

## 4 Description des chiffres-clés répertoriés

La partie « Tableaux » présente une sélection de chiffres-clés pour chaque hôpital, en Suisse. Les établissements sont répertoriés dans l'ordre alphabétique par canton, par type d'établissement et par nombre décroissant de jours de soins prodigués en 2021. Dans les *Données générales sur les établissements*, figurent le nom et l'adresse de l'établissement ainsi que le canton sous la responsabilité duquel il est placé. On trouve également le type d'hôpital, le type d'activité et de prestations et des indications sur les équipements de l'institution ainsi que sur le mandat de formation postgrade.

Les chiffres-clés des hôpitaux suisses sont calculés sur la base des données de la statistique des hôpitaux (KS) et de la statistique médicale des hôpitaux (MS) relevées par l'OFS auprès des

établissements hospitaliers. Chaque année, ces données sont mises à la disposition de l'OFSP par l'OFS. Les chiffres-clés se basent sur les données statistiques de l'année considérée et de l'année d'avant. Pour cette édition, il s'agit donc des données 2020 et 2021. Dans le cas d'établissements ayant connu des mutations tel qu'un changement d'affectation ou une fusion (tableau 2), les écarts dans les séries temporelles doivent être estimés avec prudence. La colonne « Différence % » indique en pourcentage la différence entre les chiffres-clés des deux années. Les valeurs dans les colonnes « Médiane » et « Distribution » ne se réfèrent qu'à l'année 2021. La médiane porte sur des hôpitaux suisses de même typologie. Ainsi, les valeurs d'un établissement peuvent être mises en relation avec les données d'un groupe comparable. Le diagramme en boîte (box-plot) dans la colonne « Distribution » illustre graphiquement cette relation. Sa légende est indiquée dans la figure 1.

Figure 1 : Diagramme de la colonne « Distribution »

 Le diagramme en boîte (box plot) représente les chiffres 2021. Le groupe de comparaison comprend chaque fois les hôpitaux suisses du même type.

✱ **Médiane** (valeur centrale) : cette valeur sépare le groupe de comparaison en deux parts égales : 50 % des établissements du groupe ont des valeurs plus élevées, 50 % des valeurs plus basses.

○ **Valeur zéro** : dans le cas où la fourchette de valeurs représentée comprend la valeur zéro, celle-ci est indiquée par ce symbole.

● **Etablissement représenté** : position où se trouve l'établissement décrit sur la page en question.

▶ **Valeur extrême supérieure** : pour l'institution décrite sur la page en question, le chiffre-clé se situe au-dessus de la borne de 95 % des valeurs de son groupe. Cela veut dire que la valeur est statistiquement significative et, comparées aux autres institutions, « clairement plus haute ».

◀ **Valeur extrême inférieure** : pour l'institution décrite sur la page en question, le chiffre-clé se situe au-dessous de la borne de 95 % des valeurs de son groupe. Cela veut dire que la valeur est statistiquement significative et, comparées aux autres institutions, « clairement plus basse ».

— **Plage 50 %** : fourchette de valeurs comprenant 50 % des établissements du groupe de comparaison.

— **Plage 95 %** : fourchette de valeurs comprenant 95 % des établissements du groupe de comparaison.

Les pages qui suivent décrivent en détail les chiffres-clés répertoriés. Les explications sont basées sur le questionnaire des enquêtes effectuées auprès des établissements hospitaliers par l'OFS. Par exemple « KS A.06.01.05 » désigne la variable A.06.01.05 du questionnaire de la statistique des hôpitaux (KS) et « MS 0.1.V04 » la variable 0.1.V04 du questionnaire de la statistique médicale des hôpitaux (MS). L'indication « OFS » signifie qu'une caractéristique donnée n'est pas directement tirée du questionnaire, mais qu'elle a été calculée par l'Office fédéral de la statistique.

### Cost-weight moyens CMIb, CMIi, DMI psychiatrie et DMI réadaptation ventilé par type d'activité

Depuis l'édition des données 2021, l'OFS calcule les cost-weight moyens CMIb, CMIi, DMI psychiatrie et DMI réadaptation sur la base des informations sur le tarif pour la tarification (4.8.V01) relevées dans la MS. Cette nouvelle méthode de calcul permet de présenter pour la première fois ces chiffres-clés sous « Prestations et prise en charge par type d'activité A/P/R/B ».

Seuls les cas dont le tarif pour la tarification (4.8.V01) est connu sont pris en compte dans le calcul des cost-weight moyens. Les cas avec un tarif nul (4.8.V01 = 0) ne sont donc pas considérés.

### Cost-weight moyen pour la psychiatrie et la réadaptation (DMI)

Pour l'édition des données 2021, le DMI pour la psychiatrie et pour la réadaptation ne sont pas encore disponibles. Les valeurs seront présentées avec les chiffres-clés 2022.

## Données établissement

Chiffres-clés	Explication	Source/Formule <sup>11</sup>
<i>KT</i> <b>Canton</b>	Canton responsable du point de vue administratif de l'hôpital.	KS A.02.10
<i>Inst/Adr/Ort</i> <b>Etablissement et adresse</b>	Désignation et adresse de l'établissement.	KS A.02.01 KS A.02.02 KS A.02.03 KS A.02.04
<i>Typ</i> <b>Type de l'établissement</b> selon la typologie de l'OFS	Type de l'établissement selon la typologie des hôpitaux de l'OFS. On distingue entre hôpitaux universitaires, hôpitaux de « prise en charge centralisée » (hôpitaux cantonaux), hôpitaux de « soins de base » et cliniques spécialisées (cliniques psychiatriques, cliniques de réadaptation, chirurgie, gynécologie/néonatalogie, gériatrie, pédiatrie et cliniques spécialisées diverses) <sup>12</sup> .	KS A.02.08 / OFS
<i>LA</i> <b>Offre de prestation</b>	Offre de prestation de l'établissement.	« Amb » : KS A.02.15 = 1 « Stat » : KS A.02.16 = 1
<i>RForm</i> <b>Forme juridique</b>	Répartition selon la nomenclature des formes juridiques de l'OFS. Les formes juridiques sont réunies en quatre groupes : « SA / Sàrl » comprenant société en nom collectif, société en commandite, société en commandite par actions, société anonyme, société à responsabilité limitée (Sàrl), « Association / fondation » comprenant société coopérative, association, fondation, « Raison individuelle / société » comprenant raison individuelle, société simple ainsi que « Entreprises publiques » comprenant institut de droit public, administration fédérale / cantonale / de district / communale ou d'une autre corporation de droit public, établissement fédéral / cantonal / de district / communal ou d'une autre corporation.	« Raison individuelle / société » : KS A.03 = 1, 2 « SA / Sàrl » : KS A.03 = 3 à 7 « Association / fondation » : KS A.03 = 8 à 10 « Entreprises publiques » : KS A.03 = 17, 20 à 34
<i>Akt</i> <b>Type d'activité</b>	Répartition par type d'activité selon les prestations fournies par les établissements. Les hôpitaux peuvent travailler dans les secteurs d'activité suivants : « Soins aigus » (A), « Psychiatrie » (P) et « Réadaptation / gériatrie » (R). Les maisons de naissance, indépendantes d'institutions cliniques (B), sont enregistrées sous leur propre type d'activité.	« A » : KS A.01.01 = 1 « P » : KS A.01.02 = 1 « R » : KS A.01.03 = 1 « B » : KS A.01.04 = 1
<i>SL</i> <b>Prestations spécifiques</b>	Indique si l'hôpital exploite un service d'urgence (NF) reconnu ou une unité de soins intensifs (IPS).	« NF » : KS A.06.01.01 = 1 « IPS » : KS A.06.01.05 = 1
<i>WB</i> <b>Formation de base et formation postgrade</b>	Indique si l'hôpital dispose de places de formation de base ou de formation postgrade pour les étudiants en médecine (MSt), les médecins (Arzt) ou autres professionnels de la santé (BGs).	« MSt » : KS A.06.01.08 = 1 « Arzt » : KS A.06.01.09 = 1 « BGs » : KS A.06.01.10 = 1
<i>AnzStand</i> <b>Nombre de sites</b>	Nombre de sites géographiques sur lesquels un centre hospitalier multi-sites organise ses activités en tant qu'entité juridique unique dotée d'une direction centralisée.	KS A.11.00
<i>SA</i> <b>Infrastructure spéciale</b>	Indique si l'hôpital dispose d'appareils et d'équipements spéciaux. Parmi ceux-ci : la résonance magnétique nucléaire (MRI), la tomographie computerisée (CT), la tomographie par émission de positrons (PET), la caméra gamma, incluant la scintigraphie et le scanner SPECT (CC), l'accélérateur linéaire (LB) et le lithotripteur (LITO).	« MRI » : KS A.13.001 « CT » : KS A.13.002 « PET » : KS A.13.003 « CC » : KS A.13.004 « LB » : KS A.13.005 « LITO » : KS A.13.006

11 OFS : Statistique des hôpitaux – Conception détaillée (version 2.1) 2020

12 OFS : Typologie des hôpitaux 2006

Données générales « prestations et prise en charge »

Chiffres-clés	Explication	Source/Formule
<i>AmbKonsT</i> <b>Nombre de consultations ambulatoires</b>	Nombre total de consultations ambulatoires de tous les types d'activité	(KS X1.01.05)
<i>PtageStatMST</i> <b>Nombre de journées de soins</b> (hospitalisations, sans jour de sortie)	Nombre total de journées de soins (sans les traitements de longue durée) de tous les cas administratifs clos entre le 1 <sup>er</sup> janvier et le 31 décembre (cas de type A) ou qui ont été ouverts avant le 1 <sup>er</sup> janvier et qui n'étaient pas clos le 31 décembre (cas de type C), sans tenir compte du jour de sortie et des jours de congé complets, limité à 365 jours au maximum par cas.	Selon MS avec MS 1.3.V01 = 3 (type de séjour : hospitalier) AND MS 0.2.V02 = « A » (sortie en cours d'année) OR « C » (admission avant le 1.1 et sortie après le 31.12) AND MS 4.8.V01 IN c(0, 1, 2, 3, 4, 5, 6)  Durée de séjour totale de tous les cas (sans le jour de sortie, sans les jours de congé complets, limitée à 365 jours au maximum)
<i>AustStatMST</i> <b>Nombre de sorties dans l'année</b> (hospitalisations)	Nombre total des cas administratifs (sans les cas en traitements de longue durée) liquidés du 1 <sup>er</sup> janvier au 31 décembre dans tous les types d'activité.	Selon MS avec MS 1.3.V01 = 3 (type de séjour : hospitalier) AND MS 0.2.V02 = « A » (sortie en cours d'année) AND MS 4.8.V01 IN c(0, 1, 2, 3, 4, 5, 6)  Nombre total de cas
<i>NeugStatMST</i> <b>Nombre de nouveau-nés sains</b> (traitement hospitalier)	Correspond au nombre total de sorties de nouveau-nés sains entre le 1 <sup>er</sup> janvier et le 31 décembre, selon définition SwissDRG.	Selon MS avec code SwissDRG = « P66D » OR « P67D »:  Nombre total de cas
<i>Ops</i> <b>Nombre de salles d'opération</b>	Nombre de salles d'opération mises en service dans l'hôpital.	KS A.13.09
<i>Gebs</i> <b>Nombre de salles d'accouchement</b>	Nombre de salles d'accouchement qui sont exploitées.	KS A.13.11
<i>pPatWAU</i> <b>Pourcentage de patients avec domicile à l'étranger</b> (%, hospitalisations)	La proportion de patients avec domicile à l'étranger, calculée sur la base de la statistique médicale des hôpitaux, s'obtient en divisant le nombre de personnes hospitalisées dont le domicile est situé à l'étranger par le nombre total de personnes hospitalisées.	Selon MS avec MS 1.3.V01 = 3 (type de séjour : hospitalier) :  Nombre de cas avec MS 1.1.V04 domicile à l'étranger / Nombre total de cas * 100
<i>pPatWAK</i> <b>Pourcentage de patients hors canton</b> (%, hospitalisations)	Pourcentage de patients provenant d'un autre canton. Il est calculé sur la base de la statistique médicale des hôpitaux en divisant le nombre de cas d'hospitalisations hors canton des personnes domiciliées en Suisse par le nombre de cas d'hospitalisations des personnes domiciliées en Suisse.	Selon MS avec MS 1.3.V01 = 3 (type de séjour : hospitalier) :  Nombre de cas avec MS 1.1.V04 hors MS 0.1.V04 (domicile en Suisse hors du canton de l'établissement) / Nombre de cas avec domicile en Suisse * 100
<i>pPatLKP</i> <b>Pourcentage de patients en division privée ou semi-privée</b> (%, hospitalisations)	Pourcentage des patients qui occupent, durant leur séjour à l'hôpital, un lit en division privée ou semi-privée. Ce pourcentage, calculé sur la base de la statistique médicale des hôpitaux, s'obtient en divisant le nombre de cas d'hospitalisations en division privée et semi-privée par le nombre total des cas d'hospitalisation traités.	Selon MS avec MS 1.3.V01 = 3 (type de séjour : hospitalier):  Nombre de cas avec (MS 1.3.V02 = 2 OR MS 1.3.V02 = 3) (classe privée ou semi-privée) / Nombre total de cas * 100
<i>pPatHOK</i> <b>Pourcentage de patients avec AMal obligatoire comme garante principale</b> (%, hospitalisations)	Pourcentage des patients pour lesquels les coûts des prestations de l'assurance de base pour le séjour hospitalier sont essentiellement assumés par l'assurance-maladie obligatoire. Il est calculé sur la base de la statistique médicale des hôpitaux en divisant le nombre de cas avec l'assurance-maladie obligatoire comme garante principale pour les prestations de l'assurance de base par le nombre total des cas d'hospitalisation traités.	Selon MS avec MS 1.3.V01 = 3 (type de séjour : hospitalier) :  Nombre de cas avec MS 1.4.V02 = 1 (assurance-maladie obligatoire comme garante principal pour les prestations de l'assurance de base) / Nombre total de cas * 100

## Données générales « traitements de longue durée »

Chiffres-clés	Explication	Source/Formule
<i>pTageLang</i> <b>Journées d'hospitalisation</b>	Nombre total de journées de soins de tous les cas administratifs en traitements de longue durée.	KS A.10.01
<i>AustLang</i> <b>Sorties</b>	Nombre total des cas administratifs en traitements de longue durée.	KS A.10.02
<i>KostLangT</i> <b>Coûts totaux des traitements de longue durée</b>	Coûts occasionnés par les patients en traitements de longue durée dans toutes les catégories d'assurance (p. ex., assurance de base, complémentaire, militaire, invalidité, etc.) y compris les payeurs individuels et les patients au bénéfice d'une couverture d'assurance étrangère.	KS X2.01.50.03

## Données générales « infrastructure médico-technique, nombre d'examen par appareil »

Chiffres-clés	Explication	Source/Formule
<i>pMRI_AMB</i> <b>Nb d'examen RMI par appareil RMI en ambulatoire</b>	Rapport entre le nombre d'examen RMI dans le secteur ambulatoire et le nombre d'appareils RMI.	KS A.13.201 / KS A.13.001
<i>pMRI_STAT</i> <b>Nb d'examen par appareil RMI en stationnaire</b>	Rapport entre le nombre d'examen RMI dans le secteur stationnaire et le nombre d'appareils RMI.	KS A.13.301 / KS A.13.001
<i>pCT_AMB</i> <b>Nb d'examen par scanner CT en ambulatoire</b>	Rapport entre le nombre d'examen CT dans le secteur ambulatoire et le nombre de scanners CT.	KS A.13.202 / KS A.13.002
<i>pCT_STAT</i> <b>Nb d'examen par scanner CT en stationnaire</b>	Rapport entre le nombre d'examen CT dans le secteur stationnaire et le nombre de scanners CT.	KS A.13.302 / KS A.13.002
<i>pANGIO_AMB</i> <b>Nb d'angiographies par appareil pour angiographie en ambulatoire</b>	Rapport entre le nombre d'angiographies dans le secteur ambulatoire et le nombre d'appareils pour angiographie.	KS A.13.207 / KS A.13.007
<i>pANGIO_STAT</i> <b>Nb d'angiographies par appareil pour angiographie en stationnaire</b>	Rapport entre le nombre d'angiographies dans le secteur stationnaire et le nombre d'appareils pour angiographie.	KS A.13.307 / KS A.13.007
<i>pDIA_AMB</i> <b>Nb de dialyses par appareil pour dialyses en ambulatoire</b>	Rapport entre le nombre de dialyses dans le secteur ambulatoire et le nombre d'appareils pour dialyses	KS A.13.208 / KS A.13.008
<i>pDIA_STAT</i> <b>Nb de dialyses par appareil pour dialyses en stationnaire</b>	Rapport entre le nombre dialyses dans le secteur stationnaire et le nombre d'appareils pour dialyses.	KS A.13.308 / KS A.13.008

## Données générales « personnel »

Chiffres-clés	Explication	Source/Formule
<i>PersA</i> <b>Médecins</b>	Médecins qui prennent en charge les patients dans les différentes disciplines médicales. Le nombre de médecins travaillant en EPT indique le temps de travail accompli sur une année par rapport à un poste de travail normal à 100 %.	(KS A.14.05.02) avec KS A.14.04=1 à 6
dont <i>PersAWB</i> <b>médecins en formation postgrade</b>	Médecins en formation postgrade (de médecin-assistant à chef de service) qui prennent en charge les patients dans les différentes disciplines médicales. Le nombre de médecins travaillant en EPT indique le temps de travail accompli sur une année par rapport à un poste de travail normal à 100 %.	(KS A.14.05.02) avec KS A.14.04 = 1 à 5 et KS A.14.09 = 1
<i>PersP</i> <b>Personnel soignant</b>	Englobe les personnes qui prodiguent des soins aux malades : infirmières, sages-femmes, aides-soignants, spécialistes de la santé, personnel spécialisé pour la prise en charge, etc. Le nombre d'employés du personnel soignant en EPT correspond au temps de travail accompli sur une année par rapport à un poste normal à 100 %.	KS A.14.05.02) avec KS A.14.04=7 à 12
<i>PersMT</i> <b>Autre personnel médical</b>	Ce groupe englobe le personnel médico-technique et médico-thérapeutique. Il comprend le personnel du bloc opératoire, les spécialistes en radiologie, les analystes biomédicaux, les ambulanciers, le personnel universitaire (p. ex., pharmaciens, biologistes, chimistes), les physiothérapeutes, ergothérapeutes et thérapeutes d'animation, diététiciens, orthophonistes, psychologues, etc. Le nombre d'employés appartenant à ce groupe en EPT indique le temps de travail accompli sur une année par rapport à un poste normal à 100 %.	(KS A.14.05.02) avec KS A.14.04=13 à 27, 32
<i>PersT</i> <b>Personnel total</b>	Médecins, personnel soignant, personnel médical restant PLUS services sociaux (conseil et soutien), agents d'entretien, services techniques et personnel administratif. Le nombre d'employés appartenant à ce groupe en EPT indique le temps de travail accompli sur une année par rapport à un poste normal à 100 %.	(KS A.14.05.02)
<i>StdBelA</i> <b>Médecins privés agréés</b> (heures)	Heures de travail des médecins en pratique privée qui traitent leurs patients à l'hôpital et sont rémunérés sur facturation.	(KS A.14.05.04) avec KS A.14.04=33
<i>StdBelP</i> <b>Autre personnel agréé</b> (heures)	Heures de travail des sages-femmes et des autres personnes agréées qui traitent leurs patients à l'hôpital et sont rémunérées sur facturation.	(KS A.14.05.04) avec KS A.14.04=34, 35

Les données concernant le personnel se réfèrent au personnel dans son ensemble, sans ventilation par domaine d'engagement (ambulatoire, recherche et formation, enseignement et formation postgrade ou autres tâches publiques). Pour les collaborateurs, la fonction accomplie est répertoriée sur la base des huit catégories de personnel prédéfinies : médecins, personnel soignant, personnel médico-technique, personnel médico-thérapeutique, services sociaux (conseil et soutien), personnel de maison, ser-

vices logistiques et techniques, personnel administratif. Dans ce contexte, le travail effectivement accompli est déterminant et non la formation. Pour les chiffres-clés concernant le personnel, différentes catégories de fonction sont regroupées. Le taux d'occupation des personnes employées est indiqué en équivalents plein temps (EPT). Ainsi, une personne employée à 80 % correspond à 0,8 EPT. Pour les médecins agréés ou le personnel agréé, les heures de travail sont explicitement indiquées.

## Données générales « finances et exploitation »

Chiffres-clés	Explication	Source/Formule
<i>AwBesold</i> <b>Charges de personnel</b>	Salaires du personnel d'exploitation, honoraires de médecins et autres charges de personnel, prestations sociales incluses, correspondant aux comptes 30 (charges salariales), 37 (charges sociales), 38 (honoraires des médecins assujettis aux assurances sociales) et 39 (autres charges de personnel) du plan comptable de H+.	KS A.15.01
<i>AwInvest</i> <b>Charges des investissements</b>	Charges d'utilisation des immobilisations et charges financières (charge des intérêts correspondant aux comptes 44 et 46 du plan comptable H+).	KS A.15.06 + KS A.15.08
<i>AwSonst</i> <b>Autres charges d'exploitation</b>	Ensemble des dépenses de fonctionnement de l'hôpital, sans les charges salariales, les charges d'utilisation des immobilisations, les charges financières ni les impôts, charges exceptionnelles et hors exploitation.	KS A.15.02 + KS A.15.03 + KS A.15.04 + KS A.15.05 + KS A.15.07 + KS A.15.09 + KS A.15.10 + KS A.15.11
<i>AwT</i> <b>Total charges</b>	Correspond à l'ensemble des charges (incluant les impôts, les charges exceptionnelles et les charges hors exploitation correspondant aux comptes 77 à 79 du plan comptable H+).	KS A.15.20
<i>EtMedL</i> <b>Produits des hospitalisations et soins</b>	Le total des produits d'exploitation résultant des hospitalisations et des soins comprend les produits des prestations médicales, infirmières et thérapeutiques fournies aux patients, les prestations unitaires médicales et les autres prestations unitaires hospitalières correspondant aux comptes 60 à 62 de H+. Les produits du secteur ambulatoire sont également compris.	KS A.15.30 + KS A.15.31 + KS A.15.32
<i>EtSonst</i> <b>Autres produits</b>	Prestations destinées aux patients qui ne peuvent pas être comptabilisées dans les produits des hospitalisations et soins (comptes 60 à 62 du plan comptable H+), recettes des loyers et intérêts en relation directe avec l'exploitation de l'hôpital ainsi que recettes provenant des prestations au personnel et aux tiers, impôts, produits exceptionnels et hors exploitation ainsi que variation des stocks de produits.	KS A.15.33 + KS A.15.34 + KS A.15.35 + KS A.15.41 + KS A.15.42
<i>EtSubv</i> <b>Contributions, subventions, déficit couvert</b>	Toutes les contributions des pouvoirs publics ou des organisations de droit privé sous forme de cotisations, de subventions ou d'éventuelles couvertures de déficit comptabilisées à part.	KS A.15.36 + KS A.16.40
dont <i>EtDef</i> <b>total de la couverture du déficit (réserves et fonds privés, contrib. publiques)</b>	Toutes les contributions des pouvoirs publics ou des organisations de droit privé telles que réserves, communes, cantons, Confédération, fonds privés sous forme d'éventuelles couvertures de déficit comptabilisées à part.	KS A.16.40 (KS A.16.31 + KS A.16.35 + KS A.16.32 + KS A.16.33 + KS A.16.34
<i>EtT</i> <b>Total des produits</b>	Ensemble des produits (incluant les impôts, les charges exceptionnelles et les charges hors exploitation ainsi que les variations des stocks des produits)	KS 15.50
<i>FiErg</i> <b>Résultat annuel</b>	Résultat (bénéfice net ou perte nette), à l'exclusion d'une éventuelle couverture du déficit.	KS A.16.10 – KS A.16.20

## Prestations et prise en charge par type d'activité A/P/R/B

Chiffres-clés	Explication	Source/Formule
<i>AmbKonsA/P/R/B</i> <b>Nombre de consultations ambulatoires</b>	Nombre de consultations ambulatoires ventilées par type d'activité	KS X1.01.05
<i>PtageStatMSA/P/R/B</i> <b>Nombre de journées de soins</b> (hospitalisations, sans jour de sortie) – <b>Aigu / Psy / Réa / MN</b>	Nombre total de journées de soins (sans les traitements de longue durée) de tous les cas administratifs clos entre le 1 <sup>er</sup> janvier et le 31 décembre (cas de type A) ou qui ont été ouverts avant le 1 <sup>er</sup> janvier et qui n'étaient pas clos le 31 décembre (cas de type C), sans tenir compte du jour de sortie et des jours de congé complets, limité à 365 jours au maximum par cas ; ventilée par type d'activité.	<p>Selon MS avec MS 1.3.V01 = 3 (type de séjour : hospitalier) AND MS 0.2.V02 = «A» (sortie en cours d'année) OR «C» (admission avant le 1.1 et sortie après le 31.12) AND (MS 4.8.V01 = 1 OR 2 OR (MS 4.8.V01 = 0 AND MS 1.4.V01 &lt;&gt; M500 OR M900 OR M950) (types d'activité A, B)</p> <p>OR</p> <p>MS 4.8.V01 = 5 OR 6 OR (MS 4.8.V01 = 0 AND MS 1.4.V01 = M500) (type d'activité P)</p> <p>OR</p> <p>MS 4.8.V01 = 3 OR 4 OR (MS 4.8.V01 = 0 AND MS 1.4.V01 = M900 OR M950) (type d'activité R)</p> <p>Durée de séjour totale de tous les cas (sans le jour de sortie, sans les jours de congé complets, limitée à 365 jours au maximum)</p>
<i>AustStatMSA/P/R/B</i> <b>Nombre de sorties dans l'année – Aigu / Psy / Réa / MN</b> (hospitalisations)	Nombre total des cas administratifs (sans les cas en traitements de longue durée) liquidés du 1 <sup>er</sup> janvier au 31 décembre ; ventilé par type d'activité.	<p>Selon MS avec MS 1.3.V01 = 3 (type de séjour : hospitalier) AND MS 0.2.V02 = «A» (sortie en cours d'année) AND (MS 4.8.V01 = 1 OR 2 OR (MS 4.8.V01 = 0 AND MS 1.4.V01 &lt;&gt; M500 OR M900 OR M950) (types d'activité A,B)</p> <p>OR</p> <p>MS 4.8.V01 = 5 OR 6 OR (MS 4.8.V01 = 0 AND MS 1.4.V01 = M500) (type d'activité P)</p> <p>OR</p> <p>MS 4.8.V01 = 3 OR 4 OR (MS 4.8.V01 = 0 AND MS 1.4.V01 = M900 OR M950) (type d'activité R)</p> <p>Nombre total de cas</p>
<i>BettenStatA/P/R/B</i> <b>Nombre de lits</b> (hospitalisations)	La moyenne des lits à disposition pour l'exploitation correspond au nombre de journées-lits d'exploitation (jours d'exploitation des lits) divisé par le nombre de jour dans l'année (par 365 ou par 366 pour les années bis-sextiles); ventilée par type d'activité.	<p>KS X1.02.01 / 365</p> <p>ou</p> <p>KS X1.02.01 / 366</p>
<i>DADStatMSA/P/R/B</i> <b>Durée moyenne d'hospitalisation</b> (jours d'hospitalisation)	La durée moyenne d'hospitalisation s'obtient en divisant le nombre total de journées de soins par le nombre de sorties dans l'année ; ventilée par type d'activité.	PtageStatMSA/P/R/B / AustStatMSA/P/R/B
<i>pBettenBelStatA/P/R/B</i> <b>Taux d'occupation des lits</b> (%, hospitalisations)	Le taux d'occupation des lits (sans les nouveau-nés sains, sans les soins de longue durée) s'obtient en divisant le nombre de journées d'hospitalisation par le nombre de journées-lits d'exploitation (jours d'exploitation des lits) ; ventilé par type d'activité	<p>KS X1.01.01 /</p> <p>KS X1.02.01 * 100</p>

## Prestations et prise en charge par type d'activité A/P/R/B

Chiffres-clés	Explication	Source/Formule
<i>CMIb</i> <b>Indice de casemix (CMI) brut</b>	Taux de sévérité moyen des cas d'« hospitalisation » traités, sans compensation des outliers (cas dont la durée d'hospitalisation est atypique); ventilé par type d'activité. Le CMI est établi par l'OFS sur la base des données de la statistique médicale (MS).	Selon MS avec MS 4.8.V01 = 1 OR 2 AND MS 0.2.V02 = « A » (sortie en cours d'année) : Somme des cost-weights sans pondération des outliers / Nombre de cas Seuls les cas dont le tarif 4.8.V01 est connu sont considérés
<i>CMI<sub>n</sub></i> <b>Indice de casemix (CMI) net</b>	Taux de sévérité moyen des cas d'« hospitalisation » traités, corrigé par des outliers. Le CMI brut est pondéré pour tenir compte des séjours dont la durée est inférieure ou supérieure à la durée attendue ; ventilé par type d'activité. Le CMI est établi par l'OFS sur la base des données de la statistique médicale.	Selon MS avec MS 4.8.V01 = 1 OR 2 AND MS 0.2.V02 = « A » (sortie en cours d'année) : Somme des cost-weights avec pondération des outliers / Nombre de cas Seuls les cas dont le tarif 4.8.V01 est connu sont considérés
<i>DMI<sub>PIR</sub></i> <b>Day Mix Index (DMI)</b>	Degré de gravité moyen des cas d'« hospitalisation » traités; ventilé par type d'activité. Le DMI est établi par l'OFS sur la base des données de la statistique médicale (MS).	Selon la MS avec MS 4.8.V01 = 5 OR 6 AND MS 0.2.V02 = « A » (sortie en cours d'année)  OR MS 4.8.V01 = 3 OR 4 AND MS 0.2.V02 = « A » (sortie en cours d'année): Somme des cost-weight effectifs / Somme des durées de séjour des cas Seuls les cas dont le tarif 4.8.V01 est connu sont considérés

## Données financières et d'exploitation par type d'activité A/P/R/B

Chiffres-clés	Explication	Source/Formule
<i>KostAmbA/PIR/B</i> <b>Coûts totaux du secteur ambulatoire</b>	Coûts occasionnés par les patients dans toutes les catégories d'assurance (p. ex., assurance de base, complémentaire, militaire, invalidité, etc.) y compris les payeurs individuels et les patients au bénéfice d'une couverture d'assurance étrangère pour le secteur ambulatoire ; ventilés par type d'activité.	KS X2.01.50.01
dont <i>KostOKPAmbA/PIR/B</i> <b>coûts à la charge de l'AOS</b>	Ensemble des coûts à la charge de l'AOS pour les patients ambulatoires (exclusivement assurés de base LAMal ou assurés en complémentaire) ; ventilés par type d'activité.	KS X2.01.50.04 + KS X2.01.50.09
<i>KostStatA/PIR/B</i> <b>Coûts totaux du secteur hospitalier</b>	Coûts occasionnés par les patients dans toutes les catégories d'assurance (p. ex., assurance de base, complémentaire, militaire, invalidité, etc.) y compris les payeurs individuels et les patients au bénéfice d'une couverture d'assurance étrangère pour le secteur hospitalier ; ventilés par type d'activité.	KS X2.01.50.02
dont <i>KostKVGStatA/PIR/B</i> <b>coûts à la charge de l'AOS, patients exclusivement assurés de base LAMal</b>	Ensemble des coûts à la charge de l'AOS pour les patients hospitalisés, exclusivement assurés de base LAMal ; ventilés par type d'activité.	KS X2.01.50.05
dont <i>AnIKVGStatA/PIR/B</i> <b>charges d'utilisation des investissements</b>	Coûts à la charge de l'AOS résultant de l'utilisation des équipements par des patients hospitalisés, exclusivement assurés de base LAMal ; ventilés par type d'activité.	KS X2.01.39.05

## Données financières et d'exploitation par type d'activité A/P/R/B

Chiffres-clés	Explication	Source/Formule
dont <i>KostZvOKPStatA/PIR/B</i> <b>coûts à la charge de l'AOS, patients assurés en complémentaire</b>	Coûts des prestations facturées à l'AOS et fournies à des patients hospitalisés, assurés en complémentaire ; ventilés par type d'activité.	KS X2.01.50.10
dont <i>AnIzVOKPStatA/PIR/B</i> <b>charges d'utilisation des investissements</b>	Coûts à la charge de l'AOS résultant de l'utilisation des équipements par des patients hospitalisés, assurés en complémentaire ; ventilés par type d'activité.	KS X2.01.39.10
<i>KostAWLFA/PIR/B</i> <b>Coûts pour la formation prégraduée</b>	Coûts provenant de l'enseignement universitaire pour la formation de base ; ventilés par type d'activité.	KS X2.01.9010
<i>KostWBLFA/PIR/B</i> <b>Coûts pour la formation postgrade</b>	Coûts provenant de l'enseignement universitaire pour la formation post-grade ; ventilés par type d'activité.	KS X2.01.9011
<i>KostForLFA/PIR/B</i> <b>Coûts pour la recherche</b>	Coûts provenant de la recherche universitaire ; ventilés par type d'activité.	KS X2.01.9012
<i>ErlAmbStatLangA/PIR/B</i> <b>Total des produits, y compris produits non liés aux cas</b>	Produits des prestations fournies aux patients de toutes les catégories d'assurance (p. ex., assurance de base, complémentaire, militaire, invalidité, etc.), y compris les payeurs individuels et les patients au bénéfice d'une couverture d'assurance étrangère dans le secteur ambulatoire, stationnaire (séjours hospitaliers) et des soins de longue durée ; ventilés par type d'activité.	KS X2.02.60.00
dont <i>ErlOKPAmbA/PIR/B</i> <b>produits AOS du secteur ambulatoire</b>	Produits des prestations à la charge de l'AOS fournies aux patients ambulatoires (exclusivement assurés de base LAMal ou assurés en complémentaire) ; ventilés par type d'activité.	KS X2.02.31.03 + KS X2.02.31.10
dont <i>ErlKVGStatA/PIR/B</i> <b>produits AOS stationnaire, patients exclusivement assurés de base LAMal</b>	Produits (part des assureurs et part cantonale) des prestations à la charge de l'AOS fournies aux patients hospitalisés, exclusivement assurés de base LAMal ; ventilés par type d'activité.	KS X2.02.31.04 + KS X2.02.31.05
dont <i>ErlKVGStatVA/PIR/B</i> <b>part des assureurs (%)</b>	Pourcentage du part des assureurs aux produits des prestations à la charge de l'AOS fournies aux patients hospitalisés, exclusivement assurés de base LAMal ; ventilés par type d'activité.	KS X2.02.31.04 / (KS X2.02.31.04 + KS X2.02.31.05) * 100
dont <i>ErlZvOKPStatA/PIR/B</i> <b>produits AOS stationnaire, patients assurés en complémentaire</b>	Produits (part des assureurs et part cantonale) des prestations à la charge de l'AOS fournies aux patients hospitalisés, assurés en complémentaire ; ventilés par type d'activité.	KS X2.02.31.11 + KS X2.02.31.12
dont <i>ErlZvOKPStatVA/PIR/B</i> <b>part des assureurs (%)</b>	Pourcentage du part des assureurs aux produits des prestations à la charge de l'AOS fournies aux patients hospitalisés, assurés en complémentaire ; ventilés par type d'activité.	KS X2.02.31.11 / (KS X2.02.31.11 + KS X2.02.31.12) * 100

## Données par type d'activité

Les différents types d'activités sont « soins aigus » (A), « psychiatrie » (P), « réadaptation / gériatrie » (R) et/ou « maison de naissance » (B).

Pour chacun des types d'activité rattachés à l'établissement, les données concernant les prestations et les traitements ainsi que les données financières et d'exploitation sont parfois relevées séparément.