

## 4 Description des chiffres-clés répertoriés

La partie tableaux donne, pour chaque hôpital de Suisse, une sélection de chiffres-clés. Les établissements sont répertoriés dans l'ordre alphabétique par canton, par type d'établissement et par nombre (décroissant) de jours de soins prodigués en 2012. Dans les données générales sur les établissements figurent le nom et l'adresse de l'établissement et le canton sous la responsabilité duquel il est placé, ainsi que le type d'hôpital, son statut juridico-économique, le type d'activité et des indications pour les équipements de l'institution et le mandat de formation postgrade.

La présentation des chiffres-clés utilise les données statistiques des deux dernières années. Pour cette édition, il s'agit de 2011 et 2012. De plus, dans le cas d'établissements ayant connu des mutations comme un changement d'affectation ou une fusion, les écarts dans les séries temporelles doivent être estimés avec prudence. Le tableau 2 indique les mutations. 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 2012. Pour la médiane, le groupe comparatif se compose des hôpitaux suisses du même type. Ainsi, les valeurs d'un établissement peuvent être mises en relation avec les données d'un groupe comparable. Le diagramme en boîte dans la colonne « Distribution » illustre graphiquement cette relation ; il est expliqué à la figure 2.

Les différents chiffres-clés (descripteurs et indicateurs) sont décrits en détail dans les pages qui suivent. On s'y réfère au questionnaire des enquêtes auprès des établissements hospitaliers. 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 numéro 0.1.V04 du questionnaire de la statistique médicale des hôpitaux. L'indication « OFS » signifie qu'une caractéristique donnée n'est pas tirée directement du questionnaire, mais a été calculée par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Dans ce cas, on renvoie chaque fois au document ou à la conception décrivant la méthode de calcul.

Le tableau 7 montre un aperçu des chiffres-clés pour la totalité des hôpitaux suisses.

**Figure 2 : Diagramme de la colonne « Distribution »**

 Le diagramme en boîte (box plot) représente les chiffres de 2012. Le groupe comparatif comprend chaque fois les hôpitaux suisses du même type.

\* Médiane (valeur centrale) : cette valeur sépare le groupe comparatif en deux moitiés : 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.

▶ Le chiffre est une valeur extrême supérieure : il se situe au-dessus de la borne de 95 % des valeurs de son groupe. Cela veut dire que la valeur est statistiquement significative et, en relation avec les autres institutions, « clairement plus haute ».

◀ Le chiffre est une valeur extrême inférieure : il se situe au-dessous de la borne de 95 % des valeurs de son groupe. Cela veut dire que la valeur est statistiquement significative et, en relation avec les autres institutions, « clairement plus basse ».

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

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

## Données générales établissement

Chiffres-clés	Explication	Source/Formule <sup>17</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>18</sup> .	KS A.02.08 / OFS
<i>RWStatus</i> <b>Statut juridico-économique des établissements</b>	Répartition entre hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics et hôpitaux privés sur la base de critères juridiques et économiques tirés des indications de la statistique des hôpitaux (selon la nature juridique, la garantie de subventionnement et la couverture du déficit) <sup>19</sup> .	OFS
<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 d'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 lithotriporteur (LITO).	«MRI»: KS A.13.01 «CT»: KS A.13.02 «PET»: KS A.13.03 «CC»: KS A.13.04 «LB»: KS A.13.05 «LITO»: KS A.13.06

17 OFS : Statistique des hôpitaux - Conception détaillée (version 1.1) 2010

18 OFS : Typologie des hôpitaux 2006

19 OFS : Statut juridico-économique des établissements 2001

Données générales « prestations et prise en charge »

Chiffres-clés	Explication	Source/Formule
<i>PtageStatT</i> <b>Nombre de journées de soins</b> (hospitalisations, sans jour de sortie)	Correspond à la somme du nombre de jours pour tous les types d'activité, du 1 <sup>er</sup> janvier au 31 décembre, pendant lesquels les patients sont pris en charge (sans compter le jour de sortie).	$\Sigma$ KS X1.01.01
<i>AustStatT</i> <b>Nombre de sorties dans l'année</b> (hospitalisations)	Nombre total des cas administratifs pour tous les types d'activité liquidés du 1 <sup>er</sup> janvier au 31 décembre.	$\Sigma$ KS X1.01.02
<i>NeugStatT</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.	$\Sigma$ KS X1.01.04
<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>Geba</i> <b>Nombre de salles d'accouchement</b>	Nombre de salles d'accouchement qui sont exploitées.	KS A.13.11
<i>CMIb</i> <b>Indice de casemix (CMI) brut</b>	Taux de gravité moyen des cas d'« hospitalisation » traités, sans compensation des outliers (cas dont la durée d'hospitalisation est atypique). Le CMI est établi sur la base des données de la statistique médicale (MS) par l'OFS.	Selon MS avec MS 1.3.V01 = 3 (type de séjour : hospitalier) AND MS 0.2.V02 = «A» (sortie en cours d'année) : $\Sigma$ (cost-weights) / nombre de cas selon la MS
<i>CMIc</i> <b>Indice de casemix (CMI) net</b>	Taux de gravité 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. Le CMI est établi sur la base des données de la statistique médicale par l'OFS.	Selon MS avec MS 1.3.V01 = 3 (type de séjour : hospitalier) AND MS 0.2.V02 = «A» (sortie en cours d'année) : $\Sigma$ (cost-weights corrigés par des outliers) / nombre de cas selon la MS
<i>pPatWAU</i> <b>Pourcentage de patients étrangers</b> (% , hospitalisations)	La proportion de patients étrangers, 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 étrangère / 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 « 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 %.	$\Sigma$ (KS A.14.05.02) avec KS A.14.04=1 à 6
<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 %.	$\Sigma$ (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 %.	$\Sigma$ (KS A.14.05.02) avec KS A.14.04=13 à 27, 32
<i>PersT</i> <b>Personnel total</b>	Englobe les médecins, le personnel soignant, le personnel médical restant PLUS les services sociaux (conseil et soutien), les agents d'entretien, les services techniques et le 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 %.	$\Sigma$ (KS A.14.05.02)
<i>PersAFall</i> <b>Médecins</b> par 100 hospitalisations	Nombre des médecins en EPT par 100 sorties.	$\Sigma$ (KS A.14.05.02) avec KS A.14.04=1 à 6 / $\Sigma$ (KS X1.01.02) *100
<i>PersPFall</i> <b>Personnel soignant</b> par 100 hospitalisations	Nombre des employés du personnel soignant en EPT par 100 sorties.	$\Sigma$ (KS A.14.05.02) avec KS A.14.04=7 à 12 / $\Sigma$ (KS X1.01.02) *100
<i>PersMTFall</i> <b>Autre personnel médical</b> par 100 hospitalisations	Nombre des employés du personnel médical restant en EPT par 100 sorties.	$\Sigma$ (KS A.14.05.02) avec KS A.14.04=13 à 27, 32 / $\Sigma$ (KS X1.01.02) *100
<i>PersTFall</i> <b>Personnel total par</b> 100 hospitalisations	Nombre total d'employés du personnel de l'hôpital en EPT par 100 sorties.	$\Sigma$ (KS A.14.05.02) / $\Sigma$ (KS X1.01.02) *100
<i>AnzBelA</i> <b>Médecins privés agréés</b>	Nombre de médecins en pratique privée qui traitent leurs patients à l'hôpital et sont rémunérés sur facturation.	$\Sigma$ (KS A.12.01 à KS A.12.14)
<i>AnzBelP</i> <b>Autre personnel agréé</b>	Sages-femmes et autres personnes agréées qui traitent leurs patients à l'hôpital et sont rémunérées sur facturation.	KS A.12.15 + KS A.12.16

S'agissant du personnel, les indications se réfèrent à son ensemble, sans ventilation par domaine d'engagement (ambulatoire, formation et recherche, 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, ce n'est pas la formation mais le travail effectivement accompli qui est déterminant. 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. Le nombre de personnes est indiqué pour les médecins privés agréés ou le personnel agréé.

Données générales finances et exploitation

Chiffres-clés	Explication	Source/Formule
<i>AwBesold</i> <b>Charges de personnel</b>	Tous les salaires du personnel d'exploitation, les honoraires de médecins et les autres charges de personnel incluant les prestations sociales 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 des investissements (utilisation des installations) et charges 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 des investissements, les frais financiers, les impôts, les charges exceptionnelles et les charges 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 d'exploitation (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 d'exploitation</b>	Les 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+), les recettes des loyers et intérêts en relation directe avec l'exploitation de l'hôpital, ainsi que les prestations destinées au personnel et à des tiers.	KS A.15.33 + KS A.15.34 + KS A.15.35
<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
<i>FiErg</i> <b>Résultat d'exploitation</b>	Résultat d'exploitation (bénéfice net ou perte nette), éventuelle couverture du déficit exclue.	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>PtageStatA/P/R/B</i> <b>Nombre de journées de soins</b> (hospitalisations, sans jour de sortie)	Correspond à la somme du nombre de jours, du 1 <sup>er</sup> janvier au 31 décembre, pendant lesquels les patients sont pris en charge (sans compter le jour de sortie) ; ventilée par type d'activité.	KS X1.01.01
<i>AustStatA/P/R/B</i> <b>Nombre de sorties dans l'année</b> (hospitalisations)	Nombre total des cas administratifs liquidés du 1 <sup>er</sup> janvier au 31 décembre ; ventilé par type d'activité.	KS X1.01.02
<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 jours d'exploitation des lits divisé par 365 resp. 366 ; ventilée par type d'activité.	KS X1.02.01 / 365 resp. 366
<i>DADStatA/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.	KS X1.01.01 / KS X1.01.02
<i>pBettenBelStatA/P/R/B</i> <b>Taux d'occupation des lits</b> (%, hospitalisations)	Le taux d'occupation des lits s'obtient en divisant le nombre de jours de soins par le nombre de jours d'exploitation des lits ; ventilé par type d'activité.	KS X1.01.01 / KS X1.02.01 * 100

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

Chiffres-clés	Explication	Source/Formule
<i>KostAmbA/P/R/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/P/R/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/P/R/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/P/R/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/P/R/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
dont <i>KostZvOKPStatA/P/R/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/P/R/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

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

Chiffres-clés	Explication	Source/Formule
<i>KostLangA/P/R/B</i> <b>Coûts totaux des soins de longue durée</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 les soins de longue durée ; ventilés par type d'activité.	KS X2.01.50.03
<i>AuftragLFA/P/R/B</i> <b>Mandat enseignement et recherche</b>	Coûts provenant d'enseignement et recherche ; ventilés par type d'activité.	KS X2.01.601 + KS X2.01.602
<i>EriAmbA/P/R/B</i> <b>Total des produits du secteur ambulatoire</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 ; ventilés par type d'activité.	KS X2.02.30.00
dont <i>EriOKPAmbA/P/R/B</i> <b>produits AOS</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 X2.02.30.03 + KS X2.02.30.10
<i>EriStatA/P/R/B</i> <b>Total des produits des hospitalisations</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 pour les séjours hospitaliers ; ventilés par type d'activité.	KS X2.02.30.01
dont <i>EriKVGStatA/P/R/B</i> <b>produits AOS, 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 X2.02.30.04 + KS X2.02.30.05
dont <i>EriKVGStatVA/P/R/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 X2.02.30.04 / (KS X2.02.30.04 + KS X2.02.30.05) * 100
dont <i>EriZvOKPStatA/P/R/B</i> <b>produits AOS, 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 X2.02.30.11 + KS X2.02.30.12
dont <i>EriZvOKPStatVA/P/R/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 X2.02.30.11 / (KS X2.02.30.11 + KS X2.02.30.12) * 100
<i>EriLangA/P/R/B</i> <b>Total des produits des soins de longue durée</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 pour les soins de longue durée ; ventilés par type d'activité.	KS X2.02.30.02

## Données par type d'activité

« soins aigus » (A), « psychiatrie » (P), « réadaptation / gériatrie » (R) et/ou « maison de naissance » (B) : Pour tous les types d'activité rattachés à l'établissement, les données concernant les prestations et les traitements ainsi que les données finan-

cières et d'exploitation sont parfois relevées séparément. Les chiffres-clés sont donc également complétés par des chiffres spécifiques. Pour les hôpitaux qui étaient recensés avant 2010 en tant qu'unités « virtuelles » selon la spécialisation, les données ont déjà été fournies dans le passé, ventilées par type d'activité.