



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Bundesamt für Gesundheit BAG
Office fédéral de la santé publique OFSP
Ufficio federale della sanità pubblica UFSP

Statistiques de l'assurance-maladie

Chiffres-clés des hôpitaux suisses

2024

5/2026



Impressum

© Editeur

Office fédéral de la santé publique (OFSP), Division Tarifs et bases

Contact

Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Case postale

CH-3003 Berne

KUV-DMS@bag.admin.ch / <https://www.bag.admin.ch>

Contact presse et médias

+41 58 462 95 05

Media@bag.admin.ch

Date de publication

05.2026

Versions linguistiques et électroniques

Cette publication est rédigée en français, en italien et en allemand.

Reproduction

Reproduction partielle autorisée avec mention de la source.

Statistiques de l'assurance-maladie

Chiffres-clés des hôpitaux suisses

2024

Office fédéral de la santé publique
Division Tarifs et bases
Section Gestion des données et statistique

Publication: 05.2026

Abréviations

AMal	Assurance-maladie
AP-DRG	All Patient Diagnosis Related Groups (groupes homogènes de malades)
AOS	Assurance obligatoire des soins
BGs	Professionnels de la santé
CC	Caméra gamma (incluant la scintigraphie et le scanner SPECT)
CMI	Indice de casemix
CT	Tomographie computérisée
DMI	DMI Day Mix Index
EMS	Etablissement médico-social
EPT	Equivalents plein temps
FMH	Fédération des médecins suisses
H+	Les Hôpitaux de Suisse
IPS	Unité de soins intensifs
KS	Statistique des hôpitaux
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
LB	Accélérateur linéaire (radiothérapie)
LITO	Lithotripteur
MRI	Tomographie par résonance magnétique nucléaire
MS	Statistique médicale des hôpitaux
MSt	Etudiants en médecine
NF	Service d'urgence
OAMal	Ordonnance sur l'assurance-maladie
OFS	Office fédéral de la statistique, Neuchâtel
OFSP	Office fédéral de la santé publique, Berne
PET	Tomographie par émission de positrons

Signes utilisés en l'absence de chiffres

... chiffre inconnu (pas [encore] relevé ou pas [encore] calculé)

- * non indiqué, car évident ou non pertinent
(Exception pour les coûts provenant de l'enseignement universitaire
et la recherche : chiffre inconnu (pas [encore] relevé))
- utilisé pour les chiffres arrondis ; signifie zéro

Sommaire

1	Introduction	1
2	Contenu des enquêtes et remarques sur la publication	2 – 5
3	Aperçu général du secteur hospitalier	6 – 15
4	Description des chiffres-clés	16 – 40
5	Remarques et commentaires des hôpitaux	41 – 43
6	Chiffres-clés des hôpitaux suisses	-
7	Index des hôpitaux par canton	-
8	Index des hôpitaux par type d'établissement	-

1 Introduction

Cette vingtième édition des « Chiffres-clés des hôpitaux suisses », publiée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), contient des informations sur 270 établissements. Les informations sont basées sur les données relevés par l'Office fédéral de la statistique (OFS), provenant de la statistique des hôpitaux (KS) et de SpiGes pour l'année de données 2024. Ces informations donnent une vue d'ensemble concernant la structure, les patients, les prestations, l'offre, le personnel, la situation financière et le degré de gravité moyen des hospitalisations des patients en soins aigus dans les hôpitaux. Pour l'année 2024, 269 établissements ont transmis les données de la KS à l'OFS via les services cantonaux désignés, soit 255 hôpitaux et 14 maisons de naissance. Une maison de naissance n'a pas transmis de données pour la KS. Cet établissement, et deux autres, n'ont pas non plus transmis de données SpiGes.

L'art. 59a de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) constitue, en lien avec l'article 31 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal), la base légale de la présente publication.

2 Contenu des enquêtes et remarques sur la publication

Disclaimer pour l'année de données 2024

Cette édition est particulière en ce sens qu'elle ne produit pas les chiffres pour l'ensemble des chiffre-clés habituels. En effet, l'introduction du relevé SpiGes a créé des difficultés tant pour la livraison de certaines données que pour la définition conceptuelle de certains chiffres-clés. Au cours de l'élaboration de la publication « Chiffres-clés des hôpitaux suisses 2024 », l'OFSP a été informé par l'OFS que tous les établissements n'avaient pas pu transmettre l'ensemble des données à l'aide des nouvelles parties du questionnaire SpiGes. Les données de coûts et revenus au niveau Site et Entreprise n'ont pas été livrées par l'ensemble des hôpitaux et, parmi ceux qui ont pu fournir ces données, celles-ci n'étaient pas toujours complètes. Après avoir exécuté le calcul des chiffres-clés et contrôlé le résultat, l'OFSP a effectivement constaté que, dans le cas de beaucoup d'établissements, certains chiffres-clés de 2024 n'étaient pas cohérents par rapport à ceux de 2023.

La qualité des données reçues pour l'année de référence 2024 ainsi que les différentes adaptations conceptuelles liées aux relevés SpiGes et KS, qui n'ont pas encore pu être mis en œuvre à temps, n'ont pas permis de produire l'ensemble des chiffres-clés des hôpitaux suisses de manière satisfaisante. Aussi, la comparaison avec les chiffres-clés de l'année précédente n'est pas pertinente. L'OFSP a donc décidé de produire une publication « Chiffres-clés des hôpitaux suisses 2024 » réduite (publication réduite 2024) portant sur une sélection de chiffres-clés, disponible uniquement sous format Excel et sans comparaison avec les chiffres-clés 2023. La liste des chiffres-clés publiés dans la publication réduite 2024 ci-présente est indiquée dans le chapitre « Description des chiffres-clés répertoriés ».

Données

Chaque année, l'OFS procède au relevé de la statistique des hôpitaux et au relevé SpiGes. Ces données servent de base aux chiffres-clés des hôpitaux suisses. Les données nécessaires au calcul des chiffres-clés des hôpitaux suisses sont mises à disposition de l'OFSP selon l'article 59a LAMal. Les données soumises à l'OFS par les hôpitaux et cliniques qui ne remplissent pas les exigences de spécifications du relevé ne sont pas importées par l'OFS et donc pas non plus transmises à l'OFSP pour le calcul des chiffres-clés. Il revient à l'établissement hospitalier de s'assurer que les données transmises remplissent les exigences en matière de spécifications attendues.

Typologie des hôpitaux pour la formation de groupes comparatifs

Dans le cadre des travaux standards sur l'analyse des statistiques des hôpitaux et des établissements de santé non hospitaliers, l'OFS a élaboré une typologie des hôpitaux basée principalement sur les domaines d'activité (nombre de divisions spécialisées) et sur les jours de soins par division. L'activité de formation prise en charge par la division (catégories de formation postgrade FMH) est également un élément constitutif de la typologie des hôpitaux. Il en résulte une répartition des établissements hospitaliers selon le type d'hôpital où l'on distingue entre « hôpitaux de soins généraux » (K1) et « cliniques spécialisées » (K2). Les établissements hospitaliers de la catégorie « Hôpitaux de soins généraux » se subdivisent en « hôpitaux de prise en charge centralisée » (K11) et en « hôpitaux de soins de base » (K12). Les « hôpitaux de prise en charge centralisée » comprennent les centres hospitaliers universitaires (niveau de prestations 1, K111) ainsi que d'autres grands établissements (niveau de prestations 2, K112), en général des hôpitaux cantonaux. Les « hôpitaux de soins de base » se subdivisent, en fonction du nombre de cas d'hospitalisation par année, en trois niveaux de prestations (niveaux 3 (K121), niveau 4 (K122) et niveau 5 (K123)).

En 2024, on dénombre cinq centres hospitaliers universitaires (niveau de prestations 1, « hôpitaux de prise en charge centralisée ») et 38 autres grands établissements de niveau de prestations 2.

Les cliniques spécialisées sont réparties en cliniques psychiatriques (K21), cliniques de réadaptation (K22), et autres cliniques spécialisées (K23). Ces dernières se subdivisent à leur tour en diverses spécialisations¹. Les maisons de naissance intégrées relèvent de la catégorie des cliniques spécialisées en gynécologie/néonatalogie.

Les hôpitaux de soins aigus regroupent l'ensemble des hôpitaux de soins généraux ainsi que les cliniques spécialisées en chirurgie, gynécologie/néonatalogie et pédiatrie. Les hôpitaux spécialisés en psychiatrie, réadaptation, gériatrie et soins palliatifs ainsi que dans le traitement des dépendances ne font donc pas partie des hôpitaux de soins aigus.

L'avantage d'une répartition par types d'hôpital est de permettre la formation de groupes comparables à l'échelle nationale (tableau 1). Ainsi la médiane et la distribution des chiffres-clés (chapitre « Tableaux ») sont calculées pour le type d'hôpital concerné. Toutefois, entre les hôpitaux d'une même typolo-

¹ Les critères d'attribution aux diverses catégories sont décrits en détail dans le concept de la typologie des hôpitaux de l'OFS : [Statistique des établissements hospitaliers de santé - Typologie des hôpitaux, Version 5.3, oct. 2022](#)

gie, il n'est pas rare de constater de grandes différences en matière d'organisation et de mandat de prise en charge ainsi que dans la combinaison entre la structure de l'offre et celle des patients traités. De plus, dans le cadre de la restructuration des hôpitaux, certains cantons ont formé des unités statistiques (régions hospitalières ou groupes d'hôpitaux) qui peuvent parfois regrouper plusieurs établissements. Les différences entre établissements d'un même groupe ainsi que les regroupements en unités statistiques rendent difficile la comparaison entre les établissements d'un même groupe. La prudence est donc de mise en matière de comparaisons à l'intérieur d'un groupe d'hôpitaux de même typologie. On risque également, en cas de dissolution ou de recombinaison de ces regroupements, de ne plus pouvoir former de séries temporelles.

En 2024, 82,7 % des hospitalisations ont eu lieu dans les hôpitaux de soins généraux, 4,3 % des cas ont été traités dans les cliniques psychiatriques et 4,2 % dans les cliniques de réadaptation.

Forme juridique des établissements

Depuis l'introduction, en 2012 du financement hospitalier pour la rémunération des prestations hospitalières en soins somatiques aigus, l'orientation juridico-économique d'une entreprise est définie par la forme juridique utilisée dans le Registre des Entreprises et des Établissements (REE). Les formes juridiques sont « SA / Sàrl », « Association / fondation », « Raison individuelle / société » et « Entreprises publiques ». Le groupe « SA / Sàrl » comprend la société en nom collectif, la société en commandite, la société en commandite par actions, la société anonyme et la société à responsabilité limitée (Sàrl). Le groupe « Association / fondation » comprend la société coopérative, l'association et la fondation. Le groupe « Raison individuelle / société » comprend la raison individuelle et la société simple. Le groupe « Entreprises publiques » comprend les administrations fédérale / cantonale / de district / communale ou d'une autre corporation de droit public ainsi que l'établissement fédéral / cantonal / de district / communal ou d'une autre corporation. En 2024, sur un total de 270 hôpitaux, 40 établissements étaient des entreprises publiques et ont comptabilisé 39 % des hospitalisations (tableau 1).

Cost-weight moyens : Case Mix Index et Day Mix Index

Depuis l'édition des données 2021, l'OFS calcule les cost-weight moyens Case Mix Index brut (CMIb) et Case Mix Index

net (CMI) pour les cas somatiques aigus ainsi que DMI Day Mix Index (DMI) pour la psychiatrie hospitalière et la réadaptation hospitalière sur la base des données sur le tarif pour la tarification relevé dans SpiGes (variable tarif). 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 ». Les valeurs de DMI pour la psychiatrie hospitalière et pour la réadaptation hospitalière ont été proposées pour la première fois dans l'édition des données 2022. Toutefois, la structure tarifaire ST Reha n'étant en vigueur que depuis le 1er janvier 2022, les valeurs 2021 de DMI pour la réadaptation hospitalière n'y étaient pas disponibles.

Jusque pour les données 2023, le tarif pour la tarification provenait de la statistique médicale des hôpitaux (variable 4.8.V01). Dès l'édition des données 2024, le tarif pour la tarification est disponible dans le relevé SpiGes (variable *tarif*).

Le CMI et le DMI présentés dans la publication de chiffres-clés des hôpitaux suisses sont calculés par l'OFS. La base de données utilisée par l'OFS pour le groupage des cas est différente de celle utilisée par SwissDRG SA pour la détermination des cost-weight et pour le calcul des CMI et des DMI en vue de la tarification hospitalière. De ce fait,

les cost-weight moyens présentés dans la publication « Chiffres-clés des hôpitaux suisses » sont indicatifs de l'ordre de grandeur du degré de sévérité moyen des cas traités dans un établissement hospitalier et, en ce sens, leur valeur ne peut servir en aucun cas à la négociation tarifaire.

Depuis l'édition des données 2018, les cas sont groupés à l'aide du grouper SwissDRG. Les données 2024 ont été groupées avec la version de tarification SwissDRG v13.0/2024.

Remarque

Pour les données 2024, l'OFS observe que, pour certains établissements hospitaliers, tous les cas ne peuvent pas être groupés, car les données ne sont pas complètes. Ainsi, certains hôpitaux se retrouvent avec un nombre de cas groupés inférieur au nombre de cas livrés. Pour ces cas, aucun output de grouper ne peut être généré. Cela a donc un impact défavorable sur les cost-weight moyens calculés pour l'établissement puisque ceux-ci sont produits sur une base incomplète où seuls les cas qui ont pu être groupés ont été pris en compte pour le calcul.

Chiffres-clés calculés par l'OFS et mis à disposition de l'OFSP

Depuis plusieurs années, un certain nombre de chiffres-clés sont calculés directement par l'OFS sur la base des données disponibles et mis à disposition de l'OFSP. Dans un souci de continuité avec les publications précédentes, l'OFSP a souhaité que l'OFS continue à fournir ces chiffres. Actuellement, il s'agit des chiffres-clés suivants :

- Nombre de contacts-patients, ambulatoire *AmbPatKont*
- Nombre de journées de soins (traitement hospitalier, sans jour de sortie) – *PflegetageT* et *PflegetageA/P/R/B*
- Nombre de journées de soins (traitements de longue durée) – *PTageLangT*
- Nombre de sorties dans l'année (traitement hospitalier) – *AustritteT* et *Austritte A/P/R/B*
- Nombre de sorties dans l'année (traitements de longue durée) – *AustLangT*
- Nombre de nouveau-nés sains – *NeugT*
- Pourcentage de patients domiciliés à l'étranger (% , traitement hospitalier) – *pPatWAU*
- Pourcentage de patients hors canton de l'établissement (% , traitement hospitalier) – *pPatWAK*
- Pourcentage de patients en division privée ou semi-privée (% , traitement hospitalier) – *pPatLKP*
- Pourcentage de patients avec AMal obligatoire comme garante principale (% , traitement hospitalier) – *pPatHOK*
- Indice de casemix (CMI) brut pour les établissements de type d'activité A et B – *CMIBa/B*
- Indice de casemix (CMI) net pour les établissements de type d'activité A et B – *CMIna/B*
- Day Mix Index (DMI) pour les établissements de type d'activité P et R – *DMI_P* et *DMI_R*

Depuis les données 2024, les coûts et les produits des prestations hospitalières ne sont plus relevées dans la statistique des hôpitaux, mais relevés comme coûts par cas dans SpiGes. L'OFS met ainsi également à disposition de l'OFSP les coûts et produits par cas sous une forme agrégée par numéro BURGESSV afin que l'OFSP puisse calculer les chiffres-clés liés au niveau de l'établissement hospitalier.

Remarque

Les journées de soins sont calculées par l'OFS sur la base des données de durée de séjour LOS provenant du groupage des cas (output du grouper SwissDRG). Si le groupage des cas ne peut être réalisé, par exemple, lorsque les données contiennent des erreurs, aucun output de grouper n'est généré pour les cas

sujets à erreurs. De ce fait, la durée de séjour LOS n'est disponible. Toutefois, pour permettre le calcul des journées de soins et des chiffres-clés basés sur les journées de soins, l'OFS fait une estimation de la durée séjour LOS en considérant la différence entre la date de sortie et la date d'entrée, sans retirer les sorties intermédiaires, les réadmissions et les vacances. Cette estimation amène donc à une durée de séjour plus importante que la durée réelle obtenue par groupage.

Remarques et commentaires des hôpitaux

Pour chaque édition de la publication « Chiffres-clés des hôpitaux suisses », les hôpitaux et cliniques ont la possibilité de produire un commentaire concernant leur chiffres-clés.

Les commentaires doivent expliquer les particularités des chiffres-clés. Il peut arriver que, dans certains cas, les chiffres-clés fournissent une image déformée de la réalité en raison de codes et de définitions lacunaires ou non uniformes. Les éventuels commentaires à ce propos sont pris en compte pour la publication. Des déviations dans les valeurs des chiffres-clés provenant de l'utilisation d'une méthode de calculs différente de celle de l'OFSP ne constituent pas l'objet d'un commentaire. De même, les avis généraux sur les chiffres-clés, sur l'introduction de SpiGes, sur les processus, des remarques sur les chiffres-clés concernant plusieurs hôpitaux ou des commentaires sur la signification statistique de certains chiffres-clés, n'expliquent pas les particularités d'un chiffre-clé ou d'un hôpital spécifique. De telles indications ne correspondent pas à l'esprit et à l'objectif des commentaires et ne seront pas repris pour la publication. Dans la mesure où les commentaires envoyés respectent les critères posés, ils sont repris tels quels - seules les erreurs typographiques et d'orthographe sont corrigées - et publié dans le chapitre « Remarques ».

Nouveautés de la présente édition

Les changements réalisés au niveau des chiffres-clés de cette édition sont détaillés au chapitre « Description des chiffres-clés répertoriés ».

Tableau 1 : hôpitaux selon la typologie et la forme juridique - 2024²

Typologie		SA / Sàrl	Association / fondation	Raison individuelle / société	Entreprise publique	Total
Hôpital de soins généraux, prise en charge centralisée (niveau 1, hôpital universitaire)	Etablissements	1	-	-	4	5
	Cas d'hospitalisation	49'394	-	-	193'791	243'185
Hôpital de soins généraux, prise en charge centralisée (niveau 2)	Etablissement	21	5	-	12	38
	Cas d'hospitalisation	384'244	69'756	-	305'642	759'642
Hôpital de soins généraux, soins de base (niveau 3)	Etablissements	11	2	-	5	18
	Cas d'hospitalisation	86'414	14'670	-	34'262	135'346
Hôpital de soins généraux, soins de base (niveau 4)	Etablissement	16	4	-	2	22
	Cas d'hospitalisation	65'820	16'293	-	10'224	92'337
Hôpital de soins généraux, soins de base (niveau 5)	Etablissements	5	7	-	3	15
	Cas d'hospitalisation	8'072	3'759	-	2'032	13'863
Clinique psychiatrique (niveau 1)	Etablissement	9	-	-	7	16
	Cas d'hospitalisation	25'402	-	-	22'122	47'524
Clinique psychiatrique (niveau 2)	Etablissements	17	12	-	3	32
	Cas d'hospitalisation	10'019	3'574	-	3'345	16'938
Clinique de réadaptation	Etablissement	35	12	-	2	49
	Cas d'hospitalisation	41'896	18'383	-	2'793	63'072
Clinique spécialisée : Chirurgie	Etablissements	35	2	-	-	37
	Cas d'hospitalisation	67'530	16'477	-	-	84'007
Clinique spécialisée : Gynécologie/néonatalogie	Etablissement	12	3	-	-	15
	Cas d'hospitalisation	6'117	933	-	-	7'050
Clinique spécialisée : Pédiatrie	Etablissements	-	2	-	1	3
	Cas d'hospitalisation	-	13'933	-	6'256	20'189
Clinique spécialisée : Gériatrie	Etablissement	2	1	-	1	4
	Cas d'hospitalisation	3'988	2'739	-	5'854	12'581
Clinique spécialisée : Divers	Etablissements	10	5	1	-	16
	Cas d'hospitalisation	6'411	2'041	-	-	8'452
Total	Etablissements	174	55	1	40	270
	Cas d'hospitalisation	755'307	162'558	-	586'321	1'504'186

2 Cas hospitaliers : nombre de sorties durant l'année, sur la base des données de SpiGes (chiffre-clé AustritteT agrégé selon la typologie la forme juridique)

3 Aperçu général du secteur hospitalier

Coûts du secteur hospitalier

Les coûts du système de santé sont passés de 91,8 milliards de francs, en 2022, à 94 milliards de francs, en 2023, ce qui représente une augmentation de 2,4 %. La part des soins hospitaliers dans les coûts du système de santé atteignait 36,3 % en 2023, soit 34,1 milliards de francs³.

En 2024, les charges de personnel constituent en moyenne 62 % des frais d'exploitation et représentent ainsi la plus grande part des dépenses des hôpitaux.

les hôpitaux suisses, exprimé en équivalents plein temps (EPT), a augmenté de 1,7 % entre 2023 et 2024. En 2024, il atteint le chiffre de 189'008 (tableau 6). 39 % des EPT correspondent à des postes de personnel soignant dans le domaine des soins, 14 % à du personnel employé dans d'autres domaines médicaux spécialisés et 15 % à des médecins. Parmi ces derniers, 7 % sont en formation.

Les données 2024 de coûts et produits des secteurs ambulatoire, hospitalier et traitement de longue durée livrées par les établissements hospitaliers à l'OFS ne sont pas fiables. C'est pourquoi, les frais d'investissement, les produits des hospitalisations et des soins et les produits des trois secteurs ne peuvent pas être indiqués ici avec confiance.

Etablissements, lits et cas

Un an après l'entrée en vigueur de la loi sur l'assurance-maladie obligatoire, en 1997, la statistique des hôpitaux comprenait 406 établissements. Depuis, le nombre d'établissements baisse régulièrement, chaque année. En 2024, elle ne comprenait plus que 255 hôpitaux et 15 maisons de naissance, soit 270 établissements (tableau 3). Par rapport à l'année précédente, neuf établissements ne sont plus sur la liste des établissements qui livrent des données dans le cadre de la statistique des hôpitaux et SpiGes (fermeture, fusion, reprise, modification de la forme juridique, séparation en plusieurs questionnaires ou arrêt des prestations hospitalières) et quatre y sont nouvellement présents. Les mutations observées entre 2023 et 2024 sont mentionnées dans le tableau 2.

Hôpitaux de soins généraux et cliniques spécialisées pris ensemble, le nombre de lits a reculé de 0,7 % par rapport à 2018 (tableau 4). En 2024, environ 1,5 millions de patients ont suivi un traitement hospitalier dans les hôpitaux suisses. Le nombre de cas d'hospitalisation (sorties selon SpiGes) a augmenté de 1,7 % par rapport à l'année précédente (tableau 5).

Personnel

Les indications sur le personnel se réfèrent à son ensemble, sans ventilation par domaine d'engagement (ambulatoire, formation et recherche, enseignement et formation postgrade ou autres tâches publiques). Le nombre de personnes employées, dans

3 [OFS, Swiss Stats Explorer – tableau interactifs : Coûts du système de santé](#), 2022 et 2023

Tableau 2 : mutations 2022 – 2023

Etablissements	Mutations 2023 – 2024
Spital Walenstadt	Repris par SMN
Gruppo ospedaliero Moncucco Clinica Santa Chiara	Repris par SMN
ZURZACH Care Klinik für Schlafmedizin	Fusion avec Stadtspital Triemli
Spital Thurgau AG Klinik St. Katharinental	Changement de forme juridique
Spital Thurgau AG Psychiatrische Klinik Münsterlingen	L'établissement n'offre plus de prestations stationnaires
Spital Wallis - Spitalzentrum Oberwallis (SZO)	Fusion avec Hôpital du Valais / cela reste la même entreprise, ne livre qu'une seule comptabilité analytique.
Zurzach Care Rehaklinik Kilchberg	Etablissement fermé
ZURZACH Care Rehaklinik Glarus	Etablissement fermé
Bürgenstock Hotels AG Waldhotel Health & Medical Excellence Rehabilitationsklinik	L'établissement n'offre plus de prestations stationnaires
ZURZACH Care Rehaklinik Baden-Dättwil	Nouvel établissement
Zurzach Care Rehaklinik Limmattal	Réouverture
SMN Ambulatory Services SA La Chaux-de-Fonds	Transmission d'entreprise
Rehazentrum Chur	Nouvel établissement

Tableau 3 : nombre d'hôpitaux selon la forme juridique

	2021	2022	2023	2024
SA / Sàrl	173	177	178	174
Association / fondation	54	56	55	55
Raison individuelle / société	2	1	1	1
Entreprise publique	47	44	41	40
Total	276	278	275	270

Tableau 4 : Nombre de lits (séjours hospitaliers, sans les nouveau-nés sains)⁴

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Hôpitaux de soins généraux	24'226	24'414	23'948	23'930	23'231	23'232	23'361
Cliniques spécialisées	13'825	13'643	13'663	13'915	14'739	14'693	14'431
Total	38'051	38'057	37'611	37'845	37'970	37'925	37'792

4 OFS, STAT-TAB – tableau interactifs : cube « Offre des hôpitaux selon Unité d'observation, Type d'établissement et Année », 2024

Tableau 5 : Cas d'hospitalisation⁵

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Hôpitaux de soins généraux	1'204'632	1'213'698	1'143'267	1'199'526	1'204'248	1'219'626	1'244'373
Cliniques spécialisées	238'994	233'415	227'983	240'447	260'968	259'335	259'813
Total	1'443'626	1'447'113	1'371'250	1'439'973	1'465'216	1'478'961	1'504'186

5 Depuis les données 2024, l'OFS ne propose plus la répartition par Hôpitaux et cliniques spécialisées du fait de la possibilité de réidentification. Les données ont été calculées sur la base de SpiGes 2024

Tableau 6 : personnel employé en équivalents plein temps⁶

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Hôpitaux de soins généraux	130'814	134'179	136'922	139'738	140'117	144'950	147'731
Cliniques spécialisées	37'558	36'749	37'671	38'144	40'701	40'825	41'276
Total	167'873	170'928	174'593	177'882	180'818	185'775	189'008

6 OFS, STAT-TAB – tableau interactifs : cube « Employés des hôpitaux selon la fonction, le type d'établissement, la grande région et le canton de l'établissement, le sexe et la nationalité (sélection) », 2024

Tableau 7A : Aperçu des chiffres-clés de toute la Suisse – Données générales

	2023	2024
Prestations et prise en charge		
Nombre de contacts-patients, ambulatoire	-	24'945'657
Nombre de journées de soins (traitement hospitalier, sans jour de sortie)	-	-
Nombre de sorties dans l'année (traitement hospitalier)	-	1'504'186
Nombre de nouveau-nés sains	-	68'057
Nombre de salles d'opération	-	1'044
Nombre de salles d'accouchement	-	357
Pourcentage de patients domiciliés à l'étranger (% , traitement hospitalier)	-	3,3%
Pourcentage de patients hors canton de l'établissement (% , traitement hospitalier)	-	19,4%
Pourcentage de patients en division privée ou semi-privée (% , traitement hospitalier)	-	20,3%
Pourcentage de patients avec AMal obligatoire comme garante principale (% , traitement hospitalier)	-	93,1%
Traitements de longue durée		
Nombre de journées de soins (traitements de longue durée)	-	-
Nombre de sorties dans l'année (traitements de longue durée)	-	-
Coûts totaux des traitements de longue durée, en 1000 frs.	-	-
Total des produits des traitements de longue durée, en 1000 frs.	-	-
Infrastructure médico-technique, nombre d'examen par appareil		
MRI, ambulatoire	-	2'988
MRI, stationnaire	-	425
CT, ambulatoire	-	3'488
CT, stationnaire	-	1'765
Angiographies, ambulatoire	-	403
Angiographies, stationnaire	-	438
Dialyses, ambulatoire	-	306
Dialyses, stationnaire	-	26
Personnel		
Médecins	-	28'945
- dont médecins en formation postgrade	-	12'790
Personnel soignant	-	74'554
Autre personnel médical	-	27'312
Personnel total	-	189'008
Médecins privés agréés (Heures)	-	2'242'637
Autre personnel agréé (Heures)	-	243'520

Tableau 7A : Aperçu des chiffres-clés de toute la Suisse – Données générales (suite)

	2023	2024
Finances et exploitation, en milliers de francs		
Charges de personnel	-	22'983'791
Charges des investissements	-	2'952'527
Autres charges d'exploitation	-	10'864'220
Total charges	-	36'945'573
Produits des hospitalisations et soins	-	31'152'771
Autres produits d'exploitation	-	2'423'076
Contributions, subventions, déficit couvert	-	3'192'976
- dont Total de la couverture du déficit (réserves et fonds privés, contrib. publiques)	-	316'654
Total des produits	-	36'598'675
Résultat annuel	-	-346'899
Coûts pour la formation prégraduée	-	-
Coûts pour la formation postgrade	-	-
Coûts pour la recherche	-	-
Coûts et revenus du secteur ambulatoire, en milliers de francs		
Coûts totaux du secteur ambulatoire	-	-
- dont Coûts du secteur ambulatoire à la charge de l'AOS	-	-
Total des produits du secteur ambulatoire	-	-
- dont Produits du secteur ambulatoire à la charge de l'AOS	-	-

Tableau 7B : Aperçu des chiffres-clés de toute la Suisse – Données pour les types d'activité A et B

	Soins aigus A		Maisons de naissance B	
	2023	2024	2023	2024
Prestations et prise en charge				
Nombre de journées de soins (traitement hospitalier, sans jour de sortie)	-	-	-	-
Nombre de sorties dans l'année (traitement hospitalier)	-	1'312'413	-	7'050
Nombre de lits (traitement hospitalier)	-	22'090	-	22'090
Durée moyenne d'hospitalisation (Jours, traitement hospitalier)	-	-	-	-
Taux d'occupation des lits (% , traitement hospitalier)	-	-	-	-
Indice de casemix (CMI) brut	-	1,10	-	1,10
Indice de casemix (CMI) net	-	1,13	-	1,13
Finances et exploitation (secteur hospitalier), en milliers de francs				
Coûts totaux du secteur hospitalier	-	-	-	-
- dont Coûts AOS hospitaliers, patients exclusivement assurés de base LAMal	-	-	-	-
- dont charges d'utilisation des investissements (OCP)	-	-	-	-
- dont Coûts AOS hospitaliers, patients avec assurance complémentaire	-	-	-	-
- dont charges d'utilisation des investissements (OCP)	-	-	-	-
Total des produits du secteur hospitalier	-	-	-	-
- dont Produits AOS hospitaliers, patients exclusivement assurés de base LAMal	-	-	-	-
- dont Part des assureurs (%)	-	-	-	-
- dont Produits AOS hospitaliers, patients avec assurance complémentaire	-	-	-	-
- dont Part des assureurs (%)	-	-	-	-

Tableau 7B : Aperçu des chiffres-clés de toute la Suisse (suite) – Données pour les types d'activité P et R

	Psychiatrie P		Réadaptation R	
	2023	2024	2023	2024
Prestations et prise en charge				
Nombre de journées de soins (traitement hospitalier, sans jour de sortie)	-		-	
Nombre de sorties dans l'année (traitement hospitalier)	-	86449	-	98273
Nombre de lits (traitement hospitalier)	-	8809	-	6892
Durée moyenne d'hospitalisation (Jours, traitement hospitalier)	-		-	
Taux d'occupation des lits (% , traitement hospitalier)	-		-	
Day Mix Index (DMI)	-	1,04	-	0,99
Finances et exploitation (secteur hospitalier), en milliers de francs				
Coûts totaux du secteur hospitalier	-	-	-	-
- dont Coûts AOS hospitaliers, patients exclusivement assurés de base LAMal	-	-	-	-
- dont charges d'utilisation des investissements (OCP)	-	-	-	-
- dont Coûts AOS hospitaliers, patients avec assurance complémentaire	-	-	-	-
- dont charges d'utilisation des investissements (OCP)	-	-	-	-
Total des produits du secteur hospitalier	-	-	-	-
- dont Produits AOS hospitaliers, patients exclusivement assurés de base LAMal	-	-	-	-
- dont Part des assureurs (%)	-	-	-	-
- dont Produits AOS hospitaliers, patients avec assurance complémentaire	-	-	-	-
- dont Part des assureurs (%)	-	-	-	-

Système de classification des patients

Des systèmes de classification de patients (DRG) ont été élaborés aux Etats-Unis dès le milieu des années 1970⁷ déjà. En Suisse, le premier travail important dans ce domaine a été publié en 1990⁸. En 1998, des travaux préparatoires ont été entrepris, à l'initiative de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP) et de l'Institut de la santé et de l'économie ISE Suisse, en vue d'adapter le système AP-DRG américain à la Suisse. Ces travaux comprennent le relevé des coûts, l'adaptation du mécanisme de formation des groupes de patients aux réalités suisses et l'établissement de règles et de définitions pour la facturation selon les DRG. A partir de 2002, les cantons de Vaud, Valais et Zurich ont décidé les premiers de recourir au système AP-DRG pour rémunérer les prestations hospitalières et pour calculer les subventions et les enveloppes budgétaires des hôpitaux.

En Suisse, trois structures tarifaires règlent la rémunération des prestations hospitalières. Le système de tarifs forfaitaires Swiss-DRG (Swiss Diagnosis Related Groups)»⁹ pour la rémunération des prestations hospitalières en soins somatiques aigus est en vigueur à l'échelle nationale depuis le 1er janvier 2012. Il est basé sur le système de classification des patients G-DRG, utilisé en Allemagne, et règle de manière uniforme l'indemnisation des prestations hospitalières selon les forfaits par cas, conformément à la dernière révision de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal). Le système SwissDRG a été mis en place d'abord pour les activités non ambulatoires des hôpitaux et des divisions de soins somatiques aigus puis étendu aux prestations hospitalières de psychiatrie et de réadaptation. La structure tarifaire TARPSY pour la rémunération des prestations hospitalières en psychiatrie pour les adultes, les enfants et les adolescents est en vigueur depuis le 1er janvier 2018 pour les adultes et est obligatoire depuis le 1er janvier 2019 pour les enfants et les adolescents. La structure tarifaire ST Reha pour la réadaptation hospitalière est en vigueur le 1er janvier 2022.

Dans le système SwissDRG, chaque cas traité est classé dans un groupe spécifique (*Diagnosis Related Groups, DRG*), au moyen d'un algorithme, sur la base des diagnostics et des traitements. Les critères supplémentaires pris en compte sont l'âge, le sexe et des caractéristiques liées au séjour hospitalier. On forme ainsi des groupes de cas dont le séjour hospitalier est compa-

rable du point de vue médical et en termes de coût global. Les structures tarifaires TARPSY et ST Reha opèrent selon les mêmes principes. Dans le domaine de la psychiatrie, les groupes de cas sont des *Psychiatric Cost Groups (PCG)* et, dans le domaine de la réadaptation, on parle de *Rehabilitation Cost Groups (RCG)*. Dans les systèmes TARPSY et ST Reha, toutefois, la durée de séjour du patient est prise en compte, ce qui n'est pas le cas dans le système SwissDRG.

Les structures tarifaires SwissDRG, TARPSY et ST Reha sont prévues pour les prestations hospitalières. En tant que telle, elles excluent la rémunération des prestations de soins fournies dans les EMS ou par un service d'aide et de soins à domicile (Spitex) ainsi que les prestations fournies aux patients qui, à l'issue d'un séjour hospitalier, sont en attente d'un placement en EMS ou d'une prise en charge à domicile par un service (Spitex).

Calcul des indice de casemix (CMI) et Day Mix Index (DMI)

Le degré de sévérité moyen des cas traités dans un hôpital se mesure par un indice qui fournit une mesure synthétique importante pour exprimer les coûts de traitement¹⁰.

Dans le système SwissDRG, on parle d'indice de Case Mix Index (CMI) et dans les structures tarifaires TARPSY et ST Reha il s'agit du Day Mix Index (DMI).

Dans le système SwissDRG, chaque groupe de cas possède un seul coût relatif (*cost-weight*) en fonction de la gravité des cas de traitement. Le case mix (CM) de l'hôpital représente le degré de gravité des cas facturés par l'hôpital et se calcule par la somme des coûts relatifs de tous les cas. Le Case Mix des n cas d'un hôpital est donc calculé comme suit :

CM = Somme des coûts relatifs (*cost-weight*) des cas

$$CM = \sum_i^n CW_i$$

avec

i = cas i ; n : nombre total de cas de l'hôpital

CM : degré de gravité des cas ; CW : coût relatif (*cost-weight*)

7 Thompson J D, Fetter R B, Moss C D. Case mix and resource use. Inquiry, 1975; 12: 300-12

8 Paccaud F, Schenker L, eds. D.R.G. Diagnosis Related Groups : Gültigkeit, Brauchbarkeit, Anwendungsmöglichkeiten. Berne, Stuttgart, Toronto : éditions Hans Huber ; Aarau : SKI, Schweizerisches Institut für Gesundheits- und Krankenhauswesen, 1990

9 www.swissdr.org

10 Le degré de gravité par type d'hôpital est indiqué dans la publication Actualités OFS : Hospitalisation : principaux résultats. Résultats de la statistique médicale des hôpitaux 2005, 532-0706, mars 2007, Neuchâtel

L'indice de case mix correspond au degré de sévérité moyen de l'hôpital et se calcule en divisant le case mix par le nombre de cas :

$$CMI = \frac{CM}{\text{Nombre de cas}}$$

$$CMI = \frac{\text{Somme des coûts relatifs des cas}}{\text{Nombre de cas}}$$

Le Case Mix Index des n cas d'un hôpital est donc calculé comme suit :

$$CMI = \frac{\sum_i^n CW_i}{n}$$

avec

i = cas i ; n : nombre total de cas de l'hôpital

CMI=Degré de sévérité moyen de l'hôpital ;

CW : coûts relatif (cost-weight)

Dans les systèmes TARPSY et ST Reha, chaque groupe de cas se voit attribuer plusieurs valeurs de coûts relatifs (*cost-weight journalier*) en fonction de la durée du séjour. Le DayMix (DM) est une pondération relative, calculée sur une base empirique, qui décrit l'investissement moyen par jour en soins d'un groupe de patients déterminé. En principe, le DM est calculé chaque année sur la base des données actualisées de coûts par cas des hôpitaux. La valeur relative (DM) d'un cas s'obtient ainsi par multiplication du cost-weight journalier et de la durée de séjour pour ce cas :

DM = Cost-weight journalier*durée de séjour

DM = somme des somme des cost-weight effectifs des cas

Le Day Mix des n cas d'un hôpital est donc calculé comme suit :

$$DM = \sum_i^n CWT_i * D_i$$

avec

i = cas i ; n : nombre total de cas de l'hôpital

DM= cost-weight moyen ;

CWT : cost-weight journalier;

D : durée de séjour

Le Day Mix Index DMI correspond au cost-weight moyen par jour et donne une indication sur le degré de gravité moyen des cas dans un hôpital donné. Il est calculé en divisant la somme des cost-weight effectifs de tous les cas facturés d'un hôpital (valeur relative DM) par la somme des durées de séjour de ces cas :

$$DMI = \frac{\text{Cost - weight moyen (DM)}}{\text{Somme des durées de séjour des cas}}$$

$$DMI = \frac{\text{Somme des cost - weight effectifs des cas}}{\text{Somme des durées de séjour des cas}}$$

$$DMI = \frac{\text{Somme de la valeur relative des cas}}{\text{Somme des durées de séjour des cas}}$$

Le Day Mix Index des n cas d'un hôpital est donc calculé comme suit :

$$DMI = \frac{\sum_i^n CWT_i * D_i}{\sum_i^n D_i}$$

avec

i = cas i ; n : nombre total de cas de l'hôpital

CWT : cost-weight journalier ;

D : durée de séjour

Coûts de traitement ajustés en fonction de la gravité des cas

Certains cas hospitaliers présentent une durée de séjours qui sort des limites attendues et qui sont significativement inférieure ou significativement supérieure à la durée prévue pour le type de prise en charge considérée. On appelle ces séjours des *outliers* (valeurs extrêmes). Le calcul du CMI peut intégrer ou non la distinction entre les cas dont la durée de séjours se trouve dans les limites attendues (cas normaux) et les outliers. Lors du calcul du CMI net¹¹, les valeurs extrêmes inférieure et supérieure sont prises en compte séparément : les cas se voient attribuer un coefficient de pondération basé sur la durée effective du séjour et on calcule pour chaque cas un *cost-weight* pondéré par la durée effective du séjour du cas. Le CMI net exprime ainsi les coûts de traitement ajustés en fonction de la gravité des cas. Au contraire, Le CMI brut ne fait pas de distinction entre les cas normaux et les *outliers*. Il représente ainsi le *cost-weight* moyen de tous les cas traités à l'hôpital sans pondération des outliers..

¹¹ On trouvera une définition plus détaillée du CMI brut et du CMI net dans la publication de l'OFS «Der Case Mix Index – ein Mass für den durchschnittlichen Schweregrad der Krankenhausfälle», StatSanté 3/2004

4 Description des chiffres-clés

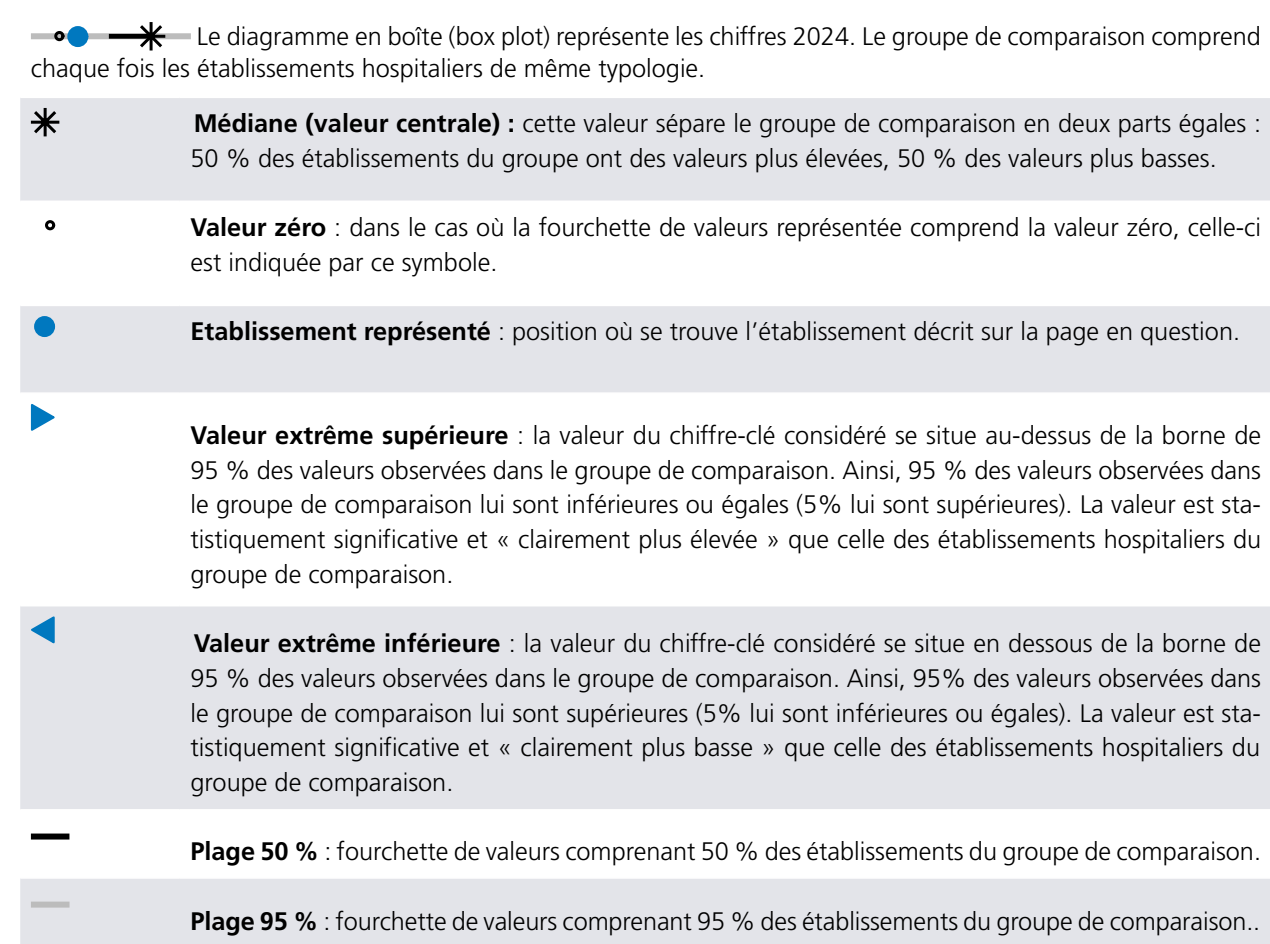
La partie « Tableaux » présente une sélection de chiffres-clés pour chaque hôpital, en Suisse. Les établissements sont répertoriés dans l'ordre alphabétique par canton, par type d'établissement et par nombre décroissant de jours de soins prodigués en 2024. Dans les Données générales sur les établissements, 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.

Depuis l'édition des données 2024, les chiffres-clés des hôpitaux suisses sont calculés sur la base des données provenant de la statistique des hôpitaux et de SpiGes, relevées par l'Office fédéral de la statistique (OFS) auprès des établissements hospitaliers. Chaque année, ces données sont mises à la disposition de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) par l'OFS. On trouve en principe, dans la publication « Chiffres-clés des hôpitaux suisses » les chiffres-clés basés sur les données statistiques de l'année considérée et de l'année d'avant. Des

problèmes systémiques au niveau des données ainsi que des lacunes dans les concepts de calcul ont rendu la comparaison avec les chiffres de l'année précédente peu pertinente. C'est pourquoi cette édition présente exclusivement des chiffres-clés basés sur l'année de donnée 2024.

La colonne « Différence % » indique en pourcentage la différence entre les chiffres-clés des deux années. Pour l'édition des chiffres-clés 2024, la colonne Différence contient le symbole « * » qui indique que les données ne sont pas pertinentes. Il n'en reste pas moins que, 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. Les valeurs dans les colonnes « Médiane » et « Distribution » ne se réfèrent qu'à l'année 2024. 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 : Légende de la colonne « Distribution »



Du fait des difficultés rencontrées par les établissements hospitaliers lors de la livraison de leurs données ainsi que des questions de conception de certains chiffres-clés pour l'édition des chiffres-clés 2024, l'édition 2024 de la publication 2024 contiendra les chiffres-clés suivants :

Données établissement

Tous les chiffres-clés de cette rubrique sont publiés.

Données générales – Prestations et prise en charge

Tous les chiffres-clés de cette rubrique sont publiés, à l'exception du chiffre-clé *PflegetageT - Nombre de journées de soins (hospitalisations, sans jour de sortie)*.

Données générales – Traitements de longue durée

Aucun chiffre-clé n'est publié.

Données générales – Infrastructure médico-technique, nombre d'exams par appareil

Tous les chiffres-clés de cette rubrique sont publiés.

Données générales – Personnel

Tous les chiffres-clés de cette rubrique sont publiés.

Données générales – Finances et exploitation

Tous les chiffres-clés de cette rubrique sont publiés, à l'exception des coûts pour la recherche et la formation, qui sont, dès les données 2024, présentés au niveau de l'établissement (site) :

- *KostABT – Coûts pour la formation prégraduée*
- *KostWBT – Coûts pour la formation postgrade*
- *KostForT – Coûts pour la recherche*

Données générales – Coûts et revenus du secteur ambulatoire

Aucun chiffre-clé n'est publié.

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

Ne sont publiés que les chiffres-clés suivants :

- *AustritteA/P/R/B - Nombre de sorties dans l'année (traitement hospitalier)*
- *BettenStatA/P/R/B - Nombre de lits (traitement hospitalier)*
- *CMlbA/B - Indice de casemix (CMI) brut*
- *CMInA/B - Indice de casemix (CMI) net*
- *DMI_P/R - Day Mix Index (DMI)*

Données par type d'activité A/P/R/B – Finance et exploitation du secteur hospitalier

Aucun chiffre-clé n'est publié.

Adaptation dans les chiffres-clés

L'introduction de SpiGes a généré plusieurs adaptations dans les chiffres-clés des hôpitaux suisses. Les journées de soins, les sorties et les données financières d'exploitation par type d'activité ont été particulièrement impactés par ce changement. Toutes les adaptations effectuées dans cette édition sont documentées de manière détaillée dans le tableau de description des chiffres-clés répertoriés. On trouve ci-après un récapitulatif.

Type d'activité B « Maison de naissance »

Dans SpiGes, le type d'activité B « Maison de naissance » est un sous-ensemble du type d'activité A « aigu ». Pour la publication des chiffres-clés des hôpitaux, l'OFS met à disposition de l'OFSP des variables auxiliaires dans les exportations de données qui permettent de ventiler les chiffres-clés par maison de naissance et présenter le type d'activité A sans le type d'activité B et le type d'activité B séparément.

Nombre de contacts-patients, ambulatoire (AmbPatKont) au lieu de Nombre de consultations ambulatoires (AmbKonsT)

Le chiffre-clé *Nombre de consultations ambulatoires (AmbKons)*, total et par type d'activité a été retiré et remplacé dans les données générales par le chiffre-clé *Nombre de contacts-patients (AmbPatKont)*. Ce chiffre-clé ne peut pas être calculé au niveau des types d'activité, car cette répartition n'existe pas dans SpiGes pour l'ambulatoire.

Le nombre de consultations issues de la KS a été introduit à partir de la publication des données 2016, mais il n'existe pas de consensus sur la définition de ce chiffre-clé. Après consultation de l'OFS en avril 2025, il a également été constaté que le calcul du nombre de consultations serait plus difficile avec SpiGes, car celui-ci ne contient aucune information sur les consultations. Pour cette raison, et du fait des changements importants liés au projet SpiGes pour le domaine stationnaire, il a été décidé de publier le nombre de contacts avec les patients issu de la statistique des données-patients ambulatoires (PSA) au lieu du nombre de consultations issu de la KS.

Chiffres-clé dont l'intitulé fait mention de la MS

Certains intitulés de chiffres-clés faisaient mention de la MS. Du fait que la MS n'est plus une source de données pour les chiffres-clés, les intitulés de ces derniers ont été adaptés. Il s'agit des chiffres-clés suivants :

Jusqu'aux données 2023	Dès les données 2024
PtageStatMST Nombre de journées de soins (hospitalisa-tions, sans jour de sortie)	PflegetageT Nombre de journées de soins (traitement hospitalier, sans jour de sortie)
AustStatMST Nombre de sorties dans l'année (hospitalisa-tions)	AustritteT Nombre de sorties dans l'année (traite-ment hospitalier)
NeugStatMST Nombre de nouveau-nés sains (traitement hospitalier)	NeugT Nombre de nouveau-nés sains
PtageStatMSA/P/R/B Nombre de journées de soins (hospitalisa-tions, sans jour de sortie)	PflegetageA/P/R/B Nombre de journées de soins (traite-ment hospitalier, sans jour de sor-tie)
AustStatMSA/P/R/B Nombre de sorties dans l'année (hospitalisa-tions)	AustritteA/P/R/B Nombre de sorties dans l'année (traite-ment hospitalier)
DADStatMSA/P/R/B Durée moyenne d'hospitalisation (Jours, trai-tement hospitalier)	DADA/P/R/B Durée moyenne d'hospitalisation (Jours, traitement hospitalier)

Durée de séjour et journées de soins

Pour le calcul des journées de soins, l'OFS utilise la durée de séjour LOS, fournie par le grouper SwissDRG. Si les cas ne peuvent pas être groupés, cette valeur n'est pas disponible. Dans ce cas, l'OFS procède à une estimation et considère la différence entre date de sortie et date d'entrée, mais au maximum 365 jours, sans tenir compte des sorties intermédiaires/réadmissions et des congés : durée de séjour = date de sortie - date d'entrée.

Durée moyenne d'hospitalisation (Jours, traitement hospitalier) DADA/P/R/B

La durée moyenne d'hospitalisation (DADA/P/R/B) se base toujours sur le nombre de journées de soins et de sorties. Ces chiffres proviennent désormais de SpiGes et non plus de la MS.

Nombre de lits (traitement hospitalier) BettenStatA/P/R/B

Le calcul du nombre de lits moyen à disposition pour l'exploitation se base sur le nombre de journées-lits d'exploitation BETRIEBS-BETTENTAGE par type d'activité. Ce dernier provient toujours de la KS, mais il existe à présent une variable distincte pour chaque type d'activité :

- A.21.01 : Journées-lits d'exploitation « Soins aigus »
- A.21.02 : Journées-lits d'exploitation « Psychiatrie »
- A.21.03 : Journées-lits d'exploitation « Réadaptation »

Taux d'occupation des lits (% , traitement hospitalier) pBettenBelStatA/P/R/B

En conséquence du changement de variable sur le nombre de journées-lits d'exploitation BETRIEBSBETTENTAGE par type d'activité, le calcul du taux d'occupation des lits a aussi été modifié.

Données financières et d'exploitation par type d'activité

L'ensemble des coûts et revenus sous l'ancienne rubrique « Données financières et d'exploitation par type d'activité A/P/R/B » provenaient de la KS et étaient relevées au niveau de l'hôpital. Il en va de même pour les coûts des traitements de longue durée (KostLangT). Ils sont désormais relevés dans SpiGes au niveau du cas. L'OFS met à disposition de l'OFSP des fichiers de coûts et revenus agrégés au niveau de l'hôpital (numéro BUR_GESV) de façon à pouvoir calculer les chiffres-clés pour la publication

comme dans les éditions précédentes. L'ancienne rubrique « onnées financières et d'exploitation par type d'activité A/P/R/B » a été remaniée et renommée en « Données par type d'activité A/P/R/B - Finance et exploitation pour le secteur hospitalier », car les données financières et d'exploitation pour les secteurs ambulatoire et des traitements de longue durée sont présentés séparément, dans leur rubrique respective.

Données financières et d'exploitation du secteur ambulatoire

Dans SpiGes, les coûts du secteur ambulatoire ne peuvent plus être ventilés par type d'activité, car cette répartition n'existe pas dans SpiGes pour l'ambulatoire. À partir des données 2024, ces coûts sont présentés en tant que total sur l'ensemble des types d'activité, au niveau de l'établissement dans la rubrique « Données générales – Coûts et revenus du secteur ambulatoire »

Coûts pour la formation prégraduée, pour la formation post-grade et pour la recherche

Les coûts pour la formation prégraduée, pour la formation post-grade et pour la recherche étaient ventilés par type d'activité jusque pour les données 2023. Dès les données 2024, ces coûts ne sont plus saisis qu'au niveau de l'établissement, dans SpiGes et seront de ce fait aussi présentés au niveau de l'établissement, dans la publication des chiffres-clés des hôpitaux suisses. En conséquence, les codes de ces chiffres-clés ont été adaptés : KostABT pour la formation prégraduée, KostWBT pour la formation postgrade et KostForT pour la recherche.

Coûts des prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) fournies à des patients disposant d'une assurance complémentaire

Les patients disposant d'une couverture d'assurance complémentaire génèrent des coûts d'une part à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) selon la LAMal et, d'autre part, à la charge de l'assurance complémentaire selon la loi sur le contrat d'assurance (LCA). Jusque pour les données 2023, les coûts résultant des prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) à des patients disposant d'une assurance complémentaire étaient saisis par les hôpitaux directement dans la KS. Dans SpiGes, la distinction entre part AOS et part LCA n'existe pas et les coûts sont fournis au niveau des cas, dans leur globalité. La part AOS des coûts résultant des prestations à la charge de l'AOS fournies à des patients disposant d'une assurance complémentaire doit donc être calculée après-coup. L'OFSP, dans sa publication des coûts par cas des hôpitaux¹²

applique la méthodologie de la CDS. La CDS calcule les coûts selon une méthode déterminée et livre les coûts par cas à l'OFSP. Pour la publication des chiffres-clés des hôpitaux, il est logique d'utiliser la même méthodologie. L'OFSP va ainsi calculer la part AOS des coûts pour l'OFSP pour sa publication des chiffres-clés en utilisant la méthodologie de la CDS. Toutefois, ces chiffres ne sont pas encore disponibles pour l'édition des données 2024.

Revenus résultant des prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) fournies à des patients disposant d'une assurance complémentaire et part de l'assureur

Les revenus résultant des prestations à la charge de l'AOS fournies à des patients disposant d'une assurance complémentaire peuvent être calculés en se basant sur les factures. Il en est de même pour la part de l'assureur (part prise en charge par les différentes assurances LAMal et LCA). En effet, ces informations sont disponibles sur les factures.

Calculs des coûts à la charge de l'AOS, des produits AOS et de la part des assureurs

Au moment de la publication des indicateurs 2024 par les hôpitaux et les cliniques, l'OFSP n'avait pas encore calculé les coûts à la charge de l'AOS, des produits de l'AOS et de la part des assureurs, car les informations nécessaires n'étaient pas encore toutes disponibles et la vérification et la validation des résultats nécessitent du temps. Cela se fera en cours d'année.

Tableaux des chiffres-clés

Les pages qui suivent décrivent en détail les chiffres-clés de la publication « Chiffres-clés des hôpitaux suisses ». Les tableaux des chiffres-clés ci-dessous indiquent le nom et l'intitulé du chiffre-clé, sa définition et description ainsi que les éléments de calcul.

Données par type d'activité

Dès les données 2024, les différents types d'activité sont « soins aigus » (A), « psychiatrie » (P) et/ou « réadaptation » (R). Dans SpiGes, le type « maison de naissance » (B) n'existe pas. Les maisons de naissance sont sous le type d'activité « soins aigus » (A). Pour la publication « Chiffres-clés des hôpitaux suisses » ce type d'activité est restitué en se basant sur une variable auxiliaire.

¹² Disponible en français et en allemand : [https://www.bag.admin.ch/fr/publication-des-coûts-par-cas-des-hôpitaux-->Publication-des-coûts-par-cas-des-hôpitaux-\(xlsx\)/Publikation-der-Fallkosten-der-Spitäler-Publikation-der-Fallkosten-der-Spitäler](https://www.bag.admin.ch/fr/publication-des-coûts-par-cas-des-hôpitaux-->Publication-des-coûts-par-cas-des-hôpitaux-(xlsx)/Publikation-der-Fallkosten-der-Spitäler-Publikation-der-Fallkosten-der-Spitäler)

Données établissement

Chiffre-clé	Définition et description	Calcul ^{13,14}
KT Canton	Canton de l'établissement hospitalier. Canton administrativement responsable de l'établissement hospitalier. Ce chiffre-clé est repris de la KS.	KS A.02.10
Inst / Adr / Ort Etablissement et adresse	Désignation Nom et adresse de l'établissement. Ces chiffres-clés sont repris de la KS.	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). Ce chiffre-clé est repris de la KS.	KS A.02.08
LA Offre de prestation	Offre de prestation de l'établissement hospitalier. Ce chiffre-clé est repris de la KS.	« Amb » : KS A.02.15 = 1 « Stat » : KS A.02.16 = 1
RForm Forme juridique	Forme juridique de l'établissement hospitalier. La répartition se fait selon la nomenclature des formes juridiques de l'OFS. Les formes juridiques sont réunies en quatre groups : « 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. Ce chiffre-clé est repris de la KS.	« 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

13 : Statistique des hôpitaux - Conception détaillée valable dès l'introduction de SpiGes, version 2.3, 2025; coûts par cas agrégés au niveau de l'hôpital (BURGESV) (SpiGes)

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

Données établissement

Chiffre-clé	Définition et description	Calcul ^{13,14}
Akt <i>Type d'activité</i>	Type d'activité de l'établissement hospitalier. La répartition par type d'activité se fait selon les prestations fournies par les établissements hospitaliers. 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, sont enregistrées sous le type d'activité A. Dans la publication, elles sont identifiées par la variable AKTIVITAET qui prend la valeur = '1001'. Ce chiffre-clé est repris de la KS.	« A »: KS A.01.01 = 1 « P »: KS A.01.02 = 1 « R »: KS A.01.03 = 1 « B »: KS A.01.01 = 1 et AKTIVITAET = '1001'
SL <i>Prestations spécifiques</i>	Prestations spécifiques de l'établissement hospitalier. Ce chiffre-clé indique si l'établissement hospitalier exploite un service d'urgence (NF) reconnu ou une unité de soins intensifs (IPS). Ce chiffre-clé est repris de la KS.	« NF »: KS A.06.01.01 = 1 « IPS »: KS A.06.01.05 = 1
WB <i>Formation de base et formation postgrade</i>	Formation de base et formation postgrade dispensée dans l'établissement hospitalier. Ce chiffre-clé indique si l'établissement hospitalier 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). Ce chiffre-clé est repris de la KS.	« MSt »: KS A.06.01.08 = 1 « Arzt »: KS A.06.01.09 = 1 « BGs »: KS A.06.01.10 = 1
AnzStand <i>Nombre de sites</i>	Nombre de sites de l'établissement hospitalier Ce chiffre-clé indique le 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. Ce chiffre-clé est repris de la KS.	KS A.11.00
SA <i>Infrastructure spéciale</i>	Infrastructure spéciale de l'établissement hospitalier Ce chiffre-clé indique si l'hôpital dispose d'appareils et d'équipements spéciaux. Parmi ceux-ci, on distingue 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). Ce chiffre-clé est repris de la KS.	« 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

Données générales – Prestations et prise en charge

Chiffre-clé	Définition et description	Calcul
<i>AmbPatKont</i> Nombre de contacts-patients, ambulatoire	Nombre total de contact-patients pour l'établissement à l'année de référence, sans distinction de centres de prestations. Un "contact avec un patient" est comptabilisé par patient, par site et par jour de traitement : chaque personne pour laquelle au moins une prestation a été fournie dans le site lors d'un jour spécifique compte comme contact avec des patients. Sont considérées toutes les prestations, donc aussi les prestations fournies en l'absence des patients, comme la rédaction de rapports. Les contacts avec les patients sont sommés sur l'année de référence. Ce chiffre-clés est calculé sur la base des données PSA par l'OFS et transmis à l'OFSP.	L'OFS calcule le nombre de contacts sur la base des données PSA et en considérant le nombre de patients par hôpital (BURGESV). Les combinaisons sont réalisées au niveau du site (BURNR) et agrégée au niveau de l'hôpital par numéro BURGESHV. Le traitement du patient doit avoir eu lieu au cours de l'année de données considérée. Chaque combinaison de BURGESHV, UALC (patient) et date de traitement est comptabilisée pour l'année de données considérée. Un patient peut donc avoir au maximum un traitement par jour au cours de l'année de données considérée. Les patients avec UALC = 0 sont exclus. Aucune prestation n'est exclue
<i>PflegetageT</i> Nombre de journées de soins (traitement hospitalier, sans jour de sortie)	Nombre total de journées de soins de tous les cas administratifs en traitement hospitalier A ou C ; pour l'ensemble des types d'activité. Cas de type A : cas administratifs clos entre le 1er janvier et le 31 décembre Cas de type C : cas administratifs ouverts avant le 1er janvier et pas encore clos le 31 décembre Les journées de soins en traitements de longue durée ne sont pas comptabilisées ici. Le nombre de journées de soins ne comprend pas le jour de sortie ni les jours de congé complets et est limitée à 365 jours par cas. Ce chiffre-clé correspond à la somme des durées de séjour LOS de tous les cas A et C pour lesquels le tarif pour la tarification est 0, 1, 2, 3, 4, 5 ou 6. Les cas dont le tarif pour la tarification n'est pas connu sont aussi pris en compte. La durée de séjour LOS provient de l'output du grouper. Si le grouper des cas n'a pas pu être effectué, aucun output de grouper n'est généré. Dans ce cas, la durée de séjour LOS n'est disponible. Pour les chiffres-clés basés sur <i>PflegetageT</i>, l'OFS fait une estimation de la durée séjour en considérant la différence entre la date de sortie et la date d'entrée, sans retirer les sorties intermédiaires, les réadmissions et les vacances. Ce chiffre-clé est calculé par l'OFS sur la base des données SpiGes et transmis à l'OFSP.	Données provenant de : SpiGes.GROUPER_DRG SUM(min(365,LOS)) if TARIF in (0,1,2,3,4,5,6) and ABC_FALL in ('A','C') Estimation de la durée de séjour lorsque les cas ne peuvent pas être groupés : Durée de séjour = date de sortie - date d'entrée

Données générales – Prestations et prise en charge

Chiffre-clé	Définition et description	Calcul
<i>AustritteT</i> <i>Nombre de sorties dans l'année (traitement hospitalier)</i>	Nombre total de cas administratifs hospitaliers A; pour l'ensemble des types d'activité. Cas de type A : cas clos entre le 1er janvier et le 31 décembre Les journées de soins en traitements de longue durée ne sont pas comptabilisées ici. Ce chiffre-clé correspond au nombre total de cas A pour lesquels le tarif pour la tarification est 0, 1, 2, 3, 4, 5 ou 6. Les cas dont le tarif pour la tarification n'est pas connu sont aussi pris en compte. Ce chiffre-clé est calculé par l'OFS sur la base des données SpiGes et transmis à l'OFSP.	Données provenant de : SpiGes.ADMINISTRATIVES COUNT(FALL_ID_CH) IF TARIF in (0,1,2,3,4,5,6) and ABC_FALL='A')
<i>NeugT</i> <i>Nombre de nouveau-nés sains</i>	Nombre total de cas de nouveau-nés sains (cas A) en traitement hospitalier. Cas de type A : cas administratifs clos entre le 1er janvier et le 31 décembre Les nouveaux-nés sains sont définis selon SwissDRG. Ce chiffre-clé correspond au nombre total de cas A pour lesquels le code DRG est 'P66D' ou 'P67D'. Ce chiffre-clé est calculé par l'OFS sur la base des données SpiGes et transmis à l'OFSP.	Données provenant de : SpiGes.ADMINISTRATIVES ; SpiGes.GROUPER_DRG COUNT(FALL_ID_CH) IF DRG in ('P66D','P67D') and ABC_FALL='A' and TARIF=1
<i>Ops</i> <i>Nombre de salles d'opération</i>	Nombre de salles d'opération exploitées dans l'établissement hospitaliers. Ce chiffre-clé est repris de la KS.	KS A.13.09
<i>Gebs</i> <i>Nombre de salles d'accouchement</i>	Nombre de salles d'accouchement exploitées dans l'établissement hospitaliers. Ce chiffre-clé est repris de la KS.	KS A.13.11

Données générales – Prestations et prise en charge

Chiffre-clé	Définition et description	Calcul
<i>pPatWAU</i> Pourcentage de patients domiciliés à l'étranger (% traitement hospitalier)	Pourcentage de patients dont le domicile est à l'étranger. Ce chiffre-clé correspond au nombre de cas hospitaliers pour lesquels le domicile est à l'étranger divisé par le nombre total de cas hospitaliers. Les cas sont identifiés par la variable FALL_ID_CH : numéro de cas généré par l'OFS pour pouvoir mettre à disposition un identificateur du cas pseudonymisé. Il ne change pas d'une année à l'autre (ce qui signifie que le cas B de l'année précédente porte le même numéro FALL_ID_CH que le cas A de l'année d'après). Ce chiffre-clé est calculé par l'OFS sur la base des données SpiGes et transmis à l'OFSP.	Données provenant de : SpiGes.ADMINISTRATIVES (COUNT(FALL_ID_CH) when (WOHNLAND<>"CHE"))/COUNT(FALL_ID_CH))*100
<i>pPatWAK</i> Pourcentage de patients hors canton de l'établissement (% traitement hospitalier)	Pourcentage de patients pour lesquels le canton de résidence n'est pas le canton de l'établissement hospitalier. Ce chiffre-clé correspond au nombre de cas hospitaliers pour lesquels le canton de résidence est différent du canton de l'établissement divisé par le nombre total de cas hospitaliers. Les cas sont identifiés par la variable FALL_ID_CH : numéro de cas généré par l'OFS pour pouvoir mettre à disposition un identificateur du cas pseudonymisé. Il ne change pas d'une année à l'autre (ce qui signifie que le cas B de l'année précédente porte le même numéro FALL_ID_CH que le cas A de l'année d'après).	Données provenant de : SpiGes.ADMINISTRATIVES; KS (COUNT(FALL_ID_CH) when WOHNKANTON <> KANTON) /COUNT(FALL_ID_CH))*100
<i>pPatLKP</i> Pourcentage de patients en division privée ou semi-privée (% traitement hospitalier)	Pourcentage de patients pour lesquels la classe de lit est privée ou semi-privée. Ce chiffre-clé correspond au nombre de cas hospitaliers pour lesquels la classe de lit est 2 (semi-privée) ou 3 (privée) divisé par le nombre total de cas hospitaliers. Les cas sont identifiés par la variable FALL_ID_CH : numéro de cas généré par l'OFS pour pouvoir mettre à disposition un identificateur du cas pseudonymisé. Il ne change pas d'une année à l'autre (ce qui signifie que le cas B de l'année précédente porte le même numéro FALL_ID_CH que le cas A de l'année d'après). Ce chiffre-clé est calculé par l'OFS sur la base des données SpiGes et transmis à l'OFSP.	Données provenant de : SpiGes.ADMINISTRATIVES (COUNT(FALL_ID_CH) when (LIEGEKLASSE in ('2','3')))/COUNT(FALL_ID_CH))*100

Données générales – Prestations et prise en charge

Chiffre-clé	Définition et description	Calcul
<i>pPatHOK</i> Pourcentage de patients avec AMal obligatoire comme garante principale (% traitement hospitalier)	Pourcentage de patients pour lesquels les coûts des prestations de l'assurance de base pour le séjour hospitalier sont essentiellement prises en charge par l'assurance-maladie obligatoire. Ce chiffre-clé correspond au nombre de cas pour lesquels l'assurance-maladie obligatoire des soins est la garante principale des prestations de l'assurance de base divisé par le nombre total de cas hospitaliers. Les cas sont identifiés par la variable FALL_ID_CH : numéro de cas généré par l'OFS pour pouvoir mettre à disposition un identificateur du cas pseudonymisé. Il ne change pas d'une année à l'autre (ce qui signifie que le cas B de l'année précédente porte le même numéro FALL_ID_CH que le cas A de l'année d'après). Ce chiffre-clé est calculé par l'OFS sur la base des données SpiGes et transmis à l'OFSP.	Données provenant de : SpiGes.ADMINISTRATIVES $(\text{COUNT}(\text{FALL_ID_CH}) \text{ when GRUNDVERSICHERUNG} = "1" / \text{COUNT}(\text{FALL_ID_CH})) * 100$

Données générales – Traitements de longue durée

Chiffre-clé	Définition et description	Calcul
<i>PTageLangT</i> Nombre de journées de soins (traitements de longue durée)	Nombre total de journées de soins de tous les cas administratifs A et C en traitements de longue durée. Cas de type A : cas administratifs clos entre le 1er janvier et le 31 décembre Cas de type C : cas administratifs ouverts avant le 1er janvier et pas encore clos le 31 décembre Le nombre de journées de soins ne comprend pas le jour de sortie ni les jours de congé complets et est limité à 365 jours par cas. Ce chiffre-clé correspond à la somme des durées de séjour de tous les cas A et C pour lesquels le tarif pour la tarification est 7. Les cas dont le tarif pour la tarification n'est pas connu sont aussi pris en compte. La durée de séjour LOS provient de l'output du grouper. Si le groupage des cas n'a pas pu être effectué, aucun output de grouper n'est généré. Dans ce cas, la durée de séjour LOS n'est disponible. Pour les chiffres-clés basés sur PTageLangT, l'OFS fait une estimation de la durée séjour en considérant la différence entre la date de sortie et la date d'entrée, sans retirer les sorties intermédiaires, réadmissions et vacances. Ce chiffre-clé est calculé par l'OFS sur la base des données SpiGes et transmis à l'OFSP.	Données provenant de : SpiGes.GROUPER_DRG $\text{SUM}(\min(365, \text{LOS})) \text{ IF TARIF in (7) and ABC_FALL in ('A','C')}$ Estimation de la durée de séjour lorsque les cas ne peuvent pas être groupés : $\text{Durée de séjour} = \text{date de sortie} - \text{date d'entrée}$

Données générales – Traitements de longue durée

Chiffre-clé	Définition et description	Calcul
<i>AustLangT</i> Nombre de sorties dans l'année (traitements de longue durée)	Nombre total des cas administratifs A en traitements de longue durée. Cas de type A : cas administratifs clos entre le 1er janvier et le 31 décembre Ce chiffre-clé correspond au nombre total de cas A pour lesquels le tarif pour la tarification est 7. Les cas dont le tarif pour la tarification n'est pas connu sont aussi pris en compte. Ce chiffre-clé est calculé par l'OFS sur la base des données SpiGes et transmis à l'OFSP.	Données provenant de SpiGes.ADMINISTRATIVES COUNT(FALL_ID_CH) IF TARIF in (7) and ABC_FALL='A'
<i>KostLangT</i> Coûts totaux des traitements de longue durée	Coûts totaux des traitements de longue durée Ce chiffre-clé correspond à l'ensemble des coûts des prestations en traitements de longue durée fournies aux patients de toutes les catégories d'assurance (p. ex., assurance de base, complémentaire, militaire, invalidité, etc.) ainsi qu'aux patients qui paient eux-mêmes les prestations et aux patients au bénéfice d'une couverture d'assurance étrangère. Ce chiffre est calculé sur la base des coûts par cas agrégés par l'OFS au niveau de l'hôpital (BUR-GESV) pour l'OFSP.	Ce chiffre est calculé sur la base des coûts par cas de SpiGes agrégés par l'OFS au niveau de l'hôpital (BUR-GESV) pour l'OFSP. Voir fichier FR_Coûts et produits_CCP24.pdf
<i>ErlLangT</i> Total des produits des traitements de longue durée	Total des produits des traitements de longue durée Ce chiffre-clé correspond à l'ensemble des produits résultant des prestations en traitements de longue durée fournies aux patients de toutes les catégories d'assurance (p. ex., assurance de base, complémentaire, militaire, invalidité, etc.), ainsi qu'aux patients qui paient eux-mêmes les prestations et aux patients au bénéfice d'une couverture d'assurance étrangère. Ce chiffre est calculé sur la base des coûts par cas agrégés par l'OFS au niveau de l'hôpital (BUR-GESV) pour l'OFSP.	Ce chiffre est calculé sur la base des coûts par cas de SpiGes agrégés par l'OFS au niveau de l'hôpital (BUR-GESV) pour l'OFSP. Voir fichier FR_Coûts et produits_CCP24.pdf

Données générales – Infrastructure médico-technique, nombre d'examens par appareil

Chiffre-clé	Définition et description	Calcul
<i>pMRI_AMB</i> <i>RMI, ambulatoire</i>	Nombre d'examens RMI par appareil RMI pour le secteur ambulatoire. Ce chiffre-clé correspond au rapport entre le nombre d'examens RMI dans le secteur ambulatoire et le nombre total d'appareils RMI. Ce chiffre-clé est calculé sur la base des données de la KS.	KS A.13.201 / KS A.13.001
<i>pMRI_STAT</i> <i>RMI, stationnaire</i>	Nombre d'examens par appareil RMI, pour le secteur hospitalier. Ce chiffre-clé correspond au rapport entre le nombre d'examens RMI dans le secteur hospitalier et le nombre total d'appareils RMI. Ce chiffre-clé est calculé sur la base des données de la KS.	KS A.13.301 / KS A.13.001
<i>pCT_AMB</i> <i>CT, ambulatoire</i>	Nombre d'examens par scanner CT, pour le secteur ambulatoire. Ce chiffre-clé correspond au rapport entre le nombre d'examens CT dans le secteur ambulatoire et le nombre total de scanners CT. Ce chiffre-clé est calculé sur la base des données de la KS.	KS A.13.202 / KS A.13.002
<i>pCT_STAT</i> <i>CT, stationnaire</i>	Nombre d'examens par scanner CT, pour le secteur hospitalier. Ce chiffre-clé correspond au rapport entre le nombre d'examens CT dans le secteur hospitalier et le nombre total de scanners CT. Ce chiffre-clé est calculé sur la base des données de la KS.	KS A.13.302 / KS A.13.002
<i>pANGIO_AMB</i> <i>Angiographies, ambulatoire</i>	Nombre d'angiographies par appareil pour angiographie, pour le secteur ambulatoire. Ce chiffre-clé correspond au rapport entre le nombre d'angiographies dans le secteur ambulatoire et le nombre total d'appareils pour angiographie. Ce chiffre-clé est calculé sur la base des données de la KS.	KS A.13.207 / KS A.13.007
<i>pANGIO_STAT</i> <i>Angiographies, stationnaire</i>	Nombre d'angiographies par appareil pour angiographie, pour le secteur hospitalier. Ce chiffre-clé correspond au rapport entre le nombre d'angiographies dans le secteur hospitalier et le nombre total d'appareils pour angiographie. Ce chiffre-clé est calculé sur la base des données de la KS.	KS A.13.307 / KS A.13.007

Données générales – Infrastructure médico-technique, nombre d’examens par appareil

Chiffre-clé	Définition et description	Calcul
<i>pDIA_AMB</i> <i>Dialyses, ambulatoire</i>	Nombre de dialyses par appareil pour dialyses, pour le secteur ambu- latoire. Ce chiffre-clé correspond au rapport entre le nombre de dialyses dans le secteur ambulatoire et le nombre total d’appareils pour dialyses. Ce chiffre-clé est calculé sur la base des données de la KS. Ce chiffre-clé est calculé sur la base des données de la KS.	KS A.13.208 / KS A.13.008
<i>pDIA_STAT</i> <i>Dialyses, stationnaire</i>	Nombre de dialyses par appareil pour dialyses, pour le secteur hospi- talier. Ce chiffre-clé correspond au rapport entre le nombre dialyses dans le secteur hospitalier et le nombre total d’appareils pour dialyses. Ce chiffre-clé est calculé sur la base des données de la KS.	KS A.13.308 / KS A.13.008

Données générales – Personnel

Chiffre-clé	Définition et description	Calcul
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 collabo- ratrices 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 effec- tivement 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 – Personnel

Chiffre-clé	Définition et description	Calcul
<i>PersA</i> <i>Médecins</i>	Nombre de médecins qui prennent en charge des patients dans les différentes disciplines médicales, exprimé en équivalents plein-temps (EPT). Un équivalent plein-temps (EPT) correspond à un poste de travail occupé à 100 %. EPT = nombre d'heures de travail rémunérées / nombre d'heures de travail d'un poste à 100 % (ex. un poste à 50 % correspond à 0,5 EPT). Ce chiffre-clé indique donc le temps de travail effectué au cours d'une année par rapport à un poste de travail à 100 %. Ce chiffre-clé est calculé sur la base des données de la KS.	(KS A.14.05.02) avec KS A.14.04=1 à 6
<i>dont PersAWB</i> <i>médecins en formation post-grade</i>	Nombre de médecin en formation postgrade qui prennent en charge des patients dans les différentes disciplines médicales, exprimé en équivalents plein-temps (EPT). Médecin en formation postgrade : va de médecin-assistant à chef de service Un équivalent plein-temps (EPT) correspond à un poste de travail occupé à 100 %. EPT = nombre d'heures de travail rémunérées / nombre d'heures de travail d'un poste à 100 % (ex. un poste à 50 % correspond à 0,5 EPT). Ce chiffre-clé indique donc le temps de travail effectué au cours d'une année par rapport à un poste de travail à 100 % (ex. un poste à 50% correspond à 0,5 EPT). Ce chiffre-clé est calculé sur la base des données de la KS.	(KS A.14.05.02) avec KS A.14.04 = 1 à 5 et KS A.14.09 = 1
<i>PersP</i> <i>Personnel soignant</i>	Nombre d'employés du personnel soignant, exprimé en équivalents plein-temps (EPT). Ce chiffre-clés comprend les infirmières, sages-femmes, aides-soignants, spécialistes de la santé, personnel spécialisé pour la prise en charge, etc. Un équivalent plein-temps (EPT) correspond à un poste de travail occupé à 100 %. EPT = nombre d'heures de travail rémunérées / nombre d'heures de travail d'un poste à 100 % (ex. un poste à 50 % correspond à 0,5 EPT). Ce chiffre-clé indique donc le temps de travail effectué au cours d'une année par rapport à un poste de travail à 100 %. Ce chiffre-clé est calculé sur la base des données de la KS.	KS A.14.05.02) avec KS A.14.04=7 à 12

Données générales – Personnel

Chiffre-clé	Définition et description	Calcul
<i>PersMT</i> <i>Autre personnel médical</i>	Nombre d'employés du personnel médical restant, exprimé en équivalents plein-temps (EPT). Un équivalent plein-temps (EPT) correspond à un poste de travail occupé à 100 %. $EPT = \text{nombre d'heures de travail rémunérées} / \text{nombre d'heures de travail d'un poste à 100 \%}$ (ex. un poste à 50 % correspond à 0,5 EPT). Ce chiffre-clés correspond au personnel médico-technique et médico-thérapeutique et 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. Ce chiffre-clé indique donc le temps de travail effectué au cours d'une année par rapport à un poste de travail à 100 %. Ce chiffre-clé est calculé sur la base des données de la KS.	(KS A.14.05.02)
<i>PersT</i> <i>Personnel total</i>	Nombre total d'employés, exprimé en équivalents plein-temps (EPT). Ce chiffre-clés comprend les médecins, le personnel soignant, le personnel médical restant ainsi que le personnel des services sociaux (conseil et soutien), les agents d'entretien, le personnel des services techniques et le personnel administratif. Un équivalent plein-temps (EPT) correspond à un poste de travail occupé à 100 %. $EPT = \text{nombre d'heures de travail rémunérées} / \text{nombre d'heures de travail d'un poste à 100 \%}$ (ex. un poste à 50 % correspond à 0,5 EPT). Ce chiffre-clé indique donc le temps de travail effectué au cours d'une année par rapport à un poste de travail à 100 %. Ce chiffre-clé est calculé sur la base des données de la KS.	(KS A.14.05.02)
<i>StdBelA</i> <i>Médecins privés agréés</i> <i>(Heures)</i>	Heures de travail des médecins en cabinet privé qui traitent leurs patients à l'hôpital et sont rémunérés sur facturation. Ce chiffre-clé est calculé sur la base des données de la KS.	(KS A.14.05.04) avec KS A.14.04=33
<i>StdBelP</i> <i>Autre personnel agréé</i> <i>(Heures)</i>	Heures de travail des sages-femmes et des autres personnes agréées qui traitent des patients à l'hôpital et sont rémunérées sur facturation. Ce chiffre-clé est calculé sur la base des données de la KS.	(KS A.14.05.04) avec KS A.14.04=34, 35

Données générales – Finances et exploitation

Chiffre-clé	Définition et description	Calcul
<i>AwBesold</i> <i>Charges de personnel</i>	Charges de personnel Ce chiffre-clé comprend l'ensemble des 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+. Ce chiffre-clé est repris de la KS.	KS A. 15.01
<i>AwInvest</i> <i>Charges des investissements</i>	Charges des investissements Ce chiffre-clé comprend les charges d'utilisation des immobilisations et les charges financières (charge des intérêts correspondant aux comptes 44 et 46 du plan comptable H+). Ce chiffre-clé est calculé sur la base des données de la KS.	KS A. 15.06 + KS A. 15.08
<i>AwSonst</i> <i>Autres charges d'exploitation</i>	Autres charges d'exploitation Ce chiffre-clé comprend l'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. Ce chiffre-clé est calculé sur la base des données de la KS.	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> <i>Total charges</i>	Total des charges Ce chiffre-clé comprend l'ensemble des charges, incluant les impôts, les charges exceptionnelles et les charges hors exploitation correspondant aux comptes 77–79 du plan comptable H+. Ce chiffre-clé est repris de la KS.	KS A. 15.20
<i>EtMedL</i> <i>Produits des hospitalisations et soins</i>	Total des produits d'exploitation résultant des hospitalisations et des soins Ce chiffre-clé 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+ ainsi que les produits du secteur ambulatoire. Ce chiffre-clé est calculé sur la base des données de la KS.	KS A. 15.30 + KS A. 15.31 + KS A. 15.32

Données générales – Finances et exploitation

Chiffre-clé	Définition et description	Calcul
<i>EtSonst</i> <i>Autres produits d'exploitation</i>	Autres produits d'exploitation Ce chiffre-clé comprend l'ensemble des produits des autres prestations destinées aux patients qui ne sont pas déjà comptabilisées dans les produits des hospitalisations et soins selon les comptes 60–62 conformément au plan comptable H+, les recettes des loyers et intérêts en relation directe avec l'exploitation de l'hôpital, les recettes provenant des prestations au personnel et aux tiers ainsi que la variation des stocks de produits. Ce chiffre-clé est calculé sur la base des données de la KS.	$KS\ A.\ 15.33 + KS\ A.\ 15.34 + KS\ A.\ 15.35 + KS\ A.\ 15.42$
<i>EtSubv</i> <i>Contributions, subventions, déficit couvert</i>	Contributions, subventions et déficit couvert Ce chiffre-clés comprend l'ensemble des aides financières accordées par les pouvoirs publics ou des organisations de droit privé sous forme de cotisations ou de subventions ainsi que d'éventuelles couvertures de déficit comptabilisées à part. Ce chiffre-clé est calculé sur la base des données de la KS.	$KS\ A.\ 15.36 + KS\ A.\ 16.40$
<i>dont</i> <i>EtDef</i> <i>Total de la couverture du déficit (réserves et fonds privés, contrib. publiques)</i>	Total de la couverture du déficit Ce chiffre-clés comprend l'ensemble des aides financières accordées par les pouvoirs publics ou des organisations de droit privé pour la couverture du déficit telles que réserves, contributions des communes, des cantons, et de la Confédération ainsi que fonds privés sous forme d'éventuelles couvertures de déficit comptabilisées à part. Ce chiffre-clé est calculé sur la base des données de la KS.	$KS\ A.\ 16.40$ $(KS\ A.\ 16.31 + KS\ A.\ 16.32 + KS\ A.\ 16.33 + KS\ A.\ 16.34 + KS\ A.\ 16.35)$
<i>EtT</i> <i>Total des produits</i>	Total des produits Ce chiffre-clés comprend les produits des hospitalisations et soins, les autres produits d'exploitation, les contributions et subventions ainsi que les impôts, produits exceptionnels et hors exploitation. Ce chiffre-clé est repris de la KS.	$KS\ 15.50$
<i>FiErg</i> <i>Résultat annuel</i>	Résultat annuel Ce chiffre-clé correspond au bénéfice net ou à la perte nette, à l'exclusion d'une éventuelle couverture du déficit. Ce chiffre-clé est calculé sur la base des données de la KS.	$KS\ A.\ 16.10 - KS\ A.\ 16.20$

Données générales – Finances et exploitation

Chiffre-clé	Définition et description	Calcul
<i>KostABT</i> Coûts pour la formation pré-graduée	Coûts pour la formation prégraduée Ce chiffre-clé comprend l'ensemble des coûts provenant de l'enseignement universitaire pour la formation de base.	Ce chiffre est calculé sur la base des coûts par cas de SpiGes agrégés par l'OFS au niveau de l'hôpital (BURGESV) pour l'OFSP.
<i>KostWBT</i> Coûts pour la formation post-grade	Coûts pour la formation postgrade Ce chiffre-clé comprend l'ensemble des coûts provenant de l'enseignement universitaire pour la formation postgrade.	Ce chiffre est calculé sur la base des coûts par cas de SpiGes agrégés par l'OFS au niveau de l'hôpital (BURGESV) pour l'OFSP.
<i>KostForT</i> Coûts pour la recherche	Coûts pour la recherche Ce chiffre-clé comprend l'ensemble des coûts provenant de la recherche universitaire.	Ce chiffre est calculé sur la base des coûts par cas de SpiGes agrégés par l'OFS au niveau de l'hôpital (BURGESV) pour l'OFSP.

Données générales – Coûts et revenus du secteur ambulatoire

Chiffre-clé	Définition et description	Calcul
<i>KostAmbT</i> Coûts totaux du secteur ambulatoire	Coûts totaux du secteur ambulatoire Ce chiffre-clé comprend l'ensemble des coûts des prestations ambulatoires fournies aux patients de toutes les catégories d'assurance (assurance de base, complémentaire, militaire, invalidité, etc.) ainsi qu'aux patients qui paient eux-mêmes les prestations et aux patients au bénéfice d'une couverture d'assurance étrangère.	Ce chiffre est calculé sur la base des coûts par cas de SpiGes agrégés par l'OFS au niveau de l'hôpital (BURGESV) pour l'OFSP.
<i>dont KostOKPAmbT</i> Coûts du secteur ambulatoire à la charge de l'AOS	Coûts du secteur ambulatoire à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) Ce chiffre-clé est une part des coûts totaux du secteur ambulatoire. Il comprend les coûts à la charge de l'AOS résultant des prestations ambulatoires fournies aux patients assurés exclusivement de base LAMal ou disposant d'une assurance complémentaire).	Ce chiffre est calculé sur la base des coûts par cas de SpiGes agrégés par l'OFS au niveau de l'hôpital (BURGESV) pour l'OFSP. Actuellement, les données livrées pour calculer ce chiffre-clé contiennent l'ensemble des coûts des prestations aux patients disposant d'une assurance complémentaire et non pas les coûts liés aux seules prestations à la charges de l'AOS.

Données générales – Coûts et revenus du secteur ambulatoire

Chiffre-clé	Définition et description	Calcul
<i>ErlAmbT</i> Total des produits du secteur ambulatoire	Total des produits du secteur ambulatoire Ce chiffre-clé comprend l'ensemble des produits résultant des prestations ambulatoires fournies aux patients de toutes les catégories d'assurance (p. ex., assurance de base, complémentaire, militaire, invalidité, etc.), ainsi qu'aux patients qui paient eux-mêmes les prestations et aux patients au bénéfice d'une couverture d'assurance étrangère.	Ce chiffre est calculé sur la base des coûts par cas de SpiGes agrégés par l'OFS au niveau de l'hôpital (BURGESV) pour l'OFSP.
<i>dont ErlOKPAmbT</i> Produits du secteur ambulatoire à la charge de l'AOS	Produits du secteur ambulatoire à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) Ce chiffre-clé est une part du total des produits du secteur ambulatoire. Il comprend les produits résultants des prestations ambulatoires à la charge de l'AOS fournies aux patients assurés exclusivement de base LAMal ou disposant d'une assurance complémentaire).	Ce chiffre est calculé sur la base des coûts par cas de SpiGes agrégés par l'OFS au niveau de l'hôpital (BURGESV) pour l'OFSP. Actuellement, les données livrées pour calculer ce chiffre-clé contiennent l'ensemble des produits des prestations aux patients disposant d'une assurance complémentaire et non pas les produits liés aux seules prestations à la charges de l'AOS.

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

Chiffre-clé	Définition et description	Calcul
<i>Pflege tage A/P/R/B</i> <i>Nombre de journées de soins (traitement hospitalier, sans jour de sortie)</i>	Nombre total de journées de soins de tous les cas administratifs hospitaliers A ou C; ventilée par type d'activité. Cas de type A : cas administratifs clos entre le 1er janvier et le 31 décembre Cas de type C : cas administratifs ouverts avant le 1er janvier et pas encore clos le 31 décembre Les journées de soins en traitements de longue durée ne sont pas comptabilisées ici. Le nombre de journées de soins ne comprend pas le jour de sortie ni les jours de congé complets et est limitée à 365 jours par cas. Ce chiffre-clé correspond à la somme des durées de séjour LOS de tous les cas A et C, pour le type d'activité concerné, Les types d'activité sont déterminés par le tarif pour la tarification. Si ce dernier n'est pas connu, on considère le centre de prestations principal. Les cas dont le tarif pour la tarification n'est pas connu sont aussi pris en compte. Pour le type d'activité A, le tarif pour la tarification est 1 ou 2, S'il n'est pas connu, on considère les centres de prestations principaux autres que 'M950', 'M500'. Pour ce type d'activité, on considère uniquement les établissements qui ne sont pas des maisons de naissance, car ces dernières sont présentées séparément. Pour le type d'activité P, le tarif pour la tarification est 5 ou 6, S'il n'est pas connu, on considère le centre de principal 'M500'. Pour le type d'activité R, le tarif est 3 ou 4, S'il n'est pas connu, on considère le centre de prestations principal 'M950'. Pour le type d'activité B, le tarif pour la tarification est 1 ou 2 et l'on ne considère que les établissements qui sont des maisons de naissance, c'est-à-dire des établissements identifiés par la variable AKTIVITAET='1001'. Si le tarif pour la tarification n'est pas connu, on considère les centres de prestations autres que 'M950', 'M500'. La durée de séjour LOS provient de l'output du grouper. Si le groupage des cas n'a pas pu être effectué, aucun output de grouper n'est généré. Dans ce cas, la durée de séjour LOS n'est disponible. Pour les chiffres-clés basés sur Pflege tage A/P/R/B, l'OFS fait une estimation de la durée séjour en considérant la différence entre la date de sortie et la date d'entrée, sans retirer les sorties intermédiaires, réadmissions et vacances. Ce chiffre-clé est calculé par l'OFS sur la base des données SpiGes et transmis à l'OFS.	Données provenant de : SpiGes. GRUOPER_DRG. Pour le type d'activité A : SUM(min(365,LOS)) IF (TARIF IN (1,2) OR (TARIF=0 AND ID_HAUPTLEISTUNGSSTELLE NOT IN ('M950','M500')) and BUR NOT IN (SELECT BUR FROM KS.ALLG WHERE AKTIVITAET='1001') and ABC_FALL in ('A','C')) Pour le type d'activité P : SUM(min(365,LOS)) IF (TARIF IN (5,6) OR (TARIF=0 AND ID_HAUPTLEISTUNGSSTELLE=) and ABC_FALL in ('A','C')) Pour le type d'activité R : SUM(min(365,LOS)) IF (TARIF IN (3,4) OR (TARIF=0 AND ID_HAUPTLEISTUNGSSTELLE='M950')) and ABC_FALL in ('A','C')) Pour le type d'activité B : SUM(min(365,LOS)) IF (TARIF IN (1,2) OR (TARIF=0 AND ID_HAUPTLEISTUNGSSTELLE NOT IN ('M950','M500')) and ABC_FALL in ('A','C') and BUR IN (SELECT BUR FROM KS.ALLG WHERE AKTIVITAET='1001')) Estimation de la durée de séjour lorsque les cas ne peuvent pas être groupés : Durée de séjour = date de sortie - date d'entrée

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

Chiffre-clé	Définition et description	Calcul
<i>AustritteA/P/R/B</i> <i>Nombre de sorties dans l'année</i> <i>(traitement hospitalier)</i>	Nombre total des cas administratifs A hospitaliers ; ventilé par type d'activité. Cas de type A : cas administratifs clos entre le 1er janvier et le 31 décembre Les journées de soins en traitements de longue durée ne sont pas comptabilisées ici. Ce chiffre-clé correspond au nombre total de cas A pour le type d'activité concerné. Les types d'activité sont déterminés par le tarif pour la tarification. Si ce dernier n'est pas connu, on considère le centre de prestations principal. Les cas dont le tarif pour la tarification n'est pas connu sont aussi pris en compte. Pour le type d'activité A, le tarif est 1 ou 2, S'il n'est pas connu, on considère les centres de prestations principaux autres que 'M950', 'M500'. Pour ce type d'activité, on considère uniquement les établissements qui ne sont pas des maisons de naissance, car ces dernières sont présentées séparément. Pour le type d'activité P, le tarif est 5 ou 6, S'il n'est pas connu, on considère le centre de prestations principal 'M500'. Pour le type d'activité R, le tarif est 3 ou 4, S'il n'est pas connu, on considère le centre de prestations principal 'M950'. Pour le type d'activité B, le tarif est 1 ou 2 et l'on ne considère que les établissements qui sont des maisons de naissance, c'est-à-dire des établissements identifiés par la variable AKTIVITAET='1001'. Si le tarif pour la tarification n'est pas connu, on considère les centres de prestations autres que 'M950', 'M500'. Ce chiffre-clé est calculé par l'OFS sur la base des données SpiGes et transmis à l'OFSP.	Données provenant de : SpiGes. ADMINISTRATIVES Pour le type d'activité A : COUNT(FALL_ID_CH) IF (TARIF IN (1,2) OR (TARIF=0 AND HAUPTLEISTUNGSSTELLE NOT IN ('M950','M500')))) and BUR NOT IN (SELECT BUR FROM KS.ALLG WHERE AKTIVITAET='1001') and ABC_FALL='A' Pour le type d'activité P : COUNT(FALL_ID_CH) IF (TARIF in (5,6) OR (TARIF=0 AND ID_HAUPTLEISTUNGSSTELLE='M500')) and ABC_FALL='A' Pour le type d'activité R : COUNT(FALL_ID_CH) IF (TARIF in (3,4) OR (TARIF=0 AND ID_HAUPTLEISTUNGSSTELLE='M950')) and ABC_FALL='A' Pour le type d'activité B : COUNT(FALL_ID_CH) IF (TARIF IN (1,2) OR (TARIF=0 AND ID_HAUPTLEISTUNGSSTELLE NOT IN ('M950','M500')))) and BUR IN (SELECT BUR FROM KS.ALLG WHERE AKTIVITAET='1001') and ABC_FALL in ('A')
<i>BettenStatA/P/R/B</i> <i>Nombre de lits (traitement hospitalier)</i>	Moyenne des lits à disposition pour l'exploitation ; ventilée par type d'activité. Ce chiffre-clé correspond au nombre de journées-lits d'exploitation divisé par le nombre de jour dans l'année. Le nombre de jours dans l'année est de 365 en général et de 366 lors des années bissextiles. Une journée-lit d'exploitation correspond à un jour pendant lequel un lit est à disposition pour l'exploitation. Un lit peut être exploité 365 jours par année, 366 jours les années bissextiles. Les jours où le lit n'est pas disponible en raison de vacances de l'établissement, de transformations, etc., doivent être déduits Exemple de calcul : 3 lits * 365 journées – 1 mois de fermeture de l'établissement = 1005 journées-lits d'exploitation Ce chiffre-clé est calculé sur la base des données de la KS.	Données provenant de : SpiGes. GROUPER_DRG ; KS KS A.21.xx / 365 ou KS A.21.xx / 366 KS A.21 : Journées-lits d'exploitation xx = 01 journées-lits d'exploitation « Aigu » xx = 02 journées-lits d'exploitation « Psychiatrie » xx = 03 journées-lits d'exploitation « Réadaptation » La moyenne des lits à disposition pour l'exploitation dans le type d'activité B se calcule en ne considérant que les établissements ayant AKTIVITAET='1001' dans les données KS.

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

Chiffre-clé	Définition et description	Calcul
<i>DADA/P/R/B</i> <i>Durée moyenne d'hospitalisation</i> <i>(Jours, traitement hospitalier)</i>	Durée moyenne des séjours hospitaliers ; ventilée par type d'activité. Ce chiffre-clé correspond au nombre total de journées de soins divisé par le nombre de sorties dans l'année. Ce chiffre est calculé sur la base du nombre de journées de soins et du nombre de sorties dans l'année de SpiGes fournis par l'OFS à l'OFSP.	$\text{PflegetageA/P/R/B} / \text{AustritteA/P/R/B}$
<i>pBettenBelStatA/P/R/B</i> <i>Taux d'occupation des lits</i> <i>(%, traitement hospitalier)</i>	Taux d'occupation des lits ; ventilé par type d'activité. Ce chiffre-clé correspond au nombre de journées de soins divisé par le nombre de journées-lits d'exploitation, pour le type d'activité concerné. On ne considère pas les cas de nouveau-nés sains et les journées de soins en traitements de longue durée dans le calcul. Une journée-lit d'exploitation correspond à un jour pendant lequel un lit est à disposition pour l'exploitation. Un lit peut être exploité 365 jours par année, 366 jours les années bissextiles. Les jours où le lit n'est pas disponible en raison de vacances de l'établissement, de transformations, etc., doivent être déduits Exemple de calcul : 3 lits * 365 journées – 1 mois de fermeture de l'établissement = 1005 journées-lits d'exploitation Ce chiffre est calculé sur la base du nombre de journées de soins de SpiGes fourni par l'OFS à l'OFSP et sur le nombre de jours d'exploitation des lits de la KS.	$\text{PflegetageAPRB} / \text{KS A.21.xx} * 100$ xx = 01 nombre de journées-lits d'exploitation « Aigu » xx = 02 journées-lits d'exploitation « Psychiatrie » xx = 03 journées-lits d'exploitation « Réadaptation » La moyenne des lits à disposition pour l'exploitation dans le type d'activité B se calcule en ne considérant que les établissements ayant AKTIVITAET='1001' dans les données KS.
<i>CMIB/A/B</i> <i>Indice de casemix (CMI) brut</i>	Degré de sévérité moyen brut des cas hospitaliers de type A ; se calcule uniquement pour le type d'activité A. Ce chiffre-clé correspond à la somme des cost-weight sans pondération des outliers divisée par le nombre de cas A. Le CMI brut ne tient donc pas compte du fait que certains cas présentent une durée de séjour inférieure ou supérieure à la durée attendue. Il n'y a donc pas de correction du degré de sévérité du fait des outliers. Seuls les cas dont le tarif pour la tarification est connu sont considérés. Pour le type d'activité A, le tarif pour la tarification est 1 ou 2. Dans la publication, les maisons de naissances sont identifiées par AKTIVITAET='1001' et sont présentées séparément du type d'activité A, sous le type d'activité B. Le CMI est établi par l'OFS par groupage des cas avec le grouper SwissDRG SA selon la structure tarifaire pour la rémunération des prestations hospitalières en soins somatiques aigus SwissDRG et sur la base des données SpiGes.	Données provenant de : SpiGes.AD-MINISTRATIVES ; SpiGes.GROUPER_DRG ; MS.MAS_SWISSDRG_2024 Pour le type d'activité A : $\text{SUM}(\text{KOSTENGEWICHT}) / \text{COUNT}(\text{FALL_ID_CH})$ IF TARIF in (1,2) and ABC_FALL='A' and BUR NOT IN (SELECT BUR FROM KS.ALLG WHERE AKTIVITAET='1001') Pour le type d'activité B : $\text{SUM}(\text{KOSTENGEWICHT}) / \text{COUNT}(\text{FALL_ID_CH})$ IF TARIF in (1,2) and ABC_FALL='A' and BUR IN (SELECT BUR FROM KS.ALLG WHERE AKTIVITAET='1001')

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

Chiffre-clé	Définition et description	Calcul
<i>CMI_nA/B</i> <i>Indice de casemix (CMI) net</i>	Degré de sévérité moyen net des cas hospitaliers de type A ; se calcule uniquement pour le type d'activité A. Ce chiffre-clé correspond à la somme des cost-weight avec pondération des outliers divisée par le nombre de cas A. Le CMI net tient donc compte du fait que certains cas présentent une durée de séjour inférieure ou supérieure à la durée attendue. Il y a donc correction du degré de sévérité du fait des outliers. Le CMI net permet ainsi d'exprimer les coûts de traitement ajustés en fonction de la gravité des cas. Seuls les cas dont le tarif pour la tarification est connu sont considérés. Pour le type d'activité A, le tarif pour la tarification est 1 ou 2. Dans la publication, les maisons de naissances sont identifiées par AKTIVITAET='1001' et sont présentées séparément du type d'activité A, sous le type d'activité B. Le CMI est établi par l'OFS par groupage des cas avec le grouper de SwissDRG SA selon la structure tarifaire pour la rémunération des prestations hospitalières en soins somatiques aigus SwissDRG et sur la base des données SpiGes.	Données provenant de : SpiGes. ADMINISTRATIVES ; SpiGes.GROUPER_DRG Pour le type d'activité A : SUM(ECW)/COUNT(FALL_ID_CH) IF TARIF in (1,2) and ABC_FALL='A' and BUR NOT IN (SELECT BUR FROM KS.ALLG WHERE AKTIVITA- ET='1001') Pour le type d'activité B : SUM(ECW)/COUNT(FALL_ID_CH) IF TARIF in (1,2) and ABC_FALL='A' and BUR IN (SELECT BUR FROM KS.ALLG WHERE AKTIVITA- ET='1001')
<i>DMI_{P/R}</i> <i>Day Mix Index (DMI)</i>	Degré de sévérité moyen des cas hospitaliers de type A;; se calcule uniquement pour les types d'activité P et R. Ce chiffre-clé correspond à la somme des cost-weight effectifs divisée par la somme des durées de séjour des cas A. Le DMI permet d'exprimer les coûts de traitement ajustés en fonction de la gravité des cas. Seuls les cas dont le tarif pour la tarification est connu sont considérés. Pour le type d'activité P, le tarif est 5 ou 6. Pour le type d'activité R, le tarif est 3 ou 4. Le DMI est établi par l'OFS par groupage des cas avec le grouper de SwissDRG SA selon la structure tarifaire pour la réadaptation hospitalière ST-Reha ou pour la psychiatrie TARPSY et sur la base des données SpiGes.	Données provenant de : SpiGes. ADMINISTRATIVES ; SpiGes.GROUPER_DRG Pour le type d'activité P : SUM(ECW)/SUM(LOS) IF TARIF in (5,6) and ABC_FALL='A' Pour le type d'activité R : SUM(ECW)/SUM(LOS) IF TARIF in (3,4) and ABC_FALL='A'

Données par type d'activité A/P/R/B – Finance et exploitation du secteur hospitalier

Chiffre-clé	Définition et description	Calcul
<i>KostStatA/P/R/B</i> Coûts totaux du secteur hospitalier	Coûts totaux du secteur hospitalier Ce chiffre-clé comprend l'ensemble des coûts des prestations hospitalières fournies aux patients de toutes les catégories d'assurance (p. ex., assurance de base, complémentaire, militaire, invalidité, etc.) ainsi qu'aux patients qui paient eux-mêmes les prestations et aux patients au bénéfice d'une couverture d'assurance étrangère; ventilés par type d'activité.	Ce chiffre est calculé sur la base des coûts par cas de SpiGes agrégés par l'OFS au niveau de l'hôpital (BUR-GESV) pour l'OFSP.
<i>dont KostKVGStatA/P/R/B</i> Coûts AOS hospitaliers, patients exclusivement assurés de base LAMal	Coûts du secteur hospitalier à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) pour les patients exclusivement assurés de base LAMal ; ventilés par type d'activité. Ce chiffre-clé est une part des coûts totaux du secteur hospitalier. Il correspond aux coûts à la charge de l'AOS résultant des prestations hospitalières fournies aux patients assurés exclusivement de base LAMal, pour chaque type d'activité concerné.	Ce chiffre est calculé sur la base des coûts par cas de SpiGes agrégés par l'OFS au niveau de l'hôpital (BUR-GESV) pour l'OFSP.
<i>dont AnIKVGStatA/P/R/B</i> Charges d'utilisation des investissements (OCP)	Charges d'utilisation des investissements selon l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie1(OCP) ; ventilés par type d'activité Ce chiffre-clé est une part des coûts du secteur hospitalier à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) pour les patients exclusivement assurés de base LAMal. Il comprend les coûts à la charge de l'AOS résultant de l'utilisation des équipements pour des prestations hospitalières fournies à ces patients, pour chaque type d'activité concerné.	Ce chiffre est calculé sur la base des coûts par cas de SpiGes agrégés par l'OFS au niveau de l'hôpital (BUR-GESV) pour l'OFSP.
<i>dont KostZvOKPStatA/P/R/B</i> Coûts AOS hospitaliers, patients avec assurance complémentaire	Coûts du secteur hospitalier à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) pour les patients avec assurance complémentaire ; ventilés par type d'activité. Ce chiffre-clé est une part des coûts totaux du secteur hospitalier. Il correspond aux coûts à la charge de l'AOS résultant des prestations hospitalières fournies à des patients disposant d'une assurance complémentaire, pour chaque type d'activité concerné.	Ce chiffre est calculé sur la base des coûts par cas de SpiGes agrégés par l'OFS au niveau de l'hôpital (BUR-GESV) pour l'OFSP. Actuellement, les données livrées pour calculer ce chiffre-clé contiennent l'ensemble des coûts des prestations aux patients disposant d'une assurance complémentaire et non pas les coûts liés aux seules prestations à la charge de l'AOS.
<i>dont AnIZvOKPStatA/P/R/B</i> Charges d'utilisation des investissements (OCP)	Charges d'utilisation des investissements selon l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie1(OCP) ; ventilés par type d'activité Ce chiffre-clé est une part des coûts du secteur hospitalier à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) pour les patients disposant d'une assurance complémentaire. Il correspond aux coûts à la charge de l'AOS résultant de l'utilisation des équipements pour des prestations hospitalières fournies à ces patients; pour chaque type d'activité concerné.	Ce chiffre est calculé sur la base des coûts par cas de SpiGes agrégés par l'OFS au niveau de l'hôpital (BUR-GESV) pour l'OFSP. Actuellement, les données livrées pour calculer ce chiffre-clé contiennent l'ensemble des coûts des prestations aux patients disposant d'une assurance complémentaire et non pas les coûts liés aux seules prestations à la charge de l'AOS.

Données par type d'activité A/P/R/B – Finance et exploitation du secteur hospitalier

Chiffre-clé	Définition et description	Calcul
<i>ErlStatA/P/R/B</i> Total des produits du secteur hospitalier	Total des produits du secteur hospitalier ; ventilés par type d'activité. Ce chiffre-clé comprend l'ensemble des produits résultant des prestations hospitalières fournies aux patients de toutes les catégories d'assurance (p. ex., assurance de base, complémentaire, militaire, invalidité, etc.), ainsi qu'aux patients qui paient eux-mêmes les prestations et aux patients au bénéfice d'une couverture d'assurance étrangère), pour chaque type d'activité concerné.	Ce chiffre est calculé sur la base des coûts par cas de SpiGes agrégés par l'OFS au niveau de l'hôpital (BURGESV) pour l'OFSP.
<i>dont ErlKVGStatA/P/R/B</i> Produits AOS hospitaliers, patients exclusivement assurés de base LAMal	Produits du secteur hospitalier, à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) pour les patients exclusivement assurés de base LAMal; ventilés par type d'activité. Ce chiffre-clé est une part du total des produits du secteur hospitalier. Il comprend les produits des prestations hospitalières à la charge de l'AOS fournies aux patients assurés exclusivement de base LAMal, pour chaque type d'activité concerné. Les produits englobent ici la part des assureurs et celle des cantons.	Ce chiffre est calculé sur la base des coûts par cas de SpiGes agrégés par l'OFS au niveau de l'hôpital (BURGESV) pour l'OFSP.
<i>dont ErlKVGStatVA/P/R/B</i> Part des assureurs (%)	Part des assureurs dans les produits des prestations hospitalières à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) fournies aux patients assurés exclusivement de base LAMal ; ventilés par type d'activité.	Ce chiffre est calculé sur la base des coûts par cas de SpiGes agrégés par l'OFS au niveau de l'hôpital (BURGESV) pour l'OFSP. Selon l'OFS, la part des assureurs peut être déterminée sur la base des factures. Cela se fera en cours d'année.
<i>dont ErlZvOKPStatA/P/R/B</i> Produits AOS hospitaliers, patients avec assurance complémentaire	Produits du secteur hospitalier à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) pour les patients disposant d'une assurance complémentaire ; ventilés par type d'activité. Ce chiffre-clé est une part du total des produits du secteur hospitalier. Il comprend les produits des prestations hospitalières à la charge de l'AOS fournies aux patients disposant d'une assurance complémentaire, pour chaque type d'activité concerné. Les produits englobent ici la part des assureurs et celle des cantons.	Ce chiffre est calculé sur la base des coûts par cas de SpiGes agrégés par l'OFS au niveau de l'hôpital (BURGESV) pour l'OFSP. Actuellement, les données livrées pour calculer ce chiffre-clé contiennent l'ensemble des produits des prestations aux patients disposant d'une assurance complémentaire et non pas les produits liés aux seules prestations à la charges de l'AOS.
<i>dont ErlZvOKPStatVA/P/R/B</i> Part des assureurs (%)	Part des assureurs dans les produits des prestations hospitalières à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) fournies aux patients disposant d'une assurance complémentaire ; ventilés par type d'activité.	Ce chiffre est calculé sur la base des coûts par cas de SpiGes agrégés par l'OFS au niveau de l'hôpital (BURGESV) pour l'OFSP. Selon l'OFS, la part des assureurs peut être déterminée sur la base des factures. Cela se fera en cours d'année.

5 Remarques

Remarques et commentaires des hôpitaux

Pour chaque édition de la publication « Chiffres-clés des hôpitaux suisses », les hôpitaux et cliniques ont la possibilité de produire un commentaire concernant leur chiffres-clés.

Les commentaires doivent expliquer les particularités des chiffres-clés. Il peut arriver que, dans certains cas, les chiffres-clés fournissent une image déformée de la réalité en raison de codes et de définitions lacunaires ou non uniformes. Les éventuels commentaires à ce propos sont pris en compte pour la publication. Des déviations dans les valeurs des chiffres-clés provenant de l'utilisation d'une méthode de calculs différente de celle de l'OFSP ne constituent pas l'objet d'un commentaire. De même, les avis généraux sur les chiffres-clés, sur l'introduction de SpiGes, sur les processus, des remarques sur les chiffres-clés concernant plusieurs hôpitaux ou des commentaires sur la signification statistique de certains chiffres-clés, n'expliquent pas les particularités d'un chiffre-clé ou d'un hôpital spécifique. De telles indications ne correspondent pas à l'esprit et à l'objectif des commentaires et ne seront pas repris pour la publication.

Dans la mesure où les commentaires envoyés respectent les critères posés, ils sont repris tels quels - seules les erreurs typographiques et d'orthographe sont corrigées - et publié dans ce chapitre.

Berner Klinik Montana (Stiftung) c/o Gebert Rechtsanwälte AG

Die Kennzahlen vom Personal in Vollzeitäquivalenten weichen von unseren tatsächlichen Kennzahlen ab. Wir können jedoch nicht genau sagen, woher die Abweichung stammt. Wir werden die Exportdatei für die Lieferung nächsten Jahres überprüfen.

Center da Sanda Val Müstair Akutabteilung

Personal in Vollzeitäquivalenten betrifft Akutspital und Arztpraxis mit Notfall. Finanz- und Betriebsdaten betreffen den Gesamtbetrieb mit Spital, Pflegeheim, Spitex, Arztpraxis, Rettungsdienst und sind daher nicht vergleichbar mit anderen Spitälern.

CNP Centre Neuchâtelois de psychiatrie

Le nombre de médecins en formation durant l'année 2024 se monte à 69,02 EPT et non 48 comme indiqué dans les chiffres clés, du fait d'une erreur d'encodage du côté de l'établissement. Dans la statistique 2024, les médecins chef de clinique adjoint n'ont pas été enregistrés comme médecins assistants (en formation), mais comme médecin chef de clinique, ce qui fausse le calcul du nombre de médecins en formation.

Geburtshaus Winterthur AG

Das Geburtshaus Winterthur AG hat im 3. Trimester 2023 den Betrieb gestartet. 2024 war das erste volle Betriebsjahr und ist daher mit 2023 nicht vergleichbar.

Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais

Hôpital bi-cantonal (Vaud/Valais), les hors-cantons contiennent les valaisans.

Les données manquantes en 2024 seront rectifiées dès 2025 (soumission SPIGES).

Klinik Im Hasel AG

Die SpiGes-Daten für 2024 konnten wir nicht ganzheitlich liefern. Das Wohnland fehlte in der Lieferung. Der Anteil Patienten mit Wohnsitz im Ausland (stationär) 2024 betrug somit 0 %.

Klinik Lengg AG

Die Kennzahl Bettenbetriebstage wurde in der KS 2024 falsch geliefert (es wurden fälschlicherweise die Belegungstage geliefert). Die korrekten Bettenbetriebstage im 2024 wären folgende gewesen:

EPI / AKU 10'980

REHA 23'424

Klinik Pyramide am See AG

Der Anteil der stationären Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Ausland wurde fehlerhaft an das BFS übermittelt. Für das Datenjahr 2024 beträgt er rund 9 %.

Les Hôpitaux Universitaires de Genève HUG

1- Nombre de nouveau-nés saints (traitement hospitalier) : n'inclut pas les 63 nouveau-nés classés dans la catégorie « autres soins aigus » ; le nombre de nouveau-nés est donc de 3282.

2- Personnel en équivalents plein temps : légèrement surestimé en raison d'arrondis de calcul sur le personnel à taux d'activité variable.

Psychiatrische Dienste Graubünden***Personal, in Vollzeitäquivalenten***

Die Werte beinhalten auch VZÄ von Personal des Ambulatoriums für opiatgestützte Behandlung; Personal der Spitex; administrativem Personal der IV-Wohnheime, IV-Werkstätten, Sonderschule und Personal für Investitions-Projekte.

Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil AG

Ab 1.1.2024 erfolgt die Abrechnung sämtlicher paraplegiologischer Behandlungen unter SwissDRG. Dies ist dem Versorgungsbereich Akutsomatik zugeordnet.

Solothurner Spitäler AG

Die Daten wurden mit dem BFS besprochen. Es konnten nicht alle Fälle gruppiert werden, dadurch wird der CMI und DMI falsch errechnet. Weiter sind dadurch die Gesamtkosten und die Gesamterlöse unvollständig.

Stiftung für ganzheitliche Medizin

Den Leistungsauftrag Rehabilitation hatten wir bis 30.6.24. Somit beziehen sich die Daten Rehabilitation nur auf 6 Monate.

SMN - Clinica Ars Medica

Nous avons constaté une erreur de saisie dans les données : le nombre d'examens ambulatoires et hospitaliers ont été intervertis. Les chiffres corrects sont :

- RMI ambulatoire 7 555
- RMI Stazionario 36
- CT ambulatoire 2'201
- CT stazionario 26

SMN - Clinique Générale - Ste-Anne SA et Clinique de Valère

Des écarts sont constatés dans les équivalents plein temps (EPT) du personnel, liés à un nombre d'heures annuelles renseigné de manière inexacte dans les statistiques OFS 2024, ce qui explique la différence avec les données réelles.

De légères différences sont constatées entre les données issues de SpiGes et celles d'ITAR_K. Celles-ci s'expliquent par des divergences de méthodologie et de source de données, notamment pour l'ambulatoire et les CUI. Elles restent toutefois non significatives et sans impact sur l'interprétation globale des chiffres.

Ces écarts ne devraient par ailleurs plus se produire dès 2025, les données ITAR_K étant désormais générées directement dans SpiGes

6 Tableaux

Chiffres-clés des hôpitaux suisses

Pour l'année de données 2024, les chiffres clés des hôpitaux suisses ne sont pas publiés dans le chapitre « Tableaux », mais sont disponibles uniquement au format Excel sur le site Internet de l'OFSP.