SwissDRG SA, l'organisme responsable principal, le déroulement effectif par le Fonds national suisse

Pour définir la responsabilité dans le cadre de cette recherche, les bases légales disponibles permettent d'envisager différents cas de figure [3]. Ainsi, serait-il pos-

sible de confier la responsabilité de ce projet à SwissDRG SA ou à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Nous recommandons cependant de désigner SwissDRG SA comme organisme principal en charge de la recherche concomitante, tout en laissant la responsabilité générale à l'OFSP pour ce qui concerne l'évaluation des effets de la LAMal. Dans le cadre de la recherche concomitante, le conseil d'administration de SwissDRG SA peut fixer les thèmes à analyser en fonction du concept [4]. Le déroulement de l'activité effective de recherche devrait être confié au Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNS). Le FNS se chargerait de la mise au concours. Un jury sélectionné par le FNS, ou un Conseil national de la recherche, pourra vérifier les requêtes soumises et décider laquelle choisir [5]. Cette réglementation permet d'associer les avantages de la pratique et de la légitimation en matière de politique de la santé de SwissDRG SA à la réputation élevée du FNS en sa qualité d'autorité scientifique.

## Financement mixte

Le financement de la recherche concomitante devrait être assuré par différentes sources. Les bases statistiques (en particulier les statistiques médicales et administratives des hôpitaux) et le devoir de contribuer à un registre pourront ainsi être exigés [6]. Les coûts en décluant rentreront dans les coûts d'exploitation des hôpitaux. La garantie des mesures accompagnant la recherche concomitante au sens strict fait partie du mandat aux partenaires tarifaires [7], raison pour laquelle le financement devrait également être assuré par le biais d'une contribution par cas [8]. Le monitorage en général pourra être financé par les moyens que l'OFSP a déjà budgétisés pour l'évaluation des effets de la LAMal [9]. Et finalement, il faudra également faire appel aux sources de financement lié à la recherche mises habituellement à disposition (recherche libre, fonds nationaux, tiers).

## Politique de la santé durable grâce à un monitorage à long terme

Il est important de considérer la recherche concomitante comme une tâche permanente et non seulement comme une évaluation de la phase d'introduction de SwissDRG. La politique de santé ne pourra être durable que si les données pertinentes sont mises à dis-

Correspondance:  
Beatrix Meyer  
Tarifdienst FMH  
Gösserstrasse 8  
CH-4600 Olten  
Tel. 062 287 96 96  
[swissdrg@fmh.ch](mailto:swissdrg@fmh.ch)

position pour fournir les bases décisionnelles requises. Ces bases seront créées en inscrivant la recherche concomitante dans le long terme. Seulement après la mise en place d'une recherche concomitante crédible, la politique aura à disposition un instrument lui permettant de pratiquer une politique de santé à même de garantir à long terme la qualité des soins aux patients, à des coûts raisonnables, tout au long de la chaîne de soins. La FMH va soumettre son concept à SwissDRG SA et nous espérons que les recommandations pourront être mises en œuvre.

### Récapitulation des recommandations pour la recherche concomitante

1. Les travaux portant sur la recherche concomitante à l'occasion de la mise en œuvre de SwissDRG doivent être entrepris sans délai. Il s'agit en effet de s'assurer que les données nécessaires soient collectées à temps avant l'introduction des SwissDRG. Il faut donc établir la recherche concomitante d'ici au 1<sup>er</sup> janvier 2011 au plus tard.
2. La notion de «recherche concomitante» est à prendre dans un sens très large; elle doit comprendre tous les aspects de la recherche en matière de soins (health services research) dans le système de santé suisse qui sont d'une importance particulière lors de la mise en œuvre de SwissDRG.
3. La recherche concomitante et la recherche en matière de soins doivent être comprises comme une tâche permanente et non seulement comme une évaluation de la phase d'introduction.
4. Il s'agit notamment de distinguer les trois aspects suivants:
  - a. La sécurité des patients et la qualité des soins.
  - b. La situation des groupes professionnels concernés.
  - c. Le système de santé dans son ensemble.
5. Les indicateurs donnés en annexe doivent être traités en considérant qu'ils ont une valeur équivalente.
6. SwissDRG SA doit être désignée comme organisme responsable principal.
7. Le déroulement de l'activité effective de recherche doit être confié au Fonds national suisse de la recherche scientifique.

8. Le financement doit être assuré par différentes sources:
  - a. les frais d'exploitation facturables des hôpitaux fournisseurs de prestations (notamment pour la statistique médicale et administrative des hôpitaux)
  - b. un supplément par cas DRG
  - c. les moyens budgétisés par la Confédération pour l'évaluation des effets de la LAMal
  - d. d'autres fonds liés à la recherche.

### Références:

- 1 Cet article est basé sur le rapport suivant présentant un complément d'informations détaillées: Bovier P, Burnand P, Guillain H, Paccaud F, Vader JP, Locher H, Meyer B (2009): Concept pour la recherche concomitante à l'occasion de l'introduction de SwissDRG, [www.fmh.ch](http://www.fmh.ch) → Tarifs → SwissDRG → Recherche concomitante.
- 2 Cf. Bovier P, Burnand B, Guillain H, Paccaud F, Vader JP, Locher H, Meyer B (2009): Concept pour la recherche concomitante à l'occasion de l'introduction de SwissDRG, [www.fmh.ch](http://www.fmh.ch) → Tarifs → SwissDRG → Recherche concomitante.
- 3 Pour la réalisation et la responsabilité de la recherche concomitante, la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) ainsi que les relevées statistiques de la Confédération constituent d'importantes bases légales, cf. art. 32 et art. 59d al. 1 lit. b et c LAMal, art. 22 a, art. 23, art 58 OAMal et l'annexe de l'ordonnance du 30 juin 1993 concernant l'exécution des relevées statistiques de la Confédération.
- 4 Cf. Bovier P, Burnand B, Guillain H, Paccaud F et. al. (2009): Concept pour la recherche concomitante à l'occasion de l'introduction de SwissDRG, [www.fmh.ch](http://www.fmh.ch) → Tarifs → SwissDRG → Recherche concomitante.
- 5 Sur la base du règlement SystemX.ch, cf. [http://www.snf.ch/SiteCollectionDocuments/systemsx\\_reglement\\_f.pdf](http://www.snf.ch/SiteCollectionDocuments/systemsx_reglement_f.pdf)
- 6 Cf. l'ordonnance concernant les relevées statistiques (RS 431.012.1) et les conditions émises dans l'annexe 2 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), tout particulièrement au sujet du devoir de contribuer au registre.
- 7 Cf. art. 59d al. 1 lit. b et c LAMal.
- 8 Contribution par cas au sens de l'art. 49 al. 2 LAMal / Art. 59e OAMal.
- 9 Cf. art. 32 OAMal.

Tableau 1a

Indicateurs recommandés pour suivre les répercussions possibles suite à la généralisation du financement des séjours hospitaliers par les SwissDRG (Tableau extrait de: Bovier P, Burnand B, Guillain H, Paccaud F, Vader JP, Locher H, Meyer B (2009): Concept pour la recherche concomitante à l'occasion de l'introduction de SwissDRG, www.fmh.ch → Tarifs → SwissDRG → Recherche concomitante)

Thématique	Indice de disponibilité/validité <sup>1</sup>	Source des données	Type d'indicateur	Mesures spécifiques
<i>Indicateurs pour les patients</i>				
Durée de séjour	1	Statistique médicale et statistique administrative des hôpitaux, OFS	Processus	<i>durée de séjour moyenne: selon le type d'établissement (hôpitaux universitaires, hôpitaux cantonaux, hôpitaux pour les soins de base, cliniques spécialisées)</i>
Qualité des soins	1	Statistique médicale des hôpitaux, OFS	Résultat	<i>taux de mortalité intra-hospitalière spécifique: mortalité intra-hospitalière pour chirurgie élective (IQI 8-14), mortalité intra-hospitalière spécifique pour infarctus du myocarde (IQI 15), insuffisance cardiaque congestive (IQI 16), accident vasculaire-cérébral (IQI 17), hémorragie digestive (IQI 18), fracture du col du fémur (IQI 19), pneumonie (IQI 20)</i>
Sécurité des patients	1	Statistique médicale des hôpitaux, OFS	Résultat	<i>taux de sur- sous-utilisation potentielle: césarienne (IQI 21), accouchement par voie basse après une césarienne (IQI 22), cholécystectomie par laparoscopie (IQI 23), pontage aorto-coronairien (IQI 26), angioplastie coronaire (IQI 27), hysterectomie (IQI 28), laminectomie/fusion脊 spine (IQI 29)</i>
Accès aux soins	1	Statistique médicale des hôpitaux, OFS; base de données complémentaires	Structure	<i>taux d'événements iatrogènes potentiellement évitables<sup>3</sup>: infection par cathéter lié aux soins médicaux (PSI 7), désordre physiologique et métabolique post-opératoire (PSI 10), embolie pulmonaire/thrombose veineuse profonde post-opératoire (PSI 12), septicémie post-opératoire (PSI 13), accidents transfusionsnels (PSI 16), traumatisme du nouveau-né (PSI 17), traumatisme obstétrical lors d'accouchement par voie basse/ césarienne (PSI 18-20), ré-intervention potentiellement évitable<sup>4</sup>, réadmission potentiellement évitable<sup>5</sup></i>
Taux d'erreurs médicales	2	Etude ponctuelle: revue de dossiers médicaux	Résultat	<i>taux d'admission pour des affections potentiellement traitables en ambulatoire<sup>6</sup>; syndrome pulmonaire obstructif chronique (PQI 5), hypertension artérielle (PQI 7), insuffisance cardiaque congestive (PQI 8), pneumonie communautaire (PQI 11), infection urinaire (PQI 12), décompensation diabétique aiguë (PQI 14), taux d'admission pour asthme (PQI 15)</i>
Satisfaction des patients	2	Etudes ponctuelles	Résultat	<i>taux d'admission pour une affection potentiellement évitable en l'absence de délai pour la prise en charge hospitalière:</i>
Sur- et sous-utilisation des soins	2	Etudes ponctuelles	Processus	<i>admission pour appendicite perforée (PQI 2)</i>
Délais d'attente pour interventions chirurgicales électives	2	Etude ponctuelle	Structure	<i>taux d'événements indésirables évitables lié à un médicament ou à une intervention chirurgicale; méthodologie disponible<sup>7</sup></i>
Conformité aux recommandations/ processus de soins	2	Etude ponctuelle: revue de dossiers médicaux	Processus	<i>pas de questionnaire validé et librement utilisable pour toute la Suisse actuellement disponible<sup>8</sup></i>
				<i>méthodologie disponible et applicable (autres interventions que celles mentionnées plus haut)</i>
				<i>nécessité de développer/valider une méthodologie pour la Suisse (définition univoque)</i>
				<i>taux de conformité pour la prise en charge de l'infarctus aigu du myocarde, de l'insuffisance cardiaque et de la pneumonie; méthodologie disponible, qui doit être adaptée à la Suisse<sup>9</sup></i>

Tabelle 1a  
Suite

Thématique	Indice de disponibilité/validité <sup>1</sup>	Source des données	Type d'indicateur	Mesures spécifiques
<i>Indicateurs pour les patients</i>				
Stabilité du patient à la sortie de l'hôpital	2	Etude ponctuelle: revue de dossiers médicaux	Résultat	méthodologie disponible, qui doit être adaptée à la Suisse <sup>10</sup>
Coûts à la charge du patient	3	Etude ponctuelle	Structure	nécessité de disposer de données concernant les soins ambulatoires (données TARMED) <sup>11</sup>

<sup>1</sup> indice de disponibilité/validité: 1: indicateur/ensemble de mesures spécifiques validé et disponible sur la base des données récoltées de routine; 2: indicateur/ensemble de mesures spécifiques validé, mais pas disponible sur la base des données récoltées de routine ou qui nécessite un travail de développement/adaptation; 3: indicateur/ensemble de mesures spécifiques potentiel, mais pas disponibles sur la base des données récoltées de routine et qui nécessite un travail de développement et d'adaptation.

<sup>2</sup> choix d'indicateurs développés par l'AHRQ (Inpatient Quality Indicators); la définition des indicateurs est disponible dans l'Annexe 6 du concept mentionné plus haut www.fmh.ch → Tarifs → SwissDRG → Recherche concomitante.

<sup>3</sup> choix d'indicateurs développés entre autres par l'AHRQ (Patient Safety Indicators); la définition des indicateurs est disponible dans l'Annexe 7 du concept mentionné plus haut www.fmh.ch → Tarifs → SwissDRG → Recherche concomitante.

<sup>4</sup> indicateurs validés en Suisse (cf. Halton P, Eggi Y, Matter M, Kallay C, van Melle G, Burnand B. Risk-adjusted rates for potentially avoidable reoperations were computed from routine hospital data. Journal of clinical epidemiology. 2007 Jan;60(1):56-67).

<sup>5</sup> indicateur validé en Suisse (cf. Halton P, Eggi Y, van Melle G, Chevalier J, Wasserfallen JB, Burnand B. Measuring potentially avoidable hospital readmissions. Journal of clinical epidemiology. 2002 Jun;55(6):573-87 et Halton P, Eggi Y, Preter-Rohrbach I, Meylan D, Marazzi A, Burnand B. Validation of the potentially avoidable hospital readmission rate as a routine indicator of the quality of hospital care. Medical care. 2006 Nov;44(11):972-81)).

<sup>6</sup> choix d'indicateurs proposé par l'AHRQ (Prevention Quality Indicators) reflétant la qualité des soins ambulatoires et/ou les difficultés d'admission en milieu hospitalier; la définition des indicateurs est disponible dans l'Annexe 4 du concept mentionné plus haut www.fmh.ch → Tarifs → SwissDRG → Recherche concomitante.

<sup>7</sup> cf. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. The New England journal of medicine. 1991 Feb 7;324(6):370-6 et Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. The New England journal of medicine. 1991 Feb 7;324(6):377-84 et Michel P, Quenon JL, Dijhoud A, Tricaud-Vialle S, de Sarasqeta AM. French national survey of inpatient adverse events prospectively assessed with ward staff. Quality & safety in health care. 2007 Oct;16(5):369-77

<sup>8</sup> le questionnaire doit inclure les dimensions de l'accès aux soins (hôpital de soins aigus), de la communication soignant-patient (par ex.: explications avant les procédures/interventions), de l'attente aux urgences lors de l'admission.

<sup>9</sup> cf. Williams SC, Schmaltz SP, Morton DJ, Koss RG, Loeb JM. Quality of care in U.S. hospitals as reflected by standardized measures, 2002-2004. The New England journal of medicine. 2005 Jul 21;353(3):255-64.

<sup>10</sup> cf. Kosecoff J, Kahn KL, Rogers WH, Reinisch EJ, Sherwood ML, Rubenstein LV, et al. Prospective payment system and impairment at discharge. The 'quicker-and-sicker' story revisited. JAMA. 1990 Oct 17;264(15):1980-3.

<sup>11</sup> les réseaux de médecins de premier recours pourraient être sollicités pour la phase de développement et de validation (par ex.: réseau Sentinella de l'OFSP, réseaux de médecins généralistes des Instituts universitaires de médecine générale).

**Tableau 1b**

Indicateurs recommandés pour suivre les répercussions possibles suite à la généralisation ou financement des séjours hospitaliers par les SwissDRG ( Tableau extrait de: Bovier P, Burnand B, Guillain H, Paccaud F, Vader JP, Locher H, Meyer B (2009): Concept pour la recherche concomitante à l'occasion de l'introduction de SwissDRG, www.fmh.ch → Tarifs → SwissDRG → Recherche concomitante)

Thématique	Indice de disponibilité/validité <sup>1</sup>	Source des données	Type d'indicateur	Measures spécifiques/Remarques
<i>Indicateurs pour les professionnels de la santé</i>				
Attractivité des professions médicales hospitalières	1	Statistiques de la FMH	Structure	taux de médecins intra-hospitaliers en formation; taux des intentions de spécialisation lors des stages hospitaliers; suivi de la démographie des médecins hospitaliers (sexe, âge, lieu d'obtention du diplôme)
Qualité de l'enseignement post-gradué et possibilités de formation continue	1	Statistiques de la FMH	Structure	questionnaire d'évaluation des lieux de formation accrédités par la FMH
Conditions et charge de travail (satisfaction professionnelle)	2	Etude ponctuelle: enquête quantitative	Structure	nécessité de développer/adapter un instrument de mesure multidimensionnel, qui rend compte de plusieurs aspects de la satisfaction professionnelle <sup>2</sup>
Complexité des cas traités	3	Etude ponctuelle: revue de dossier	Processus	nécessité de développer/valider un indicateur; méthodologie disponible qui peut être adaptée à la Suisse <sup>3</sup>
Conflits d'intérêts entre nécessités médicales et économiques (liberté de traitement)	2-3	Etude ponctuelle: groupe de discussion, enquête	Processus	certains aspects peuvent être évalués au travers de la satisfaction professionnelle

<sup>1</sup> indice de disponibilité/validité: 1: indicateur/ensemble de mesures spécifiques validé et disponible sur la base des données récoltées de routine; 2: indicateur/ensemble de mesures spécifiques validé, mais pas disponible sur la base des données récoltées de routine ou qui nécessite un travail de développement/adaptation; 3: indicateur/ensemble de mesures spécifiques potentiel, mais pas disponible sur la base des données récoltées de routine et qui nécessite un travail de développement et d'adaptation.

<sup>2</sup> satisfaction vis-à-vis de la charge de travail, du travail administratif, de ses loisirs, des relations avec les patients, de la stimulation intellectuelle, de son revenu, de sa position sociale, de l'autonomie de traitement ou d'accès aux spécialistes, de la qualité des soins qu'il peut prodiguer, des relations avec les autres soignants, des opportunités de formation continue.

<sup>3</sup> cf. Keeler EB, Kahn KL, Draper D, Sherwood MJ, Rubenstein LV, Reinisch EJ, et al. Changes in sickness at admission following the introduction of the prospective payment system. *Jama*. 1990 Oct 17;264(15):1962-8.

**Tableau 1c**  
Indicateurs recommandés pour suivre les répercussions possibles suite à la généralisation du financement des séjours hospitaliers par les SwissDRG (Tableau extrait de: Bovier P, Burnand B, Guillain H, Paccaud F, Vader JP, Locher H, Meyer B (2009): Concept pour la recherche concomitante à l'occasion de l'introduction de SwissDRG, www.fmh.ch → Tarifs → SwissDRG → Recherche concomitante)

Thématique	Indice de disponibilité/validité <sup>1</sup>	Source des données	Type d'indicateur	Mesures spécifiques/Remarques
<i>Indicateurs pour le système de santé et l'organisation des soins</i>				
Transferts des cas vers des infrastructures de longs séjours ou vers l'ambulatoire	1	Statistique (administrative) des hôpitaux, OFS	Structure	volumes d'hospitalisations, lieux de séjour avant l'admission et après la sortie selon les différents types d'établissements <sup>2</sup>
Transferts du secteur stationnaire vers l'ambulatoire (cabinets médicaux ambulatoires ou activité ambulatoire en hôpitaux de soins aigus)	3	Statistique (administrative) et médicale des hôpitaux, statistique des assureurs malades et accidents, autres statistiques, selon disponibilité	Processus (Structure) (Résultat)	analyses de données consolidées en provenance des institutions de soins (hôpitaux, réadaptation...), des médecins et des caisses malades <sup>3</sup> , concept, approche, méthodologie à développer
Phénomène de sélection des cas (par ex.: limitation de l'offre de soins pour certaines interventions chirurgicales)	1	Statistique médicale des hôpitaux, OFS	Structure	taux de procédures/interventions médico-chirurgicales; résection œsophagienne, résection pancréatique, préparation d'anévrysme abdominal, pontage aorto-coronaire, coronaire, endartériectomie carotidienne <sup>4</sup>
Modifications des interventions effectuées en ambulatoire	1	Statistique médicale des hôpitaux, OFS	Structure	taux d'interventions/procédures qui peuvent être pratiquées en moins de 24 heures; indicateurs et méthodologie développés en Suisse <sup>5</sup>
Fermeture ou regroupement d'hôpitaux	1	Statistique (administrative) des hôpitaux, OFS	Structure	nombre et types d'établissements par canton
Coûts de la santé	1	Statistique (administrative) des hôpitaux, OFS	Structure	analyse sur la base de modèles <sup>6</sup> économiques déjà publiés; études ponctuelles sur la relation entre coûts effectifs et «tarif» DRG
Répartition des technologies sanitaires de pointe et de leur implantation entre les hôpitaux	2	Statistique (administrative) des hôpitaux, OFS	Structure	analyse descriptive des procédures nécessitant les technologies de pointe; enquête ponctuelle si nécessaire
Recherche scientifique, innovation en technologies de la santé, implantation de nouvelles technologies sanitaires	3	Etude ponctuelle	Structure	méthodologie à développer

<sup>1</sup> indice de disponibilité/validité: 1: indicateur/ensemble de mesures spécifiques validé et disponible sur la base des données recollées de routine; 2: indicateur/ensemble de mesures spécifiques validé, mais pas disponible sur la base des données recoltées de routine ou qui nécessite un travail de développement/adaptation; 3: indicateur/ensemble de mesures spécifiques potentiel, mais pas disponible sur la base des données recoltées de routine et qui nécessite un travail de développement et d'adaptation.

<sup>2</sup> étude des transferts entre hôpitaux possible grâce à l'identifiant unique des patients; par contre, pas de lien possible avec l'ambulatoire, nécessité de développer une méthodologie spécifique à cet effet; les réseaux de médecins de premier recours pourraient être sollicités pour la phase de développement et de validation (par ex: réseau Sentinel de l'OFSP, réseaux de médecins généralistes des Instituts universitaires de médecine générale).

<sup>3</sup> création d'une instance neutre qui serait mandatée pour assembler et anonymiser les données des différentes sources considérées.

<sup>4</sup> choix d'indicateurs développés par l'AHRQ (Inpatient Quality Indicators), la définition des indicateurs est disponible dans l'Annexe 5 du concept mentionné plus haut www.fmh.ch → Tarifs → SwissDRG → Recherche concomitante.

<sup>5</sup> cf. Gilliard N, Egli Y, Halfon P. A methodology to estimate the potential to move inpatient to one day surgery. BMC health services research. 2006;6:78.  
<sup>6</sup> cf. Farsi M, Filippini M. Effects of ownership, subsidization and teaching activities on hospital costs in Switzerland. Health economics. 2008 Mar;17(3):335-50.