

## 4 Description des chiffres-clés répertoriés

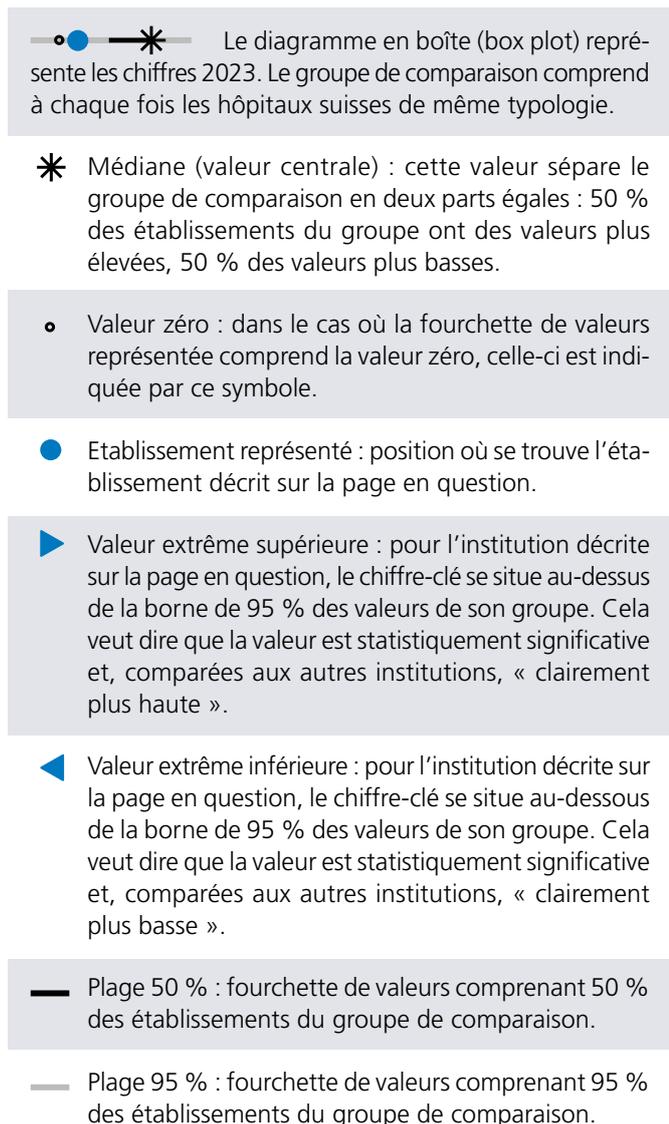
La partie « Tableaux » présente une sélection de chiffres-clés pour chaque hôpital, en Suisse. Les établissements sont répertoriés dans l'ordre alphabétique par canton, par type d'établissement et par nombre décroissant de jours de soins prodigués en 2023. Dans les *Données générales sur les établissements*, 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 et de la statistique médicale des hôpitaux 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 2022 et 2023. 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 2023. 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.

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.

**Figure 1 : Diagramme de la colonne « Distribution »**



### Cost-weight moyens

Depuis l'édition des données 2021, l'OFS calcule les cost-weight moyens CMIb, CMIIn, DMI psychiatrie et DMI réadaptation sur la base des informations sur le tarif pour la tarification (4.8.V01) relevées dans la statistique médicale des hôpitaux. Cette méthode de calcul permet de ventiler ces chiffres-clés par type d'activité 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. L'édition des données 2022 présentait pour la première fois les valeurs de DMI pour la psychiatrie et pour la réadaptation hospitalière. Cependant, comme la structure tarifaire ST Reha n'est en vigueur que depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022, les valeurs 2021 pour la réadaptation hospitalière n'y étaient pas présentées.

### Adaptation dans les chiffres-clés

Aucun changement dans les chiffres-clés n'a été réalisé entre l'édition des données 2022 et celle des données 2023.

## Données établissement

Chiffres-clés	Explication	Source/Formule <sup>12, 13</sup>
KT Canton	Canton responsable du point de vue administratif de l'hôpital.	KS A.02.10
Inst/Adr/Ort Etablissement et adresse	Désignation et adresse de l'établissement.	KS A.02.01 KS A.02.02 KS A.02.03 KS A.02.04
Typ Type de l'établissement 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>13</sup>	KS A.02.08 / OFS
LA Offre de prestation	Offre de prestation de l'établissement.	« Amb » : KS A.02.15 = 1 « Stat » : KS A.02.16 = 1
RForm Forme juridique	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 et 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
Akt Type d'activité	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 » (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
SL Prestations spécifiques	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
WB Formation de base et formation postgrade	Indique si l'hôpital dispose de places de formation de base ou de formation postgrade pour les étudiantes et 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
AnzStand Nombre de sites	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
SA Infrastructure spéciale	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

12 OFS: Statistique des hôpitaux - Conception détaillée (version 2.2) 2022

13 OFS: Statistique des établissements hospitaliers de santé - Typologie des hôpitaux, version 5.3. 2022

## Données générales « prestations et prise en charge »

Chiffres-clés	Explication	Source/Formule
AmbKonsT Nombre de consultations ambulatoires	Nombre total de consultations ambulatoires de tous les types d'activité	(KS X1.01.05)
PtageStatMST Nombre de journées de soins (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)
AustStatMST Nombre de sorties dans l'année (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
NeugStatMST Nombre de nouveau-nés sains (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
Ops Nombre de salles d'opération	Nombre de salles d'opération mises en service dans l'hôpital.	KS A.13.09
Gebs Nombre de salles d'accouchement	Nombre de salles d'accouchement qui sont exploitées.	KS A.13.11
pPatWAU Pourcentage de patients avec domicile à l'étranger (% , hospitalisations)	Pourcentage de patients avec domicile à l'étranger, calculée sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (MS), 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
pPatWAK Pourcentage de patients hors canton (% , hospitalisations)	Pourcentage de patients provenant d'un autre canton. Il est calculé sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (MS) 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
pPatLKP Pourcentage de patients en division privée ou semi-privée (% , 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 (MS), 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 (classe semi-privée) OR MS 1.3.V02 = 3 (classe privée) / Nombre total de cas * 100
pPatHOK Pourcentage de patients avec AMal obligatoire comme garante principale (% , 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 (MS) 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
PTagLang Journées d'hospitalisation	Nombre total de journées de soins de tous les cas administratifs en traitements de longue durée	(KS A.10.01
AustLang Sorties	Nombre total des cas administratifs en traitements de longue durée	KS A.10.02
AustStatMST Coûts totaux des traitements de longue durée	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

## « infrastructure médico-technique, nombre d'examens par appareil »

Chiffres-clés	Explication	Source/Formule
pMRI_AMB RMI, ambulatoire	Nombre d'examens RMI par appareil RMI, en ambulatoire : rapport entre le nombre d'examens RMI dans le secteur ambulatoire et le nombre d'appareils RMI.	KS A.13.201 / KS A.13.001
pMRI_STAT RMI, stationnaire	Nombre d'examens par appareil RMI, en stationnaire : rapport entre le nombre d'examens RMI dans le secteur stationnaire et le nombre d'appareils RMI.	KS A.13.301 / KS A.13.001
pCT_AMB CT, ambulatoire	Nombre d'examens par scanner CT, en ambulatoire : rapport entre le nombre d'examens CT dans le secteur ambulatoire et le nombre de scanners CT.	KS A.13.202 / KS A.13.002
pCT_STAT CT, stationnaire	Nombre d'examens par scanner CT, en stationnaire : rapport entre le nombre d'examens CT dans le secteur stationnaire et le nombre de scanners CT.	KS A.13.302 / KS A.13.002
pANGIO_AMB Angiographies, ambulatoire	Nombre d'angiographies par appareil pour angiographie, en ambulatoire : 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
pANGIO_STAT Angiographies, stationnaire	Nombre d'angiographies par appareil pour angiographie, en stationnaire : 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
pDIA_AMB Dialyses, ambulatoire	Nombre de dialyses par appareil pour dialyses, en ambulatoire : 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
pDIA_STAT Dialyses, stationnaire	Nombre de dialyses par appareil pour dialyses, en stationnaire : 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
PersA Médecins	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 PersAWB médecins en formation postgrade	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
PersP Personnel soignant	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
PersMT Autre personnel médical	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 de personnes employées 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
PersT Personnel total	Médecins, personnel soignant, personnel médical restant, s'y ajoutent les services sociaux (conseil et soutien), les agents d'entretien, les services techniques et le personnel administratif. Le nombre de personnes employées 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)
StdBelA Médecins privés agréés (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
StdBelP Autre personnel agréé (heures)	Heures de travail des sages-femmes et des autres personnes agréées qui traitent des 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 collaboratrices et 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, services 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
AwBesold Charges de personnel	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
AwInvest Charges des investissements	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
AwSonst Autres charges d'exploitation	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
AwT Total charges	Correspond à l'ensemble des charges (incluant les impôts, les charges exceptionnelles et les charges hors exploitation correspondant aux comptes 77–79 du plan comptable H+).	KS A.15.20
EtMedL Produits des hospitalisations et soins	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 60–62 de H+. Les produits du secteur ambulatoire sont également compris.	KS A.15.30 + KS A.15.31 + KS A.15.32
EtSonst Autres produits d'exploitation	Prestations destinées aux patients qui ne peuvent pas être comptabilisées dans les produits des hospitalisations et soins (comptes 60–62 du plan comptable H+), recettes des loyers et intérêts en relation directe avec l'exploitation de l'hôpital, recettes provenant des prestations au personnel et aux tiers ainsi que variation des stocks de produits.	KS A.15.33 + KS A.15.34 + KS A.15.35 + KS A.15.42
EtSubv Contributions, subventions, déficit couvert	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 EtDef total de la couverture du déficit (réserves et fonds privés, contrib. publiques)	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)
EtT Total des produits	Ensemble des produits (produits des hospitalisations et soins, autres produits d'exploitation, contributions et subventions, impôts, produits exceptionnels et hors exploitation).	KS 15.50
FiErg Résultat annuel	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
AmbKonsA/P/R/B Nombre de consultations ambulatoires	Nombre de consultations ambulatoires ventilées par type d'activité	KS X1.01.05
PtageStatMSA/P/R/B Nombre de journées de soins (hospitalisations, sans jour de sortie) – Aigu / Psy / Réa / MN	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.	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 <> M500 OR M900 OR M950) (types d'activité A, B) OR MS 4.8.V01 = 5 OR 6 OR (MS 4.8.V01 = 0 AND MS 1.4.V01 = M500) (type d'activité P) OR 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) 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)
AustStatMSA/P/R/B Nombre de sorties dans l'année (hospitalisations) – Aigu / Psy / Réa / MN	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.	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 <> M500 OR M900 OR M950) (types d'activité A,B) OR MS 4.8.V01 = 5 OR 6 OR (MS 4.8.V01 = 0 AND MS 1.4.V01 = M500) (type d'activité P) OR 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) Nombre total de cas
BettenStatA/P/R/B Nombre de lits (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 bissextiles); ventilée par type d'activité.	KS X1.02.01 / 365 ou KS X1.02.01 / 366
DADStatMSA/P/R/B Durée moyenne d'hospitalisation (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
pBettenBelStatA/P/R/B Taux d'occupation des lits (% , 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	KS X1.01.01 / KS X1.02.01 * 100

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

Chiffres-clés	Explication	Source/Formule
CMIb Indice de casemix (CMI) brut	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 des hôpitaux (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
CMIc Indice de casemix (CMI) net	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 des hôpitaux (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 avec pondération des outliers / Nombre de cas  Seuls les cas dont le tarif 4.8.V01 est connu sont considérés
DMI_P/R Day Mix Index (DMI)	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 des hôpitaux (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
KostAmbA/P/R/B Coûts totaux du secteur ambulatoire	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 KostOKPAmbA/P/R/B coûts à la charge de l'AOS	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
KostStatA/P/R/B Coûts totaux du secteur hospitalier	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 KostKVGStatA/P/R/B coûts à la charge de l'AOS, patients exclusivement assurés de base LAMal	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

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

Chiffres-clés	Explication	Source/Formule
dont AnIKVGStatA/P/R/B charges d'utilisation des investissements	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
dont KostZvOKPStatA/P/R/B coûts à la charge de l'AOS, patients assurés en complémentaire	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 AnIZvOKPStatA/P/R/B charges d'utilisation des inves- tissements	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
KostAWLFA/P/R/B Coûts pour la formation prégraduée	Coûts provenant de l'enseignement universitaire pour la formation de base ; ventilés par type d'activité.	KS X2.01.9010
KostWBLFA/P/R/B Coûts pour la formation postgrade	Coûts provenant de l'enseignement universitaire pour la formation post-grade ; ventilés par type d'activité.	KS X2.01.9011
KostForLFA/P/R/B Coûts pour la recherche	Coûts provenant de la recherche universitaire ; ventilés par type d'activité.	KS X2.01.9012
ErlAmbStatLangA/P/R/B Total des produits, y compris produits non liés aux cas	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 ErlOKPAmbA/P/R/B produits AOS du secteur ambulatoire	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 ErlKVGStatA/P/R/B produits AOS stationnaire, patients exclusivement assurés de base LAMal	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 ErlKVGStatVA/P/R/B part des assureurs (%)	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 ErlZvOKPStatA/P/R/B produits AOS stationnaire, patients assurés en complémentaire	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 ErlZvOKPStatVA/P/R/B part des assureurs (%)	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 » (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