



Statistique des établissements de santé (soins intra-muros)

Statistique des hôpitaux

Conception détaillée

Table des matières

1	Introduction	4
2	Révision 2010 de la statistique des hôpitaux	6
2.1	Motifs de la révision	6
2.2	But général	6
2.3	Définition des besoins	7
3	Bases légales	8
4	Organisation de la collecte des données	9
4.1	Portée et forme du relevé.....	9
4.1.1	Définition des hôpitaux	9
4.1.2	Définition des maisons de naissance	9
4.1.3	Unité de relevé.....	10
4.1.4	Classification.....	10
4.1.5	Technique de collecte.....	10
4.2	Répartition des tâches entre les partenaires	10
4.2.1	Office fédéral de la statistique OFS	10
4.2.2	Cantons.....	11
4.2.3	Etablissements	11
4.3	Déroulement de l'enquête	12
4.4	Calendrier.....	13
4.5	Protection des données et accès aux données	13
4.5.1	Sécurité des données.....	13
4.5.2	Remise de données à des fins statistiques	14
4.5.3	Remise de données à des fins administratives	14
4.6	Publication et analyses statistiques	14
5	Descriptif des variables du relevé	15
5.1	Données générales établissement.....	16
5.1.1	Type d'activité.....	16
5.1.2	Identification de l'établissement.....	17
5.1.3	Forme juridique.....	18
5.1.4	Forme juridique et statut des hôpitaux	18
5.1.5	Entreprises sous contrôle public.....	19
5.1.6	Sites et prestations	19
5.1.7	Statut de l'hôpital	20
5.1.8	Type de contributions publiques.....	20
5.1.9	Prestations d'intérêt général et autres prestations	20
5.1.10	Calcul des équivalents plein temps (EPT).....	22
5.1.11	Personne de référence	23

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

5.1.12	Remarques à l'intention du canton ou de l'OFS	23
5.2	Données générales « prestations et prise en charge »	23
5.2.1	Traitements de longue durée à l'hôpital	23
5.2.2	Infrastructure médico-technique	23
5.3	Données générales « personnel »	25
5.3.1	Personnel interne.....	25
5.3.2	Personnel externe.....	25
5.3.3	Numéro d'identification anonyme du personnel	26
5.3.4	Global Location Number (GLN)	26
5.3.5	Année de naissance	26
5.3.6	Sexe.....	26
5.3.7	Fonction	26
5.3.8	Taux d'occupation.....	27
5.3.9	Centre de prestations	28
5.3.10	Site principal	29
5.3.11	Origine du diplôme.....	29
5.3.12	Personnel en formation.....	29
5.3.13	Nationalité	30
5.4	Données générales finances et exploitation	30
5.4.1	Comptabilité financière	30
5.4.2	Résultat d'exploitation.....	32
5.4.3	Passerelle d'ajustement.....	33
5.4.4	Comptabilité des salaires et des honoraires pour les prestations médicales, diagnostiques et thérapeutiques.....	34
5.4.5	Comptabilité des immobilisations	35
5.5	Prestations et prise en charge	39
5.5.1	Traitements hospitaliers.....	39
5.5.2	Consultations ambulatoires	40
5.5.3	Lits	40
5.6	Données financières et d'exploitation	41
5.6.1	Comptabilité analytique des charges par unités finales d'imputation.....	41
5.6.2	Comptabilité analytique des revenus par unités finales d'imputation.....	44
5.7	Statistiques des hôpitaux 1997 et 2010 : comparaison entre les variables.....	46
	Bibliographie	48
	Liste des abréviations	49
	Annexes	50

1 Introduction

L'Office fédéral de la statistique (OFS) collecte chaque année depuis 1997, pour sa statistique annuelle des hôpitaux (KS), des informations auprès des établissements hospitaliers de Suisse. Cette enquête exhaustive obligatoire est fondée sur la loi sur l'assurance-maladie (LAMal)¹ et sur la loi sur la statistique fédérale (LSF)². Avec la statistique médicale (MS), la statistique des institutions médico-sociales (SOMED) et la statistique des données économiques par cas, elle a remplacé la statistique des établissements de santé hospitaliers, réalisée auparavant par l'association suisse des établissements hospitaliers (VESKA), en collaboration avec l'Office fédéral des assurances sociales.

L'art. 59a, al. 3 LAMal autorise la livraison de données non anonymisées aux organes mentionnés dans la loi³ pour que ceux-ci puissent remplir leur mandat légal. La statistique des hôpitaux ne sert donc pas uniquement à collecter les informations dont les milieux politiques et scientifiques et le grand public ont besoin : elle constitue un outil à part entière de planification, de pilotage et de contrôle du système suisse de santé.

Le relevé a lieu en collaboration avec les autorités cantonales, qui vérifient et font corriger si nécessaire les données fournies par les établissements, avant de les transmettre à l'OFS. Les données sont collectées via une application web et centralisées à l'Office fédéral de l'informatique et de la télécommunication (OFIT). Ces données sont stockées physiquement au même endroit pendant tout le processus de relevé. Seules les personnes disposant des droits d'accès peuvent les consulter. Toutes les personnes participant à la vérification des données, puis à leur exploitation, sont soumises aux dispositions de la loi fédérale sur la protection des données (LPD)⁴. L'OFIT est responsable de la sécurité des données, et plus particulièrement de la connexion Internet.

En raison de l'évolution rapide du secteur de la santé, les données relevées depuis 1997 se sont rapidement révélées insuffisantes pour couvrir les besoins des responsables politiques et de l'administration, rendant nécessaire la collecte d'informations nouvelles. L'entrée en vigueur, en 2003, de l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP)⁵ et la révision de la LAMal et des ordonnances y relatives, devenue effective le 1^{er} janvier 2009, ont posé les bases requises pour la collecte de ces informations supplémentaires. La participation de la Suisse aux programmes statistiques d'Eurostat et de l'OCDE a également rendu nécessaire la collecte de nouvelles informations.

L'OFS a donc revu le contenu de la statistique des hôpitaux en fonction des nouvelles dispositions légales, intégrant les maisons de naissance dans la statistique (à partir des données 2010), créant les bases scientifiques qui permettront de procéder aux comparaisons prévues et élargissant le champ des données financières et des données d'exploitation considérées. Un groupe d'accompagnement réunissant des représentants des producteurs et des utilisateurs des données a été chargé d'interpréter les textes de loi et de dresser la liste des besoins à satisfaire.

Une révision partielle a eu lieu en 2013. L'enquête a été étendue aux sites purement ambulatoires. La partie consacrée au personnel externe a été élargie. Le Global Location Number (GLN) et les consultations ambulatoires ont été intégrés dans le relevé, ainsi que le nombre d'examen effectués au moyen d'appareils medicotechniques.

D'autres modifications ont été faites par la suite sur demande de nos partenaires. Elles portent sur les médecins assistants, la définition des équivalents plein temps, le statut juridico-économique des établissements et les caractéristiques des sites d'implantation. A partir des données 2019, la

¹ RS 832.10.

² RS 431.01.

³ Il s'agit de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), du surveillant fédéral des prix, de l'Office fédéral de la justice (OFJ), des cantons, des assureurs et des organes désignés à l'art. 84a LAMal.

⁴ RS 235.1.

⁵ RS 832.104. L'ordonnance s'intitule aujourd'hui ordonnance du 3 juillet 2002 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 maladie (OCP).

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

statistique des hôpitaux se réfère à la 4^e version du manuel REKOLE 2013 de H+ et sur les règles de comptabilisation, y compris le plan comptable, 8^e édition, 2014.

La présente conception détaillée décrit le relevé de la statistique des hôpitaux pour les données valables pendant l'année civile 2019.

2 Révision 2010 de la statistique des hôpitaux

2.1 Motifs de la révision

Voici les raisons qui ont conduit à la révision de la statistique des hôpitaux introduite en 1998 (données de 1997) :

- Entrée en vigueur de l'OCP en 2003 : cette ordonnance impose aux établissements de recourir à divers instruments de comptabilité financière pour saisir leurs coûts et leurs prestations.
- Révision de la LAMal en 2009 : l'introduction des forfaits par cas dans le domaine hospitalier rend nécessaire une adaptation des outils de planification des besoins.
- Révision de l'OCP en 2009 : la comptabilité des immobilisations est intégrée dans la statistique comme un instrument de saisie des coûts.
- Evolution du système de santé : certains points du questionnaire n'étaient plus adaptés aux besoins de l'administration.

2.2 But général

La révision de la statistique des hôpitaux devait tenir compte aussi bien des nouvelles dispositions légales que de l'évolution du système suisse de santé. La révision visait les objectifs suivants:

- Remplir strictement les nouvelles dispositions légales.
- Limiter la charge supplémentaire de travail engendrée pour les producteurs de données par le relevé des données sur la transparence des coûts et des prestations énumérées dans l'OCP.
- Éviter de relever plusieurs fois les mêmes données pour les différentes statistiques de l'OFS sur les soins hospitaliers.
- Rationaliser et optimiser le processus de production par l'introduction d'un relevé via Internet.

Buts de la statistique des hôpitaux actuelle et à venir :

- Offrir au niveau national une vue d'ensemble complète des données sur les prestations, les infrastructures, les finances et les effectifs de personnel des hôpitaux.
- Mettre en évidence les changements structurels de l'offre et des prestations.
- Montrer l'évolution des coûts.
- Permettre des comparaisons régionales, cantonales et supracantonales, notamment en ce qui concerne l'économicité et la qualité des prestations selon les établissements.
- Fournir les bases nécessaires à une collaboration intercantonale pour la planification des services de santé.
- Fournir les données et les indicateurs nécessaires à la recherche scientifique et à d'autres statistiques.
- Fournir des données à des organisations internationales et permettre des comparaisons entre pays.

2.3 Définition des besoins

Un groupe d'accompagnement formé de représentants des producteurs et des utilisateurs des données a été créé dans le cadre de la révision afin de leur permettre de répondre à leurs besoins et de développer des solutions directement. Ils ont aussi apporté leurs conseils et leur soutien à l'OFS sur des questions pointues.

Le groupe d'accompagnement comptait des représentants des partenaires suivants :

- Office fédéral de la santé publique (OFSP)
- Surveillant des prix
- Directions de la santé cantonales et Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)
- Offices de la statistique cantonaux et Conférence suisse des offices statistiques régionaux (CORSTAT)
- Les hôpitaux et H+ Les Hôpitaux de Suisse
- santésuisse, assureurs-maladie.

Dans une première phase, le groupe de travail a procédé à une analyse des besoins. Les décisions qui en ont résulté ont été intégrées dans une conception générale.

Dans une deuxième phase, des discussions bilatérales directes ont eu lieu entre les partenaires associés à la révision et l'OFS. Le but était de traduire dans une liste concrète de questions les grands buts définis précédemment. Les discussions qui ont eu lieu entre H+ et l'OFS ont joué un rôle central à cet égard.

Pendant le processus de révision, l'OFSP a, en tant qu'instance de contrôle, élaboré diverses ordonnances pour la LAMal, qui sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2009.

H+, qui représente les intérêts des hôpitaux suisses, sait quelles sont les informations que les établissements relèvent indépendamment des statistiques fédérales et sous quelle forme elles sont utilisées en interne. L'ajustement des variables avec les informations relevées par les établissements dans le domaine des comptabilités financière et analytique permet de réduire la charge de travail pour les producteurs de données (principe 9 du « Code de bonnes pratiques de la statistique européenne »⁶, qui vise une « charge non excessive pour les déclarants »), tout en garantissant la qualité des données.

Les décisions prises dans le cadre du groupe d'accompagnement ont été systématiquement vérifiées quant à leur conformité avec le devoir d'informer stipulé dans la LAMal (cf. annexe II).

Au cours de la procédure de consultation, les milieux intéressés ont été à deux reprises invités à participer à la révision. L'applicabilité de la liste des questions a par ailleurs été vérifiée lors d'une phase-pilote.

⁶ Statistiques européennes : « Code de bonnes pratiques de la statistique européenne pour les services statistiques nationaux et communautaires », 2005.

3 Bases légales

La statistique des hôpitaux doit être conforme à la fois aux dispositions de la LSF et à celles de la LAMal. Selon l'art. 59a LAMal, il revient à l'OFS de collecter les données dont les autorités compétentes ont besoin pour surveiller l'application des dispositions de la LAMal relatives au caractère économique et à la qualité des prestations. La concrétisation de l'art. 59a LAMal et des ordonnances y relatives se traduit par une utilisation à des fins administratives des données de la statistique des hôpitaux.

En complément à l'art. 3 LSF, l'art. 23 LAMal charge l'OFS d'élaborer les bases statistiques nécessaires à l'examen du fonctionnement et des effets de la LAMal. L'art. 23 stipule explicitement que le traitement des données à des fins statistiques est régi par la LSF. Selon cet article et la LSF, les données ne peuvent être utilisées qu'à des fins statistiques.

Les fournisseurs de prestations (personnes physiques et personnes morales) sont soumis à l'obligation de renseigner, aussi bien pour l'exploitation des données à des fins administratives que pour leur utilisation dans un but statistique.

La base de données doit être structurée de telle manière qu'on puisse procéder correctement aux comparaisons entre établissements, tel que prévu à l'art. 2 OCP. Il peut apparaître un conflit entre l'acte juridique de déclaration pour des besoins administratifs et la mise en place de normes dans le cadre méthodologique d'un relevé à but scientifique. La plupart des questions du nouveau questionnaire de la statistique des hôpitaux, qui a fait l'objet d'une élaboration minutieuse avec le concours de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), répond à la fois aux exigences administratives et statistiques. Il existe un petit nombre de variables (cf. annexe II) dont l'utilisation à des fins statistiques nécessiterait l'application de normes précises⁷, chose que les dispositions de l'OCP rendent impossible. Les informations statistiques en question sont donc élaborées à partir d'autres sources homogènes incontestables sur le plan scientifique.

Textes législatifs relatifs à l'utilisation des données à des fins statistiques :

- Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10).
- Loi fédérale du 9 octobre 1992 sur la statistique fédérale (RS 431.01).
- Ordonnance du 30 juin 1993 concernant l'exécution des relevés statistiques fédéraux (ordonnance sur les relevés statistiques ; RS 431.012.1).
- Ordonnance du 30 juin 1993 concernant l'organisation de la statistique fédérale (RS 431.011).
- Loi fédérale du 19 juin 1992 sur la protection des données (LPD ; RS 235.1).
- Programme pluriannuel de la statistique fédérale 2007-2011.

Bases légales importantes relatives à l'utilisation des données à des fins administratives (liste non exhaustive) :

- Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10).
- Ordonnance du 3 juillet 2002 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-maladie (OCP ; RS 832.104).
- Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102).
- Loi fédérale du 20 décembre 1985 concernant la surveillance des prix (LSPr ; RS 942.20).
- Lois et ordonnances cantonales diverses.

⁷ Comparabilité nationale et internationale selon l'art. 10, al. 2 LSF.

4 Organisation de la collecte des données

En principe, la collecte de données est de la compétence de l'OFS⁸. Sa réalisation concrète est cependant confiée aux cantons, qui se chargent de collecter les données auprès des établissements situés sur leur territoire⁹. Les cantons fournissent eux-mêmes les ressources financières et humaines nécessaires à cet effet. Ils doivent en outre assurer la transmission des informations à l'OFS.

4.1 Portée et forme du relevé

La statistique des hôpitaux est une enquête exhaustive obligatoire réalisée en collaboration avec les cantons auprès de l'ensemble des hôpitaux et des maisons de naissance¹⁰. Cette enquête a lieu une fois par an et porte sur une année comptable.

4.1.1 Définition des hôpitaux

Sont considérés comme des hôpitaux les établissements qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation au sens de l'article 39, alinéa 1 de la LAMal. Ces établissements sont tenus de mettre gratuitement à la disposition de l'OFS les informations nécessaires à la statistique des hôpitaux, qu'ils figurent ou non sur une liste cantonale d'hôpitaux ou qu'ils soient habilités ou non, en vertu d'un contrat avec les assureurs-maladie, à facturer des prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS)¹¹.

Plus généralement, on reconnaît un hôpital au fait qu'il dispose d'un personnel qualifié et de médecins pouvant fournir vingt-quatre heures sur vingt-quatre, dans des locaux spéciaux, des prestations hospitalières ou ambulatoires (soins, traitements et diagnostics).

4.1.2 Définition des maisons de naissance

Sont appelés maisons de naissance les établissements qui proposent un accompagnement global des femmes enceintes et des couples pendant la grossesse, la naissance et la période postnatale. L'un des traits particuliers de ces maisons est leur indépendance vis-à-vis des établissements cliniques. De manière générale, les soins obstétricaux sont placés sous la responsabilité des sages-femmes. Ces soins peuvent être complétés par d'autres prestations, grâce à une collaboration avec des professionnels des domaines médical et psychosocial. Les maisons de naissance sont tenues de livrer gratuitement à l'OFS les données nécessaires à la statistique des hôpitaux¹².

⁸ Art. 59a, al. 3 et art. 23, al. 1 LAMal.

⁹ Annexe de l'ordonnance concernant l'exécution des relevés statistiques fédéraux.

¹⁰ Annexe de l'ordonnance concernant l'exécution des relevés statistiques fédéraux.

¹¹ Art. 23, al. 2 et art. 35, al. 2, let. h LAMal.

¹² Art. 23, al. 2 et art. 35, al. 2, let. i LAMal.

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

4.1.3 Unité de relevé

Chaque établissement hospitalier et chaque maison de naissance (voir plus haut 4.1.1 et 4.1.2), considéré en tant qu'unité juridique, est tenu de remplir un questionnaire pour la statistique des hôpitaux. Dans le cas des hôpitaux multisites, les données requises correspondent à la somme des données de tous les sites déclarés (cf. chapitre 5.1.6). Pour la statistique des hôpitaux, les données sont livrées par type d'activité et non par site. Les données pour la statistique médicale et les données sur les patients ambulatoires des hôpitaux sont livrées par site. Sauf exigences contraires, les informations fournies ne sont pas différenciées par site.

Des dérogations à ce principe sont possibles lorsque la législation cantonale prévoit que les données soient relevées par site ou lorsque le canton et l'établissement s'accordent pour que le relevé soit effectué de manière détaillée, dans l'intérêt public. Dans ces cas, l'unité juridique reçoit autant de questionnaires qu'elle compte de sites d'implantation.

4.1.4 Classification

Les établissements sont différenciés selon leur palette de prestations, pour permettre l'établissement, sur la base de données de la statistique des hôpitaux, des comparaisons prévues par la loi¹³. Cette différenciation sert à déterminer les types de prestations proposées par les différents hôpitaux (« soins aigus », « psychiatrie », « réadaptation / gériatrie », « maison de naissance » ; cf. chapitre 5.1.1.).

La classification est complétée par les catégories décrites dans la typologie des hôpitaux. L'attribution du code NOGA définissant l'activité économique garantit la comparabilité des données sur les hôpitaux et les maisons de naissance avec celles d'autres statistiques de la Confédération (cf. chapitre 5.1.2).

4.1.5 Technique de collecte

Les données sont transmises à l'OFS au moyen de l'application web fournie par ce dernier. Les établissements et les cantons veillent eux-mêmes à se doter de l'équipement technique requis¹⁴.

Les producteurs cantonaux de statistiques ont la possibilité de compléter la liste des variables destinées à la statistique des hôpitaux par des questions cantonales. Ils peuvent également réaliser leur propre relevé, à condition que celui-ci contienne également les informations demandées par l'OFS, dans la forme définie par ce dernier. Dans un cas comme dans l'autre, les données doivent être transmises à l'OFS dans le format exigé.

4.2 Répartition des tâches entre les partenaires

Les tâches sont réparties de la manière suivante entre les partenaires :

4.2.1 Office fédéral de la statistique OFS

L'OFS assure la gestion d'un registre d'adresses central, la coordination du relevé et la saisie, le contrôle et l'exploitation des données de toute la Suisse à des fins statistiques. Il élabore des propositions pour la classification des établissements.

¹³ Art. 2, al. 2, let. b OCP.

¹⁴ Art. 23, al. 2 LAMal.

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

4.2.2 Cantons

Les cantons annoncent à l'OFS les suppressions et les créations d'établissements. Ils veillent à la réalisation du relevé dans les établissements situés sur leur territoire. Ils contrôlent les données rentrées, demandent les clarifications requises et envoient les rappels nécessaires.

En outre, ils valident les données (première phase de plausibilisation) et assument la responsabilité de l'exploitation des données au niveau cantonal. Enfin, ils transmettent les données validées à l'OFS au moyen de l'application web.

Les instances cantonales peuvent confier la réalisation du relevé à des tiers (institutions privées). Egalement soumis à la LSF, les tiers mandatés doivent garantir le respect de la protection des données¹⁵.

4.2.3 Etablissements

Les établissements soumis à l'obligation de renseigner doivent indiquer correctement, sur le questionnaire électronique, tous les renseignements demandés¹⁶, et envoyer ce dernier dans les délais prescrits aux autorités cantonales compétentes, au moyen de l'application web¹⁷.

¹⁵ Art. 14 à 17 LSF.

¹⁶ Art. 6, al 1 LSF.

¹⁷ A moins que le service cantonal compétent n'ait prévu une autre forme de relevé.

4.3 Déroulement de l'enquête

La statistique des hôpitaux est réalisée à l'aide du questionnaire électronique intégré dans l'application web. Tout au long du processus de relevé, les données sont stockées sur un serveur de l'Office fédéral de l'informatique et de la technologie (OFIT), dont l'infrastructure garantit leur sécurité. Les droits d'accès aux données sont adaptés au fil des phases d'évaluation. L'OFS est propriétaire de toutes les informations saisies, même s'il n'y a pas accès à toutes les étapes du processus.

Le relevé se déroule en quatre étapes :

- **Initialisation** : l'OFS entre dans le système les informations d'identification (nom, adresse, classification, etc.) de chaque établissement. Il collabore avec les cantons pour régler les questions touchant p. ex. aux fermetures d'établissements, aux règles de classification ou aux unités de relevé (unité juridique ou site d'implantation). Ni les cantons, ni les établissements ne peuvent modifier ces informations dans les phases ultérieures du relevé. L'OFS définit et gère les droits d'accès à l'application web.
- **Saisie par les établissements**¹⁸ : les établissements remplissent le questionnaire électronique en y indiquant les informations requises. Les données peuvent être saisies directement dans les tableaux du programme ou importées au moyen d'un fichier texte (.txt). Dans cette phase, seuls les établissements ont accès aux données. Le programme effectue une première plausibilisation et rend compte des incohérences au moyen de messages d'erreur ou d'avertissements. Une fois saisies, les données sont envoyées au canton. Dès lors, l'établissement ne peut plus y accéder avec l'application web¹⁹. Il peut toutefois enregistrer une copie électronique du questionnaire ou imprimer ce dernier avant d'envoyer les données. L'établissement est seul responsable de la sécurité des informations qu'il détient.
- **Validation par le canton** : une fois le questionnaire envoyé au canton, les données ne sont plus accessibles qu'à ce dernier. Le canton plausibilise ces données et les transfère à l'OFS s'il juge leur qualité suffisante. Les règles qui s'appliquent au transfert sont les mêmes que pour la transmission établissements – canton. Si des problèmes subsistent (clarifications nécessaires, qualité des données), le canton renvoie le questionnaire à l'établissement concerné. Le processus reprend à la phase « saisie des données par l'établissement ». Le canton peut cependant voir à présent les informations indiquées par l'établissement, ce qui facilite la communication entre les deux partenaires.
- **Validation par l'OFS** : une fois les données transmises à l'OFS, seul ce dernier peut encore y accéder avec l'application web. La qualité des données est à nouveau contrôlée, par l'OFS cette fois, qui renvoie le questionnaire au canton s'il constate des lacunes. Dans le cas contraire, les données sont chargées dans la banque de données.

¹⁸ La procédure ici décrite est la procédure standard définie par l'OFS. Les instances cantonales peuvent, dans le respect des dispositions légales, collecter les données d'une autre manière auprès de leurs établissements.

¹⁹ L'envoi des données entraîne la modification des droits d'accès.

4.4 Calendrier

Le relevé annuel destiné à la statistique des hôpitaux s'effectue selon le calendrier suivant :

- 31 mars (de l'année suivant l'année à laquelle les données se rapportent) : les établissements envoient leurs données d'exploitation aux cantons.
- 30 juin : les cantons transfèrent les données à l'OFS.
- Août et septembre : l'OFS vérifie les résultats, en collaboration avec les services cantonaux compétents.
- Novembre : l'OFS publie les tableaux standards.

4.5 Protection des données et accès aux données

La loi fédérale du 19 juin 1992 sur la protection des données (LPD) définit les principes visant à protéger la personnalité et les droits fondamentaux lors du traitement de données concernant des personnes physiques ou morales. Les données collectées pour la statistique des hôpitaux entrent dans le champ d'application de la LPD (art. 2).

L'OFS a par ailleurs établi un document définissant les niveaux de protection suivants²⁰: le degré 0 désigne les « données techniques », le 1 les « données personnelles simples », le 2 les « données personnelles qualifiées » et le 3 les « données personnelles particulièrement sensibles ». Les données de la statistique des hôpitaux bénéficient du degré de protection 2.

4.5.1 Sécurité des données

En vertu de l'art. 7, al. 1 LPD et de l'art. 7 de l'ordonnance concernant l'exécution des relevés, des mesures organisationnelles et techniques appropriées doivent être prises pour protéger les données personnelles contre tout accès ou traitement non autorisé. Etant donné que l'OFIT assure aussi bien le stockage des données que la gestion du logiciel de saisie, c'est à lui qu'il revient de prendre les mesures techniques nécessaires pour éviter que des personnes non autorisées puissent accéder à la banque de données. Ces mesures incluent la sécurisation de la communication des données par Internet. L'OFIT adapte constamment son concept de sécurité.

L'accès au questionnaire électronique s'effectue grâce au nom d'utilisation et au mot de passe communiqués et gérés par l'OFS. Les établissements et les cantons doivent protéger ces données d'accès de manière appropriée. Ils sont tenus d'informer immédiatement l'OFS de toute irrégularité.

L'ensemble des personnes chargées de travaux statistiques ou associées au relevé sont tenues de garder le secret sur les informations dont elles ont eu connaissance²¹. Cette obligation s'applique notamment au personnel des entreprises IT et au personnel des cantons²².

²⁰ Office fédéral de la statistique, Accès aux microdonnées de l'OFS, 2006.

²¹ Art. 14, al 2 LSF.

²² Art. 17 LSF.

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

4.5.2 Remise de données à des fins statistiques

L'OFS analyse les données de la statistique des hôpitaux et les publie sous une forme qui empêche toute déduction permettant d'identifier les personnes physiques ou morales concernées²³. Cette règle s'applique aussi aux publications des services cantonaux.

Les producteurs statistiques de la Confédération peuvent communiquer à des tiers des données à des fins ne se rapportant pas à des personnes, mais qui sont destinées à la recherche, à la planification et à la statistique, entre autres. L'OFS conditionne une telle utilisation à la conclusion d'un contrat de protection des données garantissant le respect des dispositions en matière de protection des données²⁴. Enfin, les données sont rendues anonymes dès que le but de leur traitement le permet²⁵.

4.5.3 Remise de données à des fins administratives²⁶

Lorsqu'une loi fédérale autorise explicitement l'utilisation des données également à des fins autres que statistiques, les données individuelles non anonymisées peuvent être remises à des tiers, conformément aux dispositions en question. L'art. 59a, al. 3 LAMal permet ainsi la communication de données de la statistique des hôpitaux à l'OFSP, au Surveillant fédéral des prix, à l'Office fédéral de justice (OFJ), aux cantons, aux assureurs et aux organes mentionnés à l'art. 84a LAMal. Les personnes chargées de traiter ces données au sein des institutions concernées sont soumises aux dispositions de la LPD.

Les destinataires de données individuelles non anonymisées tirées de la statistique des hôpitaux utilisent ces données exclusivement aux fins prévues par la loi. Celles-ci incluent la publication de données par l'OFSP (art. 59a, al. 3 LAMal et art. 31 OAMal).

4.6 Publication et analyses statistiques

Les données validées par l'OFS à la fin du processus de relevé sont analysées à des fins statistiques, et le résultat de ces analyses est publié. La publication des données s'effectue conformément au concept de diffusion de la section et inclut entre autres des tableaux standards, des newsletters, des mémentos statistiques et des analyses thématiques²⁷.

Les principes des « bonnes pratiques »²⁸ sont pris en compte. Les producteurs statistiques cantonaux ont le droit de diffuser les résultats de la statistique des hôpitaux qui les concernent²⁹, mais doivent attendre que l'OFS ait lui-même commencé à diffuser ses données pour pouvoir faire référence à cette statistique.

Les publications d'analyses réalisées sur la base de données remises à des fins statistiques (cf. chapitre 4.5.2) doivent obligatoirement comporter une mention de la source.

²³ Art. 10 de l'ordonnance sur les relevés statistiques et art. 18, al. 3 LSF.

²⁴ La publication de données doit notamment se faire sous une forme empêchant toute déduction sur les personnes physiques ou morales concernées.

²⁵ Art. 19, al. 2 LSF.

²⁶ Cette disposition légale n'est valable que depuis le 1^{er} janvier 2009 et ne s'applique qu'aux données relevées par l'OFS à partir de cette date. Les données relevées avant sont régies par les dispositions de l'époque.

²⁷ Art. 18, al. 1 LSF.

²⁸ Statistiques européennes : Code de bonnes pratiques de la statistique européenne pour les services statistiques nationaux et communautaires, 2005.

²⁹ Art. 18, al. 2 LSF.

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

La publication de données statistiques doit se faire sous une forme empêchant toute déduction³⁰ sur la situation d'une personne physique ou morale³¹.

En vertu des articles 59a, al. 3 LAMal et 31 OAMal, seul l'OFSP est autorisé à publier des données de la statistique des hôpitaux à des fins administratives (cf. chapitre 4.5.3). Dans ces données, une distinction est faite entre prestataires ou entre groupes de prestataires.

5 Descriptif des variables du relevé

Selon l'art. 59a LAMal, le but de la statistique administrative des hôpitaux est en premier lieu de fournir une partie des données nécessaires à la surveillance de l'application des dispositions légales. La forme exacte des informations nécessaires à leur application administrative doit correspondre aux règles de la LAMal et de ses ordonnances, en particulier de l'OCP et de l'OAMal.

En second lieu, les données de la statistique administrative sont un élément de l'application statistique inscrite à l'art. 23 LAMal. Afin de garantir la conformité au sens de la LSF du traitement prescrit à l'art. 23 al. 3 LAMal, en particulier la comparaison nationale et internationale des bases statistiques de l'art. 10 LSF, l'OFS donne des indications sur la forme des données à recueillir, qui peuvent aller au-delà des exigences de la LAMal, de l'OAMal et de l'OCP.

L'obligation de renseigner vaut pour les deux applications selon l'art. 59a al. 2 et 23 al. 2 LAMal. En l'absence d'indication contraire, une seule déclaration concernant une variable du questionnaire de l'OFS suffit pour remplir les deux obligations.

Selon les types d'activités exercées dans l'établissement (voir 5.1.1), on devra donc répondre à différents groupes de questions (ou chapitres). Le questionnaire présente au minimum deux et au maximum quatre chapitres³². L'hôpital est tenu d'y répondre seulement si l'OFS l'y enjoint, après avoir consulté le canton sur les types d'activités. Les questions sont identiques pour les différents types d'activité et les réponses devront suivre à chaque fois les mêmes règles ; c'est pourquoi elles ne sont commentées qu'une seule fois dans ce concept détaillé.

Les chapitres sont structurés de la manière suivante :

Chapitre Données générales

A. Données générales

- Etablissement
- Prestations et prise en charge
- Personnel
- Données financières et d'exploitation

Chapitre Types d'activités

B. Soins aigus

- B1 Prestations et prise en charge
- B2 Données financières et d'exploitation

D. Réadaptation / gériatrie

- D1 Prestations et prise en charge
- D2 Données financières et d'exploitation

C. Psychiatrie

- C1 Prestations et prise en charge
- C2 Données financières et d'exploitation

E. Maison de naissance

- E1 Prestations et prise en charge
- E2 Données financières et d'exploitation

³⁰ Sauf accord écrit de la personne concernée.

³¹ Art. 18, al. 3 LSF.

³² Les maisons de naissance sont par définition indépendantes d'autres types d'activités.

5.1 Données générales établissement

Dans la phase d'initialisation du relevé (septembre-novembre de l'année à laquelle les données se rapportent), l'OFS envoie aux services cantonaux compétents la liste des établissements du canton. Cette liste contient les données de l'année précédente ou des propositions (la typologie calculée, données des registres), telles que:

le canton, l'identification de l'établissement (ENT-ID), le numéro du registre des entreprises et des établissements (REE), la typologie, les types d'activité, le nom, l'adresse, le numéro postal (NPA), la localité, le numéro de commune de l'établissement, de même que la langue de correspondance, l'année du premier relevé, l'offre en prestations ambulatoires et stationnaires, contrôle étatique, et la forme juridique.

Les données suivantes sur les sites doivent également être mises à jour par l'office cantonal de la santé:

Le canton du site, le numéro REE du site, le numéro du site, le nom du site, l'adresse du site, le NPA du site, la localité du site et les activités par site.

Les données sur l'établissement (de 5.1.1 à 5.1.6) sont insérées dans le questionnaire par l'OFS après leur validation par le service cantonal compétent et par l'office cantonal de la santé.

5.1.1 Type d'activité

En accord avec les cantons, l'OFS attribue les types d'activité en fonction des prestations fournies par les établissements. Tandis que les hôpitaux peuvent admettre les types d'activité « Soins aigus », « Psychiatrie » et « Réadaptation / gériatrie », les maisons de naissance ont leur propre type d'activité. Les centres de prestations et de coûts médicaux de l'OFS sont classés par types d'activité³³ de la manière suivante :

Soins aigus :

M000	Disciplines médicales en général, Patients de différentes disciplines
M050	Soins intensifs
M100	Médecine interne
M200	Chirurgie
M300	Gynécologie et obstétrique
M400	Pédiatrie
M600	Ophthalmologie
M700	Oto-rhino-laryngologie (ORL)
M800	Dermatologie et vénéréologie
M850	Radiologie médicale
M960	Centres d'urgence
M970	Cabinet d'urgences des médecins
M990	Autres domaines d'activité

Psychiatrie:

M500	Psychiatrie et psychothérapie
------	-------------------------------

Réadaptation / Gériatrie:

M900	Gériatrie et soins subaigus
M950	Réadaptation et médecine physique

³³ L'annexe III contient des informations détaillées pour chaque centre de prestations médical.

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

La classification – sauf événements spéciaux tels que fusion, fermeture partielle, etc. – est calculée tous les trois ans par l'OFS et validée par l'office cantonal de la santé publique.

L'OFS calcule, sur la base de la statistique médicale (MS), le nombre de cas et de jours d'hospitalisation par centre de prestations dans chaque établissement. Un type d'activité est créé si les chiffres dépassent 5% du volume total, si l'activité représente au moins 500 jours d'hospitalisation ou si elle représente un nombre minimal de cas (soins aigus: 100, psychiatrie: 50, réadaptation/gériatrie: 30). Pour les types d'activité purement ambulatoires, on applique uniquement la règle des 5%. D'entente avec les cantons, les types d'activité sont arrêtés de manière définitive tous les trois ans. Les maisons de naissance sont classées séparément, sur la base des critères suivants:

- Autonomie (indépendance d'établissements cliniques)
- Responsabilité de la direction obstétrique incombant exclusivement aux sages-femmes
- Offre de prestation complétée dans le domaine médical et psychosocial par une collaboration professionnelle.
- Être membre de la IGGH – CH (Association suisse des maisons de naissances)

5.1.2 Identification de l'établissement

Les données relatives à l'identification de l'établissement permettent d'indiquer à quel établissement le questionnaire, respectivement le relevé, fait référence.

L'**adresse** indique les coordonnées postales de l'unité d'exploitation qui fait l'objet du questionnaire. Pour les centres hospitaliers multisites, on indiquera le nom du service central qui administre l'hôpital en tant qu'entité juridique. Il peut s'agir, dans la réalité, d'une adresse fictive.

Compris comme une entité juridique, l'établissement est défini par le numéro d'identification des entreprises (ENT-ID).

Le numéro d'entreprise (**REE**) permet de déterminer chaque établissement avec précision, ce qui est particulièrement important lorsqu'une entité juridique remplit un questionnaire pour chacun de ses établissements. Dans ce cas, ces derniers porteront tous le même numéro ENT-ID tout en ayant chacun un numéro REE distinct.

L'OFS attribue un **code NOGA** à chaque établissement dans le but de classer uniformément dans toutes les statistiques de la Confédération les unités statistiques en fonction de leur activité économique.

La **typologie des hôpitaux**³⁴ classe les établissements par catégories sur la base des critères suivants: NOGA, catégories FMH, volume et diversité des prestations. L'OFS, en collaboration avec le service cantonal compétent, attribue chaque établissement à un type d'établissement.

Le **numéro de commune** et le **code du canton** correspondent aux typologies de l'OFS. Pour les **hôpitaux intercantonaux**, c'est le canton du site principal qui est indiqué sous « canton ». La variable « canton du site » (voir 5.1.6) indique les cantons concernés. Dans la statistique des hôpitaux, les données ne sont pas saisies par site – sauf pour le personnel. Une clé de répartition est alors nécessaire pour répartir entre cantons les données des hôpitaux intercantonaux, conformément à la LAMal. Les offices cantonaux de la santé doivent être contactés à ce sujet.

L'indication de la langue détermine la version linguistique du questionnaire à laquelle l'établissement accédera en ligne.

Le **taux d'intérêt calculatoire de la comptabilité des immobilisations** prescrit selon l'art. 10a al. 4 OCP doit être intégré dans les données de cette dernière. Afin d'éviter des erreurs et pour décharger les établissements, l'OFS introduit dans le champ correspondant le taux d'intérêt fixé par le Conseil fédéral, qui apparaît dès lors automatiquement dans la version électronique du questionnaire.

³⁴ OFS, Typologie des hôpitaux, Neuchâtel 2006.

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

Enfin, les dates (années) **du premier et du dernier relevé** transmis par l'établissement seront également enregistrées.

5.1.3 Forme juridique

Chaque unité d'organisation (entité juridique ou établissement) qui remplit un questionnaire est classifiée selon la nomenclature des **formes juridiques** de l'OFS. Les diverses catégories de cette nomenclature reposent sur les formes juridiques utilisées dans le registre suisse du commerce³⁵.

Le registre REE de l'OFS distingue les formes juridiques suivantes :

Droit privé :

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| - 1 Raison individuelle | - 6 Société anonyme |
| - 2 Société simple | - 7 Société à responsabilité limitée |
| - 3 Société en nom collectif | - 8 Société coopérative |
| - 4 Société en commandite | - 9 Association |
| - 5 Société en commandite par actions | - 10 Fondation (art. 80 ss CCS) |

Droit public :

- | | |
|--|--|
| - 20 Administration fédérale | - 28 Etat étranger / Ambassade |
| - 21 Administration cantonale | - 29 Organisation internationale |
| - 22 Administration de district | - 30 Entreprises publiques de la Confédération |
| - 23 Administration communale | - 31 Entreprises publiques du canton |
| - 24 Administration des corporations de droit public | - 32 Entreprises publiques régionales |
| - 25 Eglise reconnue par l'Etat | - 33 Entreprises publiques communales |
| - 27 Nature juridique de droit étranger (filiale) | - 34 Entreprises publiques d'une corporation |

5.1.4 Forme juridique et statut des hôpitaux³⁶

Dans la planification hospitalière (lors de l'établissement de la liste des hôpitaux), il est tenu compte non seulement des hôpitaux publics, mais aussi, « de manière adéquate », des hôpitaux privés (art. 39, al. 1, let. d LAMal). Les hôpitaux publics et privés sont **ainsi** traités de la même manière. L'ancienne distinction entre hôpitaux subventionnés et non subventionnés n'a plus cours dans la planification hospitalière. Les hôpitaux inscrits dans la liste des hôpitaux ont un mandat de prestations (art. 39, al. 1, let. e LAMal ; art. 58e, al. 2 et 3 OAMal). Ce ne sont plus les hôpitaux (les établissements) mais les prestations qui sont financées. Les prestations sont facturées sur la base de forfaits par cas (art. 49 LAMal). Les forfaits sont versés aux mêmes conditions à tous les hôpitaux de la liste, qu'ils soient publics ou privés. Les cantons supportent au moins 55% de la rémunération des prestations hospitalières, les assureurs au maximum 45% (art. 49a, al. 2 LAMal). On distingue entre hôpitaux publics, mixtes et privés.

Hôpitaux publics

Division de l'administration cantonale: certains hôpitaux cantonaux ont le statut d'une division de l'administration cantonale.

³⁵ Office fédéral de la statistique, Nomenclature des formes juridiques, 2001.

³⁶ Walder Wyss AG, avis de droit « Neue Spitalfinanzierung und Beschaffungswesen », 2012

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

Syndicats et associations de communes: certains hôpitaux dépendent d'un syndicat ou d'une association de communes. Les syndicats de communes sont des entités de droit public. Elles ont une personnalité juridique et sont (généralement) propriétaires d'un patrimoine. Les hôpitaux qui en dépendent sont contrôlés par le syndicat de commune.

Etablissements de droit public: ils sont régis par la législation cantonale sur les hôpitaux. Bien qu'une marge d'autonomie est laissée à l'établissement, l'influence du canton est importante. En effet, le parlement ou le gouvernement cantonal fixe sa dotation en capital, arrête son budget général et formule son mandat de prestations ou une convention de prestations. L'établissement est placé sous la surveillance de l'exécutif cantonal et sous la supervision du corps législatif cantonal. Les organes de l'hôpital sont nommés par l'exécutif cantonal.

Hôpitaux mixtes

Les hôpitaux, notamment les hôpitaux cantonaux, sont de plus en plus souvent constitués en sociétés anonymes mixtes (art. 762 CO) ou en sociétés anonymes selon l'art. 620 CO. Le canton y détient la majorité du capital et exerce, via les dispositions de la loi cantonale sur les hôpitaux, une influence prépondérante sur la société.

Autres formes juridiques privées: il existe des hôpitaux dépendants d'une fondation privée mais placés sous le contrôle de l'Etat. Leur fonctionnement (mandat de prestations, financement, responsabilités, etc.) est fixé par un contrat entre le canton et la fondation.

Hôpitaux privés

Les hôpitaux privés figurant sur les listes des hôpitaux sont souvent des sociétés anonymes (art. 620 CO), mais parfois aussi des fondations (art. 80 CC) ou des associations (art. 60 CC) de droit privé – sans participation publique.

5.1.5 Entreprises sous contrôle public

La catégorie des entreprises « sous contrôle public »³⁷ comprend, selon la jurisprudence européenne, toute entreprise sur laquelle les autorités publiques peuvent exercer, directement ou indirectement, une influence dominante du fait de leur propriété de celle-ci, de leur participation financière dans celle-ci ou des règles qui la gouvernent. Il est présumé que les autorités publiques exercent une influence dominante (ou un contrôle) sur une entreprise lorsque ces autorités, directement ou indirectement,

- détiennent la majeure partie du capital souscrit de l'entreprise (> à 50 %),
ou
- disposent de la majorité des voix attachées aux parts émises par l'entreprise
ou
- peuvent désigner plus de la moitié des membres des organes d'administration, de direction ou de contrôle de l'entreprise.

La seconde catégorie est définie par analogie. Une répartition équilibrée de la propriété entre le public et le privé (« contrôle conjoint » à 50/50) est très rare dans la pratique. Ces cas de figure ne sont pas codés séparément et doivent, lorsqu'ils se présentent, être assimilés au « contrôle privé ».

5.1.6 Sites et prestations

Un centre hospitalier multisite est une entité juridique soumise à une direction centrale qui organise ses activités, lesquelles se répartissent sur plusieurs sites géographiquement distincts. Les données de la statistique des hôpitaux sont normalement collectées par entité juridique et non par site, mais les cantons ont besoin, pour assurer la planification régionale, d'informations sur chaque site et sur les prestations qui y sont fournies.

³⁷ Règlement (CE) n o 1738/2005 de la Commission du 21 octobre 2005

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

Pendant la phase d'initialisation, le service cantonal compétent, d'entente avec le département de la santé, met à jour les données de chaque site (voir 5.1). Les types d'activité qui s'y effectuent doivent être déclarés. Chaque site reçoit un numéro de site dans le cadre du REE.

Les questions 5.1.7 - 5.1.12 de la partie « Données générales établissement » sont remplies par les hôpitaux et les maisons de naissance.

5.1.7 Statut de l'hôpital

Conformément aux dispositions de la LAMal³⁸, les cantons établissent une planification de la couverture des besoins en soins hospitaliers. Les établissements peuvent figurer tout aussi bien sur la liste des hôpitaux du canton de leur siège (**appartenance à la liste cantonale des hôpitaux du canton**) que sur la liste d'un autre ou de plusieurs autres cantons (**appartenance à la liste cantonale des hôpitaux d'autres cantons**). L'inscription sur une liste signifie qu'un mandat public de prestations leur a été attribué et que le canton couvre en partie leurs coûts complets (frais d'exploitation, frais d'investissement).

Les hôpitaux qui ne figurent pas sur une liste cantonale des hôpitaux et qui ne remplissent pas les conditions posées aux articles 38 et 39, al. 1, let. a-c, de la LAMal révisée peuvent conclure avec les assureurs une convention réglant le remboursement des prestations de l'assurance-maladie obligatoire (**Contrat d'assurance pour la rémunération des prestations de l'assurance obligatoire des soins (hôpital lié à un contrat)**).

Enfin, pour connaître l'ensemble des établissements autorisés à facturer des prestations de l'assurance obligatoire des soins (AOS), la liste des hôpitaux, qui mentionne l'ensemble des établissements dont les prestations sont en partie rémunérées par le canton, doit être complétée par les hôpitaux ayant conclu une convention avec les assureurs.

La déclaration du numéro(s) du registre des codes créancier (RCC) indique le rapport existant entre l'assureur et le fournisseur de prestations.

5.1.8 Type de contributions publiques

L'inscription de l'hôpital sur une liste cantonale permet de déterminer si l'établissement bénéficie ou non d'un soutien financier, mais la nature de ce dernier demeure inconnue. Il peut ainsi s'agir de **forfaits liés aux prestations** (contributions cantonales pour un traitement en soins aigus, en psychiatrie ou en réadaptation), de **contributions pour prestations d'intérêt général** ou d'une **couverture de déficit**, mais ce soutien peut également être imputé au **budget global du canton** ou d'un **autre canton**. Quant au budget global, la statistique administrative des hôpitaux ne fait pas de distinction entre un instrument de gestion à long³⁹ ou à court terme⁴⁰. En outre, d'**autres formes de contribution** sont possibles

5.1.9 Prestations d'intérêt général et autres prestations

Conformément à la LAMal, les coûts des prestations d'intérêt général ne peuvent pas entrer dans le calcul des forfaits unitaires (en général les forfaits par cas)⁴¹. Sont visées en particulier les capacités hospitalières offertes non pour des raisons économiques mais pour des raisons de politique régionale, la recherche ainsi que l'enseignement universitaire. Les cantons peuvent garantir l'offre par le biais

³⁸ Art. 49a, al. 4 LAMal et 58b, al. 2 OAMal.

³⁹ Art. 51 LAMal.

⁴⁰ Art. 54 LAMal.

⁴¹ Art. 49, al. 3 LAMal.

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

d'un contrat de prestations public lié à l'admission d'un établissement sur la liste cantonale des hôpitaux.

En sus de la recherche et de la formation universitaire, le questionnaire énumère les prestations les plus importantes offertes pour des raisons de politique régionale. De ce point de vue, il convient de déclarer si la prestation en question est offerte par l'hôpital, et si dans ce cas elle est fournie sur la base d'un contrat de prestation avec le canton (inscription sur une liste des hôpitaux notamment⁴²).

Néanmoins, la mention d'une telle prestation ne signifie pas automatiquement qu'il s'agit d'une prestation d'intérêt général motivé par des raisons de politique régionale.

Liste des prestations demandées

1. Service d'urgence reconnu⁴³

Un service d'urgence reconnu est un service ayant reçu, par décret cantonal, un mandat de soins d'urgence avec obligation générale d'admission des patients, et assurant une permanence 24 heures sur 24, 365 jours par an. Il doit en outre garantir des soins médicaux à tout moment pour les patients admis en urgence et disposer pour chaque lit d'urgence de 0,5 poste de personnel soignant diplômé avec formation complémentaire. L'entrée des urgences doit être accessible au public et aux véhicules de secours, avec un accès de plain-pied (adapté aux lits).

2. Service d'urgence non reconnu

Hormis l'obligation légale générale de prise en charge de patients, il n'y a pas d'exigence particulière à l'égard des services d'urgence non reconnus.

3. Centrale d'appels sanitaires urgents (CASU)

L'établissement met à disposition 24 heures sur 24 une permanence téléphonique (144) dirigée par un personnel qualifié.

4. Service de sauvetage

L'établissement assure un service de sauvetage doté d'un personnel qualifié et spécialisé en service de sauvetage (ambulanciers et personnel de soins spécialisé en anesthésie ou en soins intensifs).

5. Soins intensifs (reconnus par la Société suisse de médecine intensive)

La médecine intensive est exercée dans des locaux appropriés. Elle comprend le diagnostic, la prévention, les soins et les traitements de courte, moyenne ou longue durée de toutes les formes de défaillances aiguës des fonctions vitales chez le patient en danger de mort, dont le pronostic est potentiellement favorable. Elle est pratiquée par une équipe spécialisée et pluridisciplinaire se composant de personnel médical, infirmier et paramédical.

6. Stockage de médicaments et de produits médicaux

Dans le cadre des plans pandémiques, l'hôpital est tenu de stocker les médicaments et les produits médicaux nécessaires.

7. Unités d'hôpital protégées

La mise à disposition d'infrastructures « protégées » telles que des unités d'hôpital protégées ou des centres opératoires protégés (COP) doit être garantie par l'établissement pour des raisons de sécurité de l'approvisionnement en cas de situations extraordinaires ou de catastrophes.

⁴² Art. 58e, al. 2 OAMal.

⁴³ Définition selon le « Concept sur la reconnaissance des unités fonctionnelles TARMED » de juin 2007.

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

8. Formation de base des étudiant-e-s en médecine

La formation de base des étudiant-e-s en médecine comprend la formation théorique et pratique des étudiants jusqu'à l'obtention du diplôme fédéral.

9. Formation postgrade des médecins

La formation postgrade des médecins comprend la formation postgrade dans une des professions médicales réglées par la loi fédérale sur les professions médicales, après l'obtention du diplôme fédéral et jusqu'à l'acquisition du titre postgrade fédéral.

10. Formation des professionnels de la santé non médecins

Elle inclut la formation théorique et pratique jusqu'à l'achèvement de la formation professionnelle ainsi que la formation continue des professions du secteur de la santé qui ne sont pas réglées par la loi fédérale sur les professions médicales.

11. Recherche

La recherche comprend les travaux de création entrepris de façon systématique et le développement expérimental visant à accroître le niveau des connaissances ainsi que leur utilisation pour permettre de nouvelles applications. Les projets qui tendent à augmenter les connaissances scientifiques ainsi qu'à améliorer la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies, en font partie.

12. Planning familial

Il s'agit de l'activité d'aide et de consultation dans le domaine de la grossesse et de la prévention qu'exercent les centres de planning familial et de consultation en matière de grossesse établis par la loi.⁴⁴

5.1.10 Calcul des équivalents plein temps (EPT)

Le nombre d'équivalents plein temps (EPT) est le nombre annuel total d'heures de travail effectivement rémunérées divisé par le nombre annuel d'heures de travail d'un poste à plein temps. Les EPT d'un employé se calculent de la manière suivante :

$$EPT = \text{nombre d'heures de travail rémunérées} / \text{nombre d'heures de travail d'un poste à 100\%}$$

Afin de calculer cette valeur pour chaque personne dans le chapitre Personnel et éviter aux établissements de devoir le faire, il faut introduire dans le questionnaire électronique pour chaque fonction (voir chapitre 5.3.74) le **total des heures qu'une personne à plein temps (100%) doit accomplir en un an.**

Les vacances, les heures supplémentaires et les absences (maladie, formation, etc.) font partie du temps de travail rémunéré. Les jours fériés sont assimilés à des dimanches conformément à la loi sur le travail, art. 20a. Ils ne constituent pas des jours de travail.

Le nombre annuel d'heures de travail d'un poste à 100% se calcule de la manière suivante:

$$52 \text{ semaines} \times \text{nombre d'heures/semaine, moins la somme des heures par année tombant sur des jours fériés (lu-ve)}$$

Selon la loi sur le travail (LTr), art. 2, al. 1, et l'ordonnance 1 relative à la loi sur le travail (OLT 1), art. 4a, al. 1, le temps de travail maximum de 50 heures s'applique à tous les médecins assistants, même si l'hôpital qui les emploie n'est pas régi par la LTr.

⁴⁴ Art. 1, Loi fédérale du 9 octobre 1981 sur les centres de consultation en matière de grossesse.

5.1.11 Personne de référence

L'indication d'une **personne de référence** permet aux cantons et à l'OFS de prendre contact avec l'établissement pour d'éventuels compléments d'information. Il devrait donc s'agir de préférence de la personne qui a rempli le questionnaire ou de la personne qui en est responsable.

5.1.12 Remarques à l'intention du canton ou de l'OFS

Sous cette rubrique, les établissements ont la possibilité de faire des remarques et de les adresser directement aux personnes responsables du traitement des données.

5.2 Données générales « prestations et prise en charge »

Dans chaque questionnaire, le chapitre « Données générales prestations et prise en charge » doit être rempli pour l'ensemble des types d'activité attribués. Les données de la statistique médicale peuvent engendrer un grand nombre de variables et d'informations à ce sujet. C'est pourquoi il ne faut pas répéter les questions à leur endroit dans la présente statistique, sauf volonté expresse de l'utilisateur.

5.2.1 Traitements de longue durée à l'hôpital

Un séjour hospitalier est considéré comme un traitement de longue durée lorsque, selon l'indication médicale, il ne nécessite pas un traitement ni des soins ni une réadaptation médicale à l'hôpital⁴⁵. Ces séjours sont alors facturés selon les dispositions prévues dans les conventions tarifaires passées avec les établissements médico-sociaux⁴⁶.

Comme il faut fournir des informations sur les coûts selon l'OCP des traitements de longue durée⁴⁷, on indiquera ici le **nombre de journées d'hospitalisation et de sorties relatives à ces traitements** en plus des données qui figureront dans les comptabilités des revenus et des charges par unités finales d'imputation.

La clôture d'un cas administratif correspond à une sortie. Le passage, à l'interne, d'un traitement hospitalier à un traitement de longue durée correspond à la clôture d'un cas administratif dans le domaine hospitalier et à l'ouverture d'un nouveau cas administratif dans les traitements de longue durée.

Dans le domaine des traitements de longue durée, les journées d'hospitalisation et les sorties ne sont saisies que dans A.10 et non sous les prestations et traitements du domaine stationnaire (X1.01.01/X1.01.02).

5.2.2 Infrastructure médico-technique

L'infrastructure médico-technique comprend les instruments, appareils et systèmes pour la prévention, le diagnostic, le traitement, les soins et la réadaptation dans les hôpitaux et les maisons de naissance. Le nombre de salles d'opération, de salles de naissance et le temps d'incision/suture sont saisis à titre de données sur l'infrastructure. Pour les infrastructures médico-techniques suivantes, on indiquera le

⁴⁵ Art. 6 OCP.

⁴⁶ Art. 50 LAMal.

⁴⁷ Art. 2, al. 1 let. e OCP.

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

nombre d'appareils et les examens et traitements effectués respectivement en stationnaire et en ambulatoire:

1. Appareils et équipements

- IRM (imagerie par résonance magnétique)
- Scanner CT
- Scanner TEP (Tomographie par émission de positrons)
- Gamma Camera (incluant la scintigraphie et scanner SPECT)
- Accélérateur linéaire (radiothérapie)
- Lithotriporteur
- Appareil pour angiographie
- Dialyse

2. Salles à usages spécifiques

- Salle d'opération
- Salle d'accouchement

Appareils et équipements : il s'agit d'indiquer le **nombre** des appareils qui se trouvent dans les locaux de l'établissement au 31 décembre, indépendamment des droits de propriété. Les combinaisons d'équipements qui réunissent plusieurs appareils sur la même liste doivent être indiquées plusieurs fois conformément à leurs différentes fonctions.

Nombre d'examens: il faut indiquer pour chaque appareil le nombre de contacts avec le patient. L'unité d'examen ou de traitement doit être indiquée selon le périmètre de codage (si possible CHOP pour les soins stationnaires, Tarmed pour les soins ambulatoires). C'est l'utilisation des appareils qu'il faut considérer. Si un patient doit subir le même jour deux examens/traitements sur le même appareil (unités de temps séparées, p. ex. le matin et l'après-midi), on indiquera deux unités, car l'appareil est préparé et nettoyé deux fois, comme pour deux patients différents. Pour les appareils combinés, on considérera sa fonction principale. Par exemple, un appareil combiné TEP/CT sera considéré comme un scanner TEP. L'imagerie CT, dans ce cas, ne sert qu'à montrer la morphologie et à augmenter la lisibilité des images du scanner TEP, qui montre les zones d'activité physiologique. Cette manière de faire est courante dans les relevés statistiques au plan international. Si des appareils sont utilisés pour des prestations d'intérêt général (formation et recherche, utilisation par des tiers), ces examens sont ajoutés au total.

<i>Nombre total d'examens = examens ambulatoires + hospitaliers + d'intérêt général</i>

Remarques concernant la dialyse: il faut indiquer à la fois les traitements sur appareils à hémodialyse (voir code CHOP 39.95) et les traitements en « hémodialyse continue » en station de soins intensifs (SSI). Les dialyses péritonéales (code CHOP 54.98) et les plasmaphérèses ne sont pas à inclure dans le « nombre d'examens sur appareils de dialyse ».

Salles d'opération : Une salle d'opération est un local distinct des autres installations de l'hôpital destiné à accueillir les interventions chirurgicales. Comme il faut y respecter des prescriptions d'hygiène spécifiques, on ne peut y accéder que par un sas. Une seule salle peut contenir plusieurs tables d'opération. En plus du **nombre** de salles d'opération, on indiquera la somme des prestations en heures dans toutes les salles d'opération en se référant au temps incision / suture réalisé dans les salles d'opération (TIS).

Salles d'accouchement : les locaux dont l'infrastructure est destinée en premier lieu à l'accouchement sont considérés comme des salles d'accouchement. Leur **nombre** doit être indiqué.

5.3 Données générales « personnel »

Le relevé des effectifs et de la structure du personnel occupé⁴⁸ s'effectue pour la totalité de l'établissement et indépendamment des types d'activité. Afin de collecter suffisamment d'informations pour des analyses thématiques, les données sur le personnel sont saisies sous forme d'enregistrements individuels. Cela signifie qu'il faut répondre à toutes les questions sur le personnel pour chacun des collaborateurs et chacune des collaboratrices.

5.3.1 Personnel interne

Toutes les personnes employées durant l'année et qui disposent d'un contrat de travail avec l'établissement doivent faire l'objet du relevé. Le critère déterminant ici est la comptabilisation des coûts du personnel dans le compte n° 30 Charges salariales⁴⁹. Le personnel employé par le biais d'entreprises de travail temporaire est pris en compte, ce qui n'est pas le cas des bénévoles. Par conséquent, il n'est pas possible de savoir si ces personnes n'étaient plus sous contrat au 31 décembre de l'année du relevé ou si elles étaient absentes pour cause de service militaire, de vacances ou pour d'autres raisons.

Dans le cas des personnes qui ont exercé plusieurs fonctions dans l'établissement durant l'année du relevé, les données doivent être regroupées et indiquées pour la fonction dans laquelle la majorité des heures ont été accomplies.

Pour la grande majorité des variables composant les enregistrements individuels, une seule réponse est possible : ce n'est que pour la variable « nationalité » que plusieurs réponses sont possibles, en cas de double nationalité. Toutes les questions sont obligatoires.

5.3.2 Personnel externe

Une part non négligeable des prestations médicales est effectuée par du personnel qui n'a pas de contrat de travail fixe avec l'établissement, mais qui est rétribué sur facture pour des activités déterminées. Quand les conditions suivantes sont remplies, le personnel est considéré comme externe:

- pas de contrat de travail avec l'établissement (salaire pas comptabilisé dans le compte 30)
- la personne n'a pas été engagée via une agence de travail temporaire
- la personne ne fait pas partie d'un cabinet établi dans l'hôpital qui facture ses prestations directement aux patients.

La statistique des hôpitaux ne concerne que le personnel externe qui fournit des prestations médicales, diagnostiques ou thérapeutiques. Cela correspond aux fonctions suivantes :

- 33 Médecin externe
- 34 Sage-femme externe
- 35 Personnel médical externe

Sous « personnel médical externe », il faut indiquer le personnel des catégories « personnel soignant » (sans les sages-femmes), « personnel médico-technique » et « personnel médico-thérapeutique ».

Le personnel externe est saisi, comme le personnel interne, dans un fichier individuel (mais un fichier réduit). Les données suivantes doivent y figurer :

⁴⁸ Art. 59a, al. 1, let. b LAMal, Annexe de l'ordonnance concernant l'exécution des relevés statistiques fédéraux, état au 1er août 2007.

⁴⁹ Selon les Règles de comptabilisation, y compris le plan comptable, 8^e édition, 2014

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

- numéro d'ordre
- numéro d'identification anonyme
- GLN
- nombre d'heures effectuées par année
- code du centre de prestations principal
- site principal

5.3.3 Numéro d'identification anonyme du personnel

L'établissement doit attribuer un **numéro d'identification anonyme** à chaque collaborateur et à chaque collaboratrice. Cette information ne sert pas seulement à identifier la personne à qui se rapportent les données mais elle est censée faciliter la recherche d'un enregistrement individuel dans le corpus de données, par exemple pour corriger une erreur de saisie. C'est pourquoi ce numéro ne doit contenir aucun attribut personnel (numéro AVS, numéro de passeport, etc.) et peut être modifié chaque année. En outre, le programme accorde un **numéro d'ordre** à chaque enregistrement individuel.

5.3.4 Global Location Number (GLN)

Le GLN est un numéro d'identification public attribué au personnel médical. Il est attribué au moment de la remise des diplômes fédéraux ou de la reconnaissance des diplômes étrangers. Il conserve sa validité même quand la personne change de nom. L'OFS relève ce numéro pour les sages-femmes et pour les médecins depuis l'année 2013, ce qui permet de tirer ensuite les données directement du Registre des professions médicales (MedReg). Cela constitue, conformément à la loi sur l'harmonisation des registres, un allègement pour les fournisseurs de prestations.

Le GLN est public. On peut le consulter dans le Registre des professions médicales:

<http://www.medregom.admin.ch/>

5.3.5 Année de naissance

Il faut relever l'**année de naissance** de chaque collaborateur et de chaque collaboratrice. Cette variable permet de former les groupes d'âges qui servent de base à l'analyse de la structure du personnel⁵⁰.

5.3.6 Sexe

De même que l'année de naissance, le **sexe** est un élément important pour se faire une idée de l'effectif du personnel. Le sexe inscrit au registre d'état civil est déterminant.

5.3.7 Fonction

La fonction de chaque membre du personnel est relevée sur la base des catégories de personnel prédéterminées⁵¹. Elle se détermine selon le travail effectivement accompli et non selon la formation suivie. Pour les collaborateurs et collaboratrices temporaires et les personnes employées par

⁵⁰ Art. 59a, al. 1, let. b LAMal.

⁵¹ Il faut attribuer une fonction, et une seule, à chaque poste de travail. Dans les cas où un contrat de travail prévoit plusieurs fonctions, on mentionnera la fonction principale.

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

l'intermédiaire d'une entreprise de travail intérimaire, on indiquera donc l'activité exercée le plus souvent durant l'année du relevé.

Les personnes en formation pour lesquelles la catégorie de réponse ne prévoit pas de dénomination doivent être enregistrées sous leur future fonction. La question « Personnel en formation » (cf. chapitre 5.3.12) permet de préciser les données qui les concernent. Il en va de même des personnes sans diplôme professionnel à la question « Origine du diplôme » (cf. chapitre 5.3.11).

Les catégories de fonction sont réparties en huit groupes principaux et une ventilation plus fine est appliquée aux catégories « Médecins »⁵², « Personnel soignant », « Personnel médico-technique », « Personnel médico-thérapeutique »⁵³ :

1. Médecins
2. Personnel soignant
3. Personnel médico-technique
4. Personnel médico-thérapeutique
5. Services sociaux (conseil et soutien)
6. Personnel de maison
7. Services logistiques et techniques
8. Personnel administratif

5.3.8 Taux d'occupation

Selon l'enquête suisse sur la population active (ESPA) de l'OFS, on considère comme « actives occupées » les personnes qui ont travaillé au moins une heure contre rémunération comme salariées ou indépendantes. Par analogie, on calculera dans cette statistique le taux d'activité en fonction du **nombre d'heures de travail rémunérées** (y compris les heures supplémentaires) durant l'année d'exercice selon la comptabilité des salaires. Le volume en heures de travail non fourni doit être inclus lorsque l'établissement paie ces heures (maladie, formation, service militaire, grossesse, etc.).

Lorsque le contrat de travail prévoit un horaire de travail mobile, **les heures supplémentaires** ou négatives ne sont pas comptabilisées si elles sont par la suite compensées par des congés ou des heures supplémentaires. Mais lorsque les heures supplémentaires sont rémunérées ultérieurement en espèces (par ex. à la fin du contrat de travail), elles doivent être comptabilisées durant l'année au cours de laquelle elles ont été indemnisées.

Toutes les heures de travail sont enregistrées de la même manière, que le travailleur les ait exécutées ou non et quelle que soit leur rémunération (travail de nuit, service de piquet, heures supplémentaires, fin de semaine, etc.).

Sur la base du nombre d'heures, le questionnaire électronique calcule automatiquement une valeur de référence au moyen du nombre standard d'heures rémunérées représentant une occupation à temps complet (cf. chapitre 5.1.12). Cet **équivalent plein temps (EPT)** se monte par exemple à 0,5 si exactement la moitié du nombre standard d'heures de travail a été exécutée.

La question de l'**existence d'un contrat de travail au 31 décembre** renseigne sur la fluctuation du personnel.

⁵² Les fonctions figurant ici sont uniquement celles qui sont réglées par la loi fédérale sur les professions médicales (LPMéd).

⁵³ L'annexe IV cite les subdivisions exactes des catégories principales de fonctions ainsi que des exemples de classement des fonctions professionnelles.

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

5.3.9 Centre de prestations

Afin de préciser la classification, il faut nommer pour chaque personne le **centre de prestations** OFS où elle accomplit la majeure partie de sa prestation mesurée en heures de travail.

Les principales catégories de fonction correspondent généralement aux centres de prestations⁵⁴, bien que cela ne soit pas forcément valable dans tous les cas⁵⁵ :

Médecins / Personnel soignant

M000	Disciplines médicales en général, Patients de différentes disciplines
M050	Soins intensifs
M100	Médecine interne
M200	Chirurgie
M300	Gynécologie et obstétrique
M400	Pédiatrie
M500	Psychiatrie et psychothérapie
M600	Ophthalmologie
M700	Oto-rhino-laryngologie (ORL)
M800	Dermatologie et vénéréologie
M850	Radiologie médicale
M900	Gériatrie et soins subaigus
M960	Centres d'urgence
M970	Cabinet d'urgences des médecins
M950	Réadaptation et médecine physique
M990	Autres domaines d'activité

Personnel médico-technique/ Personnel médico-thérapeutique / Services sociaux

T100	Infrastructure à usage spécifique
T200	Radiologie et médecine nucléaire
T300	Radiothérapie
T400	Services diagnostics
T500	Autres services thérapeutiques
T600	Conseils et services sociaux
T700	Service des soins corporels

Personnel de maison / Services techniques et logistiques / Personnel administratif

I100	Administration
I200	Pharmacie (en général)
I300	Cuisine
I400	Service de maison
I500	Service technique et logistiques et service de maintenance
E100	Ecole(s)
E200	Autres exploitations annexes

⁵⁴ L'annexe VI contient des informations détaillées sur les centres de prestation des catégories T, I et E.

⁵⁵ Ainsi, un pharmacien qui devrait être classé selon l'annexe IV dans la catégorie principale de fonctions « Personnel médico-thérapeutique » peut être enregistré dans le centre principal de prestations I200 « Pharmacie (en général) ».

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

Le personnel ne pouvant être classé dans aucun des centres de prestations susmentionnés seront enregistrés dans la catégorie M000 « Disciplines médicales en général, Patients de différentes disciplines ».

5.3.10 Site principal

Afin d'enregistrer convenablement le personnel des entreprises comportant plusieurs sites, il faut indiquer pour chaque personne le numéro du site où elle accomplit la majeure partie de ses prestations mesurées en heures de travail. Si l'entreprise ne comporte qu'un seul site, le questionnaire électronique répond automatiquement à la question.

5.3.11 Origine du diplôme

Cette variable définit le lieu **d'obtention du dernier diplôme**. Ne tenir compte que des diplômes qui ont été obtenus pour une formation de base ou une formation continue et qui sont en relation avec la fonction exercée. La variable « origine du diplôme » se rapporte aux formations reconnues par la Confédération qui ont été définies pour les différents groupes de professions selon la loi sur les professions médicales (LPMéd), la loi sur les professions de la psychologie (LPsy), la loi sur la formation professionnelle (LRPr) et la loi sur les hautes écoles spécialisées (LHES). Voir à ce sujet la fiche INFO – Saisie des variables : A.14.08 Origine du diplôme.

La variable correspond aux huit catégories suivantes :

- **Suisse**
- **Allemagne**
- **France**
- **Italie**
- **Autre UE⁵⁶**
- **USA / Canada**
- **Autres**
- **Pas de diplôme**

5.3.12 Personnel en formation

La question de savoir si une **personne est en formation** concerne l'ensemble des groupes de fonctions (cf. chapitre 5.3.7). La formation déclarée dans cette rubrique doit, en premier lieu, présenter un rapport direct avec la fonction indiquée dans l'enregistrement personnel et, en second lieu, elle doit se baser sur un contrat de travail ou de formation valable passé avec l'hôpital, ou l'école qui en dépend ou avec l'établissement. Il en va de même pour les maisons de naissance.

Pour les **médecins**, il faut déclarer autant la formation de base que la formation post-grade effectuée dans le cadre du diplôme fédéral de formation post-grade selon l'art. 7 al. 1 OCP.

Dans l'annexe IV « Fonctions du personnel » de la statistique des hôpitaux, le médecin assistant est défini comme un « médecin avec un diplôme fédéral et en formation postgraduée pour l'obtention d'un titre postgrade fédéral ». Il est toutefois possible, dans la pratique, qu'un médecin assistant ne suive pas de formation postgrade et qu'un chef de clinique en suive une. C'est pourquoi il faut, pour la fonction « médecin assistant », répondre « oui » à la variable « Personnel en formation » (A.14.09) si la personne en question suit une formation postgrade.

⁵⁶ Tous les Etats de l'Union européenne, à l'exception de l'Allemagne, de la France et de l'Italie, ainsi que les Etats membres de l'Association européenne de libre échange (AELE) à l'exception de la Suisse.

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

Tous les médecins, qu'ils soient médecins assistants ou qu'ils aient un rang plus élevé (médecin hospitalier, chef de clinique, etc.), peuvent être déclarés comme médecins en formation postgrade (variable « Personnel en formation = Oui »).

Sont considérés comme suivant une formation médicale postgrade les médecins qui sont en formation pendant au moins trois mois au cours de l'année civile (du 1^{er} janvier au 31 décembre).

Seul le premier titre de spécialiste est considéré comme formation postgrade. Dans certains cas dûment motivés, un deuxième titre FMH peut être reconnu⁵⁷.

5.3.13 Nationalité

En cas de double nationalité, la variable **Nationalité**, comprise dans les mêmes catégories que la question « Origine du diplôme », peut se voir attribuer plusieurs réponses.

- Suisse
- Allemagne
- France
- Italie
- Autre UE
- USA / Canada
- Autres

5.4 Données générales finances et exploitation

La LAMal définit le cadre légal du relevé des données financières et d'exploitation à des fins administratives. Les détails sont précisés dans l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP).

Pour alléger autant que possible la charge administrative des établissements soumis à l'obligation de renseigner, la statistique administrative des hôpitaux propose l'outil de travail REKOLE®⁵⁸.

Mais REKOLE® n'est doté d'aucune force obligatoire, ce qui signifie que la statistique administrative des hôpitaux requiert des informations que REKOLE® ne prévoit pas. L'OFS examine les modifications futures de REKOLE® en fonction des exigences légales et le cas échéant s'abstient de les reproduire dans la statistique administrative des hôpitaux.

La solution adoptée pour la statistique administrative des hôpitaux n'a aucune incidence sur l'exécution d'autres obligations légales⁵⁹.

5.4.1 Comptabilité financière

Grâce au relevé chronologique de tous les aspects de l'activité de l'établissement exprimables en chiffres, les hôpitaux et les maisons de naissance sont en mesure, à la fin d'un exercice comptable, de déterminer leur résultat d'exploitation. La comptabilité financière⁶⁰ nécessaire ici fait l'objet de prescriptions légales tout comme la déclaration des charges et des produits qu'elle contient⁶¹.

⁵⁷ L'hôpital remet annuellement à la Direction de la santé publique du canton une attestation de la nécessité des formations postgrades, avec indication du nombre et de la combinaison des titres de spécialistes.

⁵⁸ Cf. H+ Les Hôpitaux de Suisse, REKOLE® - Comptabilité analytique à l'hôpital, 4^e édition, 2013.

⁵⁹ En particulier, santésuisse n'est pas tenue de respecter la forme choisie par la présente statistique lors de l'exécution de son mandat légal.

⁶⁰ Art. 10, al. 1 OCP.

⁶¹ Art. 59a, al. 1, let. e LAMal.

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

La présente statistique doit présenter dans la comptabilité financière les charges et les produits des exploitations annexes. Sont considérées comme des exploitations annexes les unités organisationnelles qui apportent un soutien à la prise en charge par les hôpitaux et les maisons de naissance. Elles correspondent souvent à des centres de profit, c'est-à-dire à des unités organisationnelles dirigés par un cadre qui répond des pertes et des profits de l'unité. Il s'ensuit que les centres de coûts des exploitations annexes sont comptabilisés selon le principe de la vérité des coûts. Les recettes ainsi que les pertes et profits des exploitations annexes sont indiqués séparément⁶². Leur clientèle consiste principalement en des clients externes, qui ont tout au plus un lien indirect avec le processus de traitement des patients, tels que des magasins de fleurs, des salons de coiffure et des restaurants.

5.4.1.1 Charges

Les charges sont définies comme la consommation de valeur générée par l'ensemble des biens et services comptabilisés pendant une période donnée. Elles sont relevées selon trois groupes principaux. Les données concernant les exploitations annexes sont à intégrer dans la déclaration⁶³:

Charges du personnel

- **3 Charges de personnel** : il s'agit de la somme des groupes de comptes principaux 30 Charges salariales, 37 Charges sociales, 38 Charges des honoraires de médecins (assujettis aux charges sociales), et 39 Autres charges du personnel.

Charges de matériel, de marchandises, de services, de tiers et autres charges d'exploitation

- 40 **Matériel médical d'exploitation**
- 41 **Charges de produits alimentaires**
- 42 **Charges de ménage**
- 43 **Entretien et réparations**
- 44 **Charges d'utilisation des immobilisations**
- 45 **Charges d'énergie et eau**
- 46 **Charges financières**
- 47 **Charges de l'administration et de l'informatique**
- 48 **Autres charges liées aux patients**
- 49 **Autres charges non liées aux patients**

Taxes, frais extraordinaires et hors exploitation

- **Taxes, frais extraordinaires et hors exploitation** : Elles concernent les groupes de comptes principaux 77 « Impôts », 78 « Charges et produits exceptionnels » et 79 « Charges et produits hors exploitation ».

Le programme calcule automatiquement la somme des déclarations relatives aux charges sous la rubrique **Somme des charges**.

5.4.1.2 Produits

En contrepartie, les produits représentent la plus-value ou l'appréciation du patrimoine durant une période. Les produits des exploitations annexes sont à saisir de manière intégrée.

⁶² Cf. H+ Les Hôpitaux de Suisse, REKOLE® - Comptabilité analytique à l'hôpital, 4^e édition, 2013

⁶³ Les chiffres indiqués correspondent aux numéros des groupes de comptes principaux selon les règles de comptabilisation, y c. plan comptable, 8^e édition, 2014.

6 Produits d'exploitation

- 60 **Produits de prestations médicales, infirmières de soins, et thérapeutiques aux patients**
- 61 **Prestations unitaires médicales**
- 62 **Autres prestations unitaires hospitalières**
- 65 **Autres produits des prestations aux patients**
- 66 **Produits financiers**
- 67 **Variation des stocks de produits**
- 68 **Produits résultant de prestations au personnel et à des tiers**
- 69 **Contributions et subventions**⁶⁴
 - 690 **Contributions des communes**
 - 695 **Contributions des cantons**
 - 696 **Contributions de la Confédération**
 - 697 **Contributions de corporations, de fondations et de privés**
- **Taxes, produits extraordinaires et hors exploitation** : produits qui ne peuvent entrer dans aucun des comptes susmentionnés. Ils concernent le compte 78 « Charges et produits exceptionnels » et 79 « Charges et produits hors exploitation ».

Le programme calcule automatiquement la somme des déclarations relatives aux produits sous la rubrique **Somme des produits**.

5.4.2 Résultat d'exploitation

Le résultat d'exploitation fait partie du compte de pertes et profits et se détermine en fonction des charges et des produits d'une période donnée, en l'occurrence de l'année d'exercice⁶⁵.

Le résultat d'exploitation se calcule sous forme de **bénéfice total**, respectivement de **total des pertes** à partir de la somme des données issues de la comptabilité financière (cf. chapitre 5.4.1). Mais comme les exploitations sont soumises à l'obligation de déclarer, le programme ne fait pas automatiquement ce calcul⁶⁶.

En cas de perte globale, on indiquera le montant de la **couverture du déficit**⁶⁷. Ce faisant, il est important de ne pas confondre ni amalgamer les contributions de couverture du déficit avec les autres contributions et subventions publiques et privées (numéro de compte 69 des règles de comptabilisation H+). Contrairement aux subventions, la couverture du déficit dépend du montant de la perte globale. Ces deux catégories de produits sont indépendantes des cas administratifs ; elles se distinguent par là des revenus ou produits signalés au compte numéro 60, « Revenus (ou produits) de prestations médicales, infirmières et thérapeutiques aux patients ».

On relèvera la couverture du déficit au moyen des catégories suivantes :

⁶⁴ Pour différencier d'une part les contributions et subventions des collectivités publiques (compte 69) et d'autre part les produits du compte 60, on s'appuiera sur le même critère que dans la comptabilité analytique des revenus, en examinant si les produits en question sont ou non liés aux cas administratifs.

⁶⁵ Art. 59a, al. 1, let. e LAMal.

⁶⁶ Art. 59a, al. 1, let. e LAMal.

⁶⁷ Annexe de l'ordonnance concernant l'exécution des relevés statistiques fédéraux, état au 1er février 2009.

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

- **Réserves** : Fonds propres autofinancés
- **Commune(s)**
- **Canton(s)**
- **Confédération**
- **Fonds privés**
- **Total de la couverture du déficit**
- **Déficit non couvert**

5.4.3 Passerelle d'ajustement

Tandis que la comptabilité financière (cf. chapitre 5.4.1) considère les charges de toute l'exploitation, la comptabilité analytique des charges par unités finales d'imputation (cf. 5.6.1), qui doit être structurée selon les types d'activité, saisit les coûts de chaque patient (c'est-à-dire de chaque unité finale d'imputation).

Entre ces deux instruments, la structure systématique de la comptabilité permet une concordance que la correction des différences (d'appréciation) entre les charges et les coûts peut encore affiner. C'est le but de la passerelle d'ajustement.

Délimitations temporelles

Dans la comptabilité financière, les délimitations temporelles permettent de rendre compte du résultat financier pour une période donnée. Les charges et les produits sont comptabilisés pour la période à laquelle ils se rapportent⁶⁸. Dans le cadre de la statistique des hôpitaux, la période comptable correspond à l'exercice comptable. Il n'y a pas lieu de fixer d'autres délimitations temporelles.

Délimitations comptables

Dans la statistique administrative des hôpitaux, on part du **total des charges de la comptabilité financière**, où l'on corrige les impôts, les charges exceptionnelles et hors exploitation et les charges calculées (charges substitutives et charges supplétives), pour parvenir au **total des coûts par unités finales d'imputation** (total des résultats partiels concernant les types d'activité) :

- **Charges supplétives** : Il s'agit des coûts issus des cas administratifs et / ou des mandats (et figurant dans la comptabilité des charges par unités finales d'imputation), mais qui n'apparaissent pas dans la comptabilité financière de l'établissement, parce qu'ils sont directement couverts par un tiers (collectivité publique, fondation de droit public, université, caisse-maladie, fonds de recherche ou fonds privé, organisation faïtière, etc.). Les charges supplétives sont ajoutées au total des charges de la comptabilité financière.
- **Charges substitutives** : Les charges substitutives figurent aussi bien dans la comptabilité des charges par unités finales d'imputation que dans la comptabilité financière, mais elles y sont évaluées différemment, en fonction d'objectifs comptables distincts. Ces différences concernent notamment les amortissements et les intérêts. Comme a priori on ne connaît pas l'orientation de la correction des charges substitutives, la statistique administrative des hôpitaux leur réserve deux champs (« + charges substitutives » et « - charges substitutives »), mais il faut y inscrire seulement la somme de la correction effectuée sur cette base.
- **Charges non incorporables** : ce sont les charges qui ne résultent pas de l'exploitation courante de l'hôpital et qui ne sont donc pas prises en compte par la comptabilité des charges par unités finales d'imputation. Il s'agit par exemple de charges remontant à des périodes antérieures, de charges extraordinaires ou de charges liées à des tâches ne relevant pas de

⁶⁸ Cf. H+ Les Hôpitaux de Suisse, REKOLE® - Comptabilité analytique à l'hôpital, 4^e édition, 2013

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

la mission principale de l'établissement (gestion d'une exploitation agricole etc.). Elles seront soustraites du total des charges de la comptabilité financière.

- **Charges exceptionnelles et hors exploitation** : dans la comptabilité analytique, seules sont considérées comme des dépenses les charges liées aux activités spécifiques de l'hôpital.
- **Impôts**
- Impôts indirects et impôts sur la fortune : ils grèvent les transactions entre l'entreprise et son environnement, indépendamment du résultat de l'entreprise. Les impôts sur les transports (p. ex. impôt sur les véhicules à moteur), les droits de douane et les impôts sur la consommation (p. ex. impôt sur le tabac, sur les huiles minérales) sont assimilés à des coûts.
- La taxe sur la valeur ajoutée (TVA) : la saisie de la taxe sur la valeur ajoutée dans la comptabilité analytique s'impose uniquement dans le cas où l'hôpital établit un décompte à l'aide de taux forfaitaires et ne peut faire valoir l'impôt préalable. Dans ce cas, il convient de procéder aux ajustements nécessaires.
- Impôts sur les revenus : comme les impôts sur les revenus s'appliquent au résultat (dépendant du bénéfice), ils ne sont pas considérés comme des coûts.
- **Correction pour les patients à cheval sur deux années**
- Cette correction doit être faite pour passer du « Calcul périodique par unité finale d'imputation » au « Calcul unitaire par unité finale d'imputation ». Sont déterminants les patients ayant quitté l'hôpital au cours de l'année comptable. D'une part, il faut additionner la part des coûts comptabilisés l'année précédente pour les patients admis l'année précédente et sortis pendant l'année de relevé. D'autre part, il faut soustraire les coûts comptabilisés pendant l'année de relevé pour les patients sortis seulement l'année suivante.

Afin de faciliter la déclaration, le questionnaire électronique montre le total des charges de la comptabilité financière, le total des différentes comptabilités des charges par unités finales d'imputation comme **valeur cible**, le résultat des **déclarations** et la **différence** subsistant entre ceux-ci.

5.4.4 Comptabilité des salaires et des honoraires pour les prestations médicales, diagnostiques et thérapeutiques

Comme plus de la moitié des charges d'un hôpital ou d'une maison de naissance résulte des frais de personnel, il est indispensable de faire ici des déclarations précises⁶⁹, qui soient plus détaillées que celles concernant les charges dans la comptabilité financière (cf. chapitre 5.4.1.1).

Il faut distinguer le personnel fixe, dont les charges sociales sont assumées par l'établissement, du personnel externe, qui fournit à ce dernier des prestations médicales, diagnostiques ou thérapeutiques⁷⁰ contre honoraires (cf. chapitre 5.3.2).

Les comptes suivants sont déterminants pour les données sur le personnel fixe (selon les Règles de comptabilisation, y compris le plan comptable, 8^e édition, 2014) :

- 30 Charges salariales
- 38 Charges des honoraires des médecins (assujettis aux charges sociales)
- 37 Charges sociales
- 39 Autres charges de personnel

⁶⁹ Art. 10, al. 2 et 3 OCP, art. 59a, al. 1 LAMal.

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

Dans le compte 30 Charges salariales, les charges sont par ailleurs ventilées selon le principal groupe de fonctions (cf. chapitre 5.3.7) :

- 1. **Médecins**
- 2. **Personnel soignant**
- 3. **Personnel médico-technique**
- 4. **Personnel médico-thérapeutique**
- 5. **Services sociaux (conseil et soutien)**
- 6. **Personnel de maison**
- 7. **Services logistiques et techniques**
- 8. **Personnel administratif**

Les **prestations médicales, diagnostiques et thérapeutiques** du personnel externe indépendant sont payées sous forme d'honoraires ; dans ce cas, l'hôpital ou la maison de naissance ne prend en charge aucune cotisation sociale. Ces honoraires⁷¹ se répartissent en trois catégories :

- 1. **Médecins**
- 2. **Sages-femmes**
- 3. **Autres**

Si un médecin agréé s'acquitte lui-même, directement auprès des assurances sociales, des cotisations dues pour les prestations qu'il a fournies sur mandat de l'hôpital, sans que ce dernier ne soit impliqué, il doit être compté dans la catégorie des honoraires non assujettis aux charges sociales.

5.4.5 Comptabilité des immobilisations

Comme toutes les autres données de la statistique administrative des hôpitaux, les déclarations relatives à la comptabilité des immobilisations doivent respecter les prescriptions de la LAMal et l'OCP⁷².

Le présent texte contient la description des dispositions légales. En outre, dans la perspective du mandat qui lui est confié par la loi⁷³, l'OFS formule des explications supplémentaires.

Comme il faut calculer les coûts d'utilisation des investissements acquis pour 10'000 francs ou plus, il faut relever ces investissements de manière uniforme et les faire figurer à part⁷⁴.

Les investissements sont les meubles, les immeubles et les installations dont un hôpital ou une maison de naissance doit disposer pour accomplir son mandat de prestation⁷⁵. Fondant l'inscription

⁷⁰ Les prestations médicales consistent en des activités qui relèvent des principales catégories de fonction « Médecins », « Personnel soignant », « Personnel médico-technique » et « Personnel médico-thérapeutique ».

⁷¹ Les honoraires peuvent porter sur toutes les catégories de prestations (OCP, assurance complémentaire, auto-payeur, patients étrangers, etc.).

⁷² Cf. document publié par l'OFSP « 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-maladie (OCP) – Modifications au 1^{er} janvier 2009 – Commentaire et explications ».

⁷³ Art. 23 LAMal.

⁷⁴ Art. 10, al. 5 OCP.

⁷⁵ Art. 8, al. 1 OCP.

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

sur la liste cantonale des hôpitaux, ce mandat comprend l'ensemble des prestations dont l'offre est réglée par contrat entre l'établissement et le canton⁷⁶. Les installations des exploitations annexes et les parties d'immeubles qui ne sont pas nécessaires à l'exécution du mandat de prestation ne doivent pas faire l'objet du relevé⁷⁷.

Comme les locations et les achats par acomptes sont assimilés à des opérations d'achat et que les coûts d'utilisation de ces immobilisations doivent être indiqués séparément⁷⁸, la statistique administrative des hôpitaux présente deux tableaux distincts où il faut faire figurer individuellement les installations.

Afin de permettre au questionnaire électronique de créer suffisamment de lignes dans ces tableaux, il faut indiquer le **nombre d'immobilisations par achats**, respectivement de **location et achat par acomptes**. En outre, la **durée prévue d'utilisation**⁷⁹ par catégories d'immobilisations⁸⁰ doit être déclarée.

De plus, ce tableau affiche le **taux d'intérêt calculatoire prescrit par la loi**⁸¹ (cf. chapitre 5.1.2).

L'OFS prévoit la répartition des installations selon les catégories d'installation décrites dans REKOLE® :

Biens immobiliers

- **Terrains bâtis et non bâtis**⁸²
- **Bâtiments hospitaliers et autres bâtiments**
- **Bâtiments provisoires**

Installations fixes

- **Installations d'exploitation générale**
- **Installations spécifiques aux immobilisations**

Biens mobiliers

- **Mobilier et installations (y compris de stockage)**
- **Machines de bureau et systèmes de communication**
- **Véhicules**
- **Outils et appareils (exploitation)**

Immobilisations médico-techniques

- **Appareils, machines, instruments (y compris les logiciels acquis avec l'appareil)**
- **Mises à niveau de logiciels**

Immobilisations informatiques

- **Matériel**
- **Logiciels**

Biens immatériels

Seulement s'ils font l'objet d'un amortissement.

⁷⁶ Art. 39, al. 1, let. e LAMal.

⁷⁷ Office fédéral de la santé publique : « 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-maladie (OCP) – Modifications au 1^{er} janvier 2009 – Commentaire et explications ».

⁷⁸ Art. 8, al. 2 OCP.

⁷⁹ Art. 10a, al. 1, let. b OCP.

⁸⁰ Office fédéral de la santé publique : « 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-maladie (OCP) – Modifications au 1^{er} janvier 2009 – Commentaire et explications ».

⁸¹ Art. 10a, al. 1, let. h OCP.

⁸² On a renoncé à l'ajout des « Droits de superficie » selon REKOLE® car ceux-ci n'ont aucune incidence sur l'exécution du mandat de prestation.

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

Dans le tableau de la **comptabilité des immobilisations par achat**, conformément à l'art. 10a, al. 1, OCP, les données suivantes de chaque installation nécessaire à l'exploitation de l'hôpital ou de la maison de naissance doivent être déclarées :

- **Valeur d'achat** en Fr. : l'évaluation ne doit pas suivre les prix du marché, ni la valeur de remplacement, ni la valeur de l'assurance incendie⁸³.
- **Année d'achat**
- **Valeur comptable au début de l'année** en Fr.
- **Valeur comptable à la fin de l'année** en Fr.
- **Amortissement annuel** en Fr.⁸⁴
- **Taux d'intérêt calculatoire** en Fr.⁸⁵
- **Coûts d'utilisation des investissements** en Fr. : la somme des amortissements annuels en Fr. et du taux d'intérêt calculatoire correspond aux charges d'utilisation des investissements en Fr.⁸⁶

Afin de répartir les installations dans les catégories qui leur correspondent, respectivement de vérifier si la valeur minimale d'achat prescrite par l'OCP est atteinte, il est nécessaire de bien distinguer les installations, en particulier lorsqu'elles se composent de plusieurs parties⁸⁷.

En vertu de l'art. 10, al. 5, OCP, les indications doivent être données par les hôpitaux et les maisons de naissance eux-mêmes. Elles ne peuvent pas être calculées automatiquement ou corrigées par le programme informatique.

Afin de permettre de remplir son mandat légal statistique conformément à l'art. 23 LAMal, la loi sur la statistique fédérale et l'ordonnance sur les relevés statistiques, l'OFS calcule les autres valeurs en arrière-plan sur la base de la durée prévue d'utilisation, du taux d'intérêt calculatoire légal, de la valeur d'achat en Fr. et de l'année d'achat. L'OFS utilise les valeurs ainsi calculées exclusivement à des fins statistiques.⁸⁸ Cette opération n'entraîne aucune charge supplémentaire pour les établissements.

Dans le questionnaire électronique, les variables prévues uniquement à des fins administratives sont signalées au moyen de l'expression « **Auto-déclaration selon l'OCP** ». Leur but d'utilisation figure à l'art. 59a al. 3 LAMal et dans l'OCP. Les déclarations de la statistique administrative des hôpitaux doivent toutes satisfaire aux exigences de l'OCP.

Le calcul de certaines données par l'OFS à des fins statistiques ne libère pas les établissements de leur obligation de renseigner à des fins administratives.

L'OFS utilise les formules⁸⁹ suivantes pour ses propres calculs⁹⁰ :

⁸³ Art. 10a, al. 2 OCP.

⁸⁴ L'amortissement annuel en Fr. de la catégorie d'immobilisation « Terrains bâtis et non bâtis » ne doit pas être indiqué, car il n'y a pas dans ce cas de dépréciation à la valeur résiduelle nulle.

⁸⁵ Conformément à l'al. 3 des dispositions finales de l'OCP, le calcul des intérêts calculatoires de la valeur d'achat doit être remplacé par la valeur comptable actuelle au moment du passage.

⁸⁶ Exception faite de la catégorie « Terrain bâti et non bâti » : ici, le taux d'intérêt calculatoire correspond aux charges d'utilisation des investissements.

⁸⁷ REKOLE® indique ici qu'il faut observer si les parties d'une installation peuvent être utilisées indépendamment les unes des autres. Si tel est le cas, il s'agit d'installations différentes ; mais si la seule possibilité est l'utilisation commune, les parties doivent être inscrites ensemble.

⁸⁸ L'art. 23 LAMal, la loi fédérale sur la statistique et l'ordonnance sur les relevés statistiques déterminent avec précision les buts d'utilisation.

⁸⁹ Pour les installations de la catégorie d'immobilisation « Terrain bâti et non bâti », l'OFS reprend les variables « Amortissement annuel en Fr. », « Valeur comptable au début de l'année » et « Valeur comptable à la fin de l'année » selon la déclaration.

⁹⁰ La méthode de calcul utilisée par l'OFS ne déploie aucun effet contraignant à l'égard de l'autodéclaration des établissements pour l'utilisation administrative de leurs données.

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

- **Valeur comptable au début de l'année** = [Valeur d'achat en Fr.] – ([Durée d'exploitation en années]⁹¹ * [amortissements annuels en Fr.])
- **Valeur comptable à la fin de l'année** = [Valeur d'achat en Fr.] – (((Durée d'exploitation en années)+1) * [Amortissements annuels en Fr.])
- **Amortissement annuel en Fr.** = [Valeur d'achat en Fr.] / [Durée prévue d'utilisation]
- **Taux d'intérêt calculatoire en Fr.** = ([Valeur d'achat] / 2) * [Taux d'intérêt calculatoire légal]⁹²
- **Charges d'utilisation des investissements en Fr.** = [Amortissement annuel en Fr.] + [Intérêt calculatoire en Fr.]

Le tableau **Comptabilité des immobilisations par location et achat par acomptes** doit indiquer les données de chacune des installations et des charges d'utilisation des investissements qui lui correspondent, pour autant qu'elle atteigne une valeur d'achat de 10'000 francs ou plus⁹³.

⁹¹ Nombre d'années d'exploitation = [Année de relevé] – [Année d'achat].

⁹² Pour les installations de la catégorie « Terrain bâti et non bâti », on utilise la formule suivante : Taux d'intérêt calculatoire en Fr. = [Valeur d'achat] * [Taux d'intérêt calculatoire légal]

⁹³ Art. 10, al. 5 et art. 8 OCP.

5.5 Prestations et prise en charge

Tandis que, dans le chapitre « Prestations et prise en charge », les hôpitaux peuvent admettre les types d'activité « Soins aigus », « Psychiatrie » et « Réadaptation / gériatrie », les maisons de naissance ont leur propre type d'activité, car elles sont indépendantes des institutions cliniques.

Le questionnaire électronique propose un chapitre par type d'activité. Les contenus sont tous identiques.

Les données qui, selon le centre de prestation médical, feraient partie d'un type d'activité (cf. chapitre 5.1.1) qui n'a pas été établi en raison de son faible volume parmi les prestations de l'hôpital, doivent être calculées avec le type d'activité qui comprend la majorité des journées d'hospitalisation.

5.5.1 Traitements hospitaliers

Selon l'art. 3 OCP, un traitement hospitalier correspond à un séjour dans un hôpital ou une maison de naissance d'au moins 24 heures pour des examens, des traitements et des soins. Les séjours de moins de 24 heures au cours desquels l'établissement fournit un lit pour la nuit, ou transfère le patient dans un (autre) hôpital, sont aussi considérés comme des traitements hospitaliers. Il en va de même des cas de décès.

En revanche, les séjours répétés dans des cliniques de jour ou de nuit sont inscrits dans la catégorie ambulatoire (cf. Annexe VII) lorsqu'ils font partie d'un programme de thérapie médicale, comme en psychiatrie, en chimio- ou en radiothérapie, pour des dialyses, des traitements analgésiques ou physio-thérapeutiques à l'hôpital.

Le calcul du taux d'hospitalisation, de la durée de séjour des patients et d'autres indicateurs relatifs aux prestations médicales s'appuie sur les données de la statistique médicale. Les sorties et les journées d'hospitalisation sont néanmoins relevées, par types d'activité, dans la statistique des hôpitaux. D'une part, ces données peuvent, à des fins de plausibilisation, être mises en rapport avec les données sur le personnel ou avec les coûts. Elles servent d'autre part au calcul de l'occupation des lits. Les sorties et les journées d'hospitalisation des nouveau-nés sains sont traitées séparément. Les journées d'hospitalisation, les sorties et les lits pour les patients ayant subi un traitement de longue durée (voir 5.2.1) ne sont pas relevés dans ce chapitre.

Les journées d'hospitalisation et les sorties sont définies comme suit dans la statistique des hôpitaux:

Journées d'hospitalisation :

Le jour de l'admission⁹⁴ et tous les jours du séjour en établissement sans les jours de sortie et de transfert sont considérés comme des journées de soins ou d'hospitalisation. Les jours de congé complets⁹⁵ ne comptent pas comme journées d'hospitalisation. La statistique des hôpitaux considère les journées d'hospitalisation dans le cadre d'une année de relevé (année civile).

Les journées d'hospitalisation des nouveau-nés et des patients ayant subi un traitement de longue durée selon art. 50 LAMal ne sont pas compris dans cette variable (X1.01.01). Les journées de soins concernant des cas dont les dossiers n'ont pas été clôturés au 31 décembre font partie de ces variables, contrairement à ce qui se fait pour les sorties. Pour assurer la comparabilité des données

⁹⁴ Lorsqu'un transfert dans un autre hôpital a lieu le jour de l'admission, ce jour est considéré comme Jour 1.

⁹⁵ Lorsque durant son séjour, un patient quitte l'hôpital ou la maison de naissance pour plus de 24 heures, il s'agit d'un congé administratif. Pour chaque cas, on indiquera la somme des heures de tous les congés.

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

relatives aux différents types d'activité, les journées d'hospitalisation en réadaptation et en psychiatrie/gériatrie sont à compter selon les mêmes principes que dans les soins aigus.

Sorties :

On compte une sortie (un cas stationnaire) lorsqu'un patient quitte l'hôpital après un traitement hospitalier (y c. en cas de décès), lorsqu'il est transféré d'une unité de soins aigus à une unité de soins non aigus (réadaptation ou gériatrie) au sein du même établissement, ou lorsqu'il est en attente de placement. Les cas regroupés sont comptés comme un cas.

Concernant les directives relatives au regroupement lors de la réadmission d'un patient, il convient de consulter les feuilles d'information MS-02-212 et MS-03-2012 de la statistique médicale. Les sorties des nouveau-nés sains et des patients ayant reçu un traitement de longue durée selon art. 50 LAMal ne sont pas contenues dans cette variable (X1.01.02).

Seuls sont comptées les sorties survenues entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre.

Journées d'hospitalisation pour les nouveau-nés sains : ne sont considérés comme des nouveau-nés sains que les cas qui, dans la statistique médicale, ont reçu le code Z38 pour le diagnostic principal, sans autre code. Les journées d'hospitalisation des nouveau-nés sains sont comptés conformément à la définition des patients stationnaires (voir plus haut).

Sortie des nouveau-nés sains : ne sont considérés comme des nouveau-nés sains que les cas qui, dans la statistique médicale, ont reçu le code Z38 pour le diagnostic principal, sans autre code. Les journées d'hospitalisation des nouveau-nés sains sont comptées conformément à la définition des patients stationnaires (voir plus haut).

5.5.2 Consultations ambulatoires

Les consultations ambulatoires ne se laissent pas aisément délimiter. Certains patients reçoivent plusieurs traitements le même jour. Il y a des malades chroniques qui reçoivent régulièrement les mêmes prestations. Le nombre de consultations ambulatoires est relevé plus précisément dans le cadre d'une statistique sur les patients. Pour pouvoir estimer néanmoins les prestations fournies dans le secteur ambulatoire et pour mettre ces données en relation avec les données financières, on a adopté l'unité de relevé suivante :

Il y a consultation ambulatoire lorsqu'une prestation est fournie à un patient/client physiquement présent et que cette prestation peut être tarifiée. Il peut y avoir au maximum, par fournisseur de prestation et par patient/client, une consultation ambulatoire par jour.

5.5.3 Lits

Le nombre de lits en service dans un hôpital est un indicateur utilisé au plan international. Il se calcule comme suit :

Nombre de lits = nombre de journées-lits d'exploitation / nombre de jours dans l'année

Les lits d'exploitation sont les lits dans lesquels les soins sont donnés aux patients dans le secteur stationnaire. Les jours de séjour dans ces lits peuvent être comptés comme journées d'hospitalisation et être facturés selon le système tarifaire en vigueur.

Journées-lits d'exploitation : 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

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

bissextilés. Les jours où le lit n'est pas disponible en raison de vacances de l'établissement, de transformations, etc., doivent être déduits⁹⁶.

Les lits spéciaux ne doivent pas être pris en compte, par exemple:

- a. les lits de réveil (postopératoires, jusqu'à la disparition des effets de l'anesthésie)
- b. les lits du service des urgences (admission)
- c. les lits spécialement prévus pour les traitements ambulatoires (p. ex. dialyse)
- d. les lits d'isolation
- e. les lits prévus pour la protection civile
- f. les lits pour les nouveau-nés sains et pour les personnes non malades.

Lits planifiés : nombre de lits prévus dans la planification hospitalière.

5.6 Données financières et d'exploitation

Les déclarations concernant la comptabilité analytique des revenus par unités finales d'imputation et la comptabilité analytique des charges par unités finales d'imputation du chapitre « Données financières et d'exploitation » doivent être subdivisées selon les types d'activité. Les tableaux qui les concernent sont identiques. Le chapitre « Total » permet d'additionner de manière autonome les informations les plus importantes pour chaque type d'activités.

Les valeurs qui ressortissent à un type d'activité en vertu de la classification des centres de prestations médicaux, et dont l'hôpital ne doit pas faire état, doivent être attribuées au type d'activité qui compte le plus de journées d'hospitalisation.

5.6.1 Comptabilité analytique des charges par unités finales d'imputation

Par charges on entend la consommation de valeur et les montants utilisés par l'établissement pour fournir ses prestations. Pour les calculer, les établissements hospitaliers et les maisons de naissance doivent, conformément aux bases légales, tenir une comptabilité analytique dans laquelle les coûts sont justifiés de manière appropriée selon le lieu où la prestation est fournie et par rapport à la prestation⁹⁷. En outre, ils doivent distinguer⁹⁸ les prestations et leurs coûts selon le type de traitement (**hospitalier, ambulatoire, de longue durée**)⁹⁹.

La comptabilité analytique selon REKOLE® distingue les prestations liées aux cas (**cas administratifs**) de celles qui ne le sont pas (**mandats**). Le critère réside dans la question de savoir si la prestation qui a généré les coûts a été fournie à un patient de l'établissement (autrement dit à un cas administratif) ou si elle a été fournie sur mandat d'un tiers (par ex. un autre hôpital, un médecin de famille, un visiteur ou un membre du personnel).

5.6.1.1 Cas administratif

La notion de cas administratif permet d'enregistrer toutes les prestations que le patient reçoit au cours de son traitement, sans qu'il soit besoin de connaître dès le début toutes les données relatives au patient et à son traitement. Le diagnostic principal, en particulier, n'est connu de manière définitive qu'à la fin du traitement¹⁰⁰. Un patient peut générer simultanément plusieurs cas administratifs.

⁹⁶ Exemple de calcul : 3 lits * 365 journées – 1 mois de fermeture de l'établissement = 1005 journées-lits d'exploitation.

⁹⁷ Art. 9, al. 1, OCP et art. 59a, al. 1 LAMal.

⁹⁸ Rémunération selon l'art. 50 LAMal.

⁹⁹ Art. 2, al. 1 OCP.

¹⁰⁰ REKOLE® - Comptabilité de gestion à l'hôpital, 4^e édition, 2013

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

5.6.1.2 Cas tarifaire

Le cas tarifaire correspond à l'unité finale d'imputation. Il peut consister en un cas administratif ou en un ensemble de cas administratifs. SwissDRG a permis d'harmoniser au plan national la définition du cas tarifaire dans le secteur stationnaire des soins somatiques aigus¹⁰¹. Il en est résulté dans ce secteur une correspondance au plan national entre cas administratif et cas tarifaire¹⁰².

5.6.1.3 Ventilation des coûts par type de facturation

Les notions de coûts directs et de coûts indirects se définissent par rapport à un objet. Dans la comptabilité d'exploitation, cet objet est l'unité finale d'imputation (cas administratif et mandat). Il existe donc deux types de coûts : les coûts directs, qui sont comptabilisés directement pour chaque unité finale d'imputation, et les coûts indirects, qui sont comptabilisés via les centres de coûts pour chaque unité finale d'imputation¹⁰³.

Les données qui doivent être communiquées ici sont nécessaires pour surveiller le caractère économique et la qualité des prestations dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire¹⁰⁴. L'ensemble des coûts concernant l'assurance de base doit être indiqué en détail. Il convient donc de distinguer les coûts directs et indirects selon la structure qui suit :

- **Total des coûts de tous les patients** : il s'agit du total de l'ensemble des coûts, c'est-à-dire des patients de toutes les classes d'assurance (de base, complémentaire, accidents, accidents complémentaire, militaire, invalidité, etc.) ainsi que ceux qui ne sont pas spécifiquement assurés (auto payeur, etc.).
- **LAMal** (patients exclusivement assurés de base) : l'ensemble des coûts imputables à un patient bénéficiant exclusivement de l'assurance de base doivent être mis à la charge de l'assurance maladie obligatoire des soins, que le patient ait ou non choisi un modèle de réduction des primes (par exemple HMO, médecin de famille ou Telmed).
- **LA/LAI/LAM** (patients exclusivement assurés de base) : ce sont les coûts des patients bénéficiant exclusivement de l'assurance de base de l'assurance-accidents, de l'assurance-invalidité ou de l'assurance militaire¹⁰⁵.
- **Coûts à la charge de l'AOS** (Patients assurés en complémentaire) : les coûts des patients au bénéfice d'une assurance complémentaire comprennent à la fois des éléments imputables à l'assurance de base et des éléments à la charge de l'assurance complémentaire facultative. L'article 2 OCP exige que soit déclarée la part des coûts de l'assurance-maladie obligatoire imputable à l'utilisation administrative des données.

En ce qui concerne l'utilisation des données à des fins statistiques, l'OFS recommande de ne pas se borner aux dispositions de la loi et de définir, pour remplir l'obligation légale de déclaration, une méthode de calcul standardisée pour les cas où un établissement extrapole cette information à partir d'autres valeurs de sa comptabilité d'exploitation.¹⁰⁶

Les coûts moyens des patients qui ne bénéficient que de l'assurance de base sont calculés sur la base des valeurs connues (nombre et coûts). Ces valeurs sont imputées au poste « Coûts à la charge de l'OAS (Patients assurés en complémentaire) » pour tous les patients assurés en complémentaire.¹⁰⁷

¹⁰¹ Cf. SwissDRG, Facturation des cas

¹⁰² REKOLE® - Comptabilité de gestion à l'hôpital, 4^e édition, 2013

¹⁰³ REKOLE®, Comptabilité de gestion à l'hôpital, 4^e édition, 2013

¹⁰⁴ Art. 59a LAMal.

¹⁰⁵ Les assurances sociales fédérales seront traitées comme un tout, car leurs assurés ne représentent qu'une petite partie des cas et des recettes des hôpitaux.

¹⁰⁶ Ce calcul est à effectuer pour chaque type ou centre de charges demandé.

¹⁰⁷ Exemple de calcul: si 100 patients hospitalisés qui ne bénéficient que de l'assurance de base occasionnent des coûts pour un montant de 50'000 francs, imputés au compte 400, le coût moyen par

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

La répartition des cas administratifs entre les différentes catégories repose exclusivement sur le type d'assurance dont bénéficie le patient. La rubrique « LAMal (patients exclusivement assurés de base) » accueillera tous les patients qui sont assurés selon la LAMal et qui bénéficient par conséquent de prestations de l'assurance obligatoire des soins.¹⁰⁸

Des critères tels que la nationalité ou le domicile n'étant pas pris en compte, on saisira par exemple les frontaliers qui bénéficient en Suisse d'une assurance de base obligatoire ou d'une assurance-invalidité ou accidents (conformément aux accords bilatéraux) dans les colonnes « LAMal (patients exclusivement assurés de base) » et « LAA/LAI/LAM (patients exclusivement assurés de base) ». A l'inverse, les patients assurés à l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne seront pas indiqués dans ces colonnes. Ils sont indiqués dans la catégorie « Total des coûts de tous les patients ».

Les données de la catégorie « Total des coûts de tous les patients » se rapportent aux coûts totaux et incluent donc également les coûts non pris en compte dans les autres colonnes. Entrent en ligne de compte par exemple les coûts des assurances privées, les coûts pris en charge par les patients eux-mêmes, les coûts des patients assurés à l'étranger et les coûts des patients non assurés.

Les coûts sont présentés sur la base des définitions REKOLE® 2013 des catégories de coûts et des numéros de centres de charges :

Coûts directs

- 400 **Médicaments** (y compris le sang et les produits sanguins)
- 401 **Matériel, instruments, ustensiles, textiles**
- 405 **Prestations médicales, diagnostiques et thérapeutiques fournies par des tiers, y c. prestations des médecins agréés (non assujettis aux assurances sociales)**
- 405 **Dont honoraires de médecin** : montant des honoraires de médecin non assujettis aux charges sociales au compte 405.
- 38 Charges des **honoraires de médecins** (assujettis aux charges sociales)
- 480 / 485 / 486 **Autres coûts directs (transports de patients par des tiers, autres prestations de tiers en rapport avec le patient, autres dépenses pour le patient)**

Coûts indirects

- 20 / 23 / 24 / 25 / 26 / 27 / 28 / 29 / 30 / 36 / 38 **Centres de charges médicaux obligatoires**¹⁰⁹ (MUSS-KST).
- 20 **Dont salles d'opération**
- 24 **Dont soins intensifs et intermediate-Care**
- 29 **Dont laboratoires**
- 31 **Corps médical**
- 39 **Soins**
- 32 / 33 / 34 / 35 **Activités thérapeutiques**
- 41 / 42 / 43 **Hôtellerie**
- 10 / 44 / 45 / 77 **Autres centres de charges obligatoires**
- **Charges d'utilisation des investissements** : répartition entre les différents cas administratifs des charges d'utilisation des investissements estimées d'après les règles de la comptabilité d'exploitation.

patient s'élève à 500 francs en moyenne. Si 15 patients hospitalisés sont assurés en complémentaire, on imputera au compte 400 7'500 francs (500 x 15) dans la colonne « Patients assurés en complémentaires – coûts à la charge de l'OAS ».

¹⁰⁸ Pour améliorer la pratique, l'OFS recommande d'enregistrer dans l'assurance de base les patients qui n'ont que la seule assurance complémentaire « Libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse ».

¹⁰⁹ Selon REKOLE®, le compte 29 « Laboratoires » n'est pas vraiment un centre de charges médical obligatoire au sens strict, mais il est intégré à la liste en raison de son importance pour les coûts médicaux.

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

5.6.1.4 Mandats

Les mandats sont définis comme des prestations qu'un établissement hospitalier fournit sur commande à un tiers (par ex. hôpital, médecin de famille, visiteur ou membre du personnel). Les coûts qui en résultent ne sont donc pas liés aux cas administratifs.

Afin de donner une vue d'ensemble des charges des hôpitaux, les mandats sont exposés comme partie intégrante de la comptabilité analytique des charges par unités finales d'imputation avec les coûts liés aux cas administratifs. Dans la présente statistique, les mandats sont subdivisés en quatre groupes qui réunissent les coûts agrégés des exploitations principales et des exploitations annexes:

- La formation qui doit être indiquée ici correspond selon l'art. 49, al. 3, let. b, LAMal à la **formation universitaire**. Conformément aux directives de l'OCP¹¹⁰, la formation dispensée dans les hôpitaux comprend les éléments suivants :
 - la formation de base théorique et pratique des étudiants d'une profession médicale réglée dans la loi fédérale sur les professions médicales jusqu'à l'obtention du diplôme fédéral ;
 - la formation postgrade (après le diplôme fédéral) des étudiants des professions médicales réglées dans la loi fédérale sur les professions médicales jusqu'à l'obtention du titre postgrade fédéral.
- La **recherche** au sens de l'art. 49, al. 3, let. b, LAMal comprend les travaux de création entrepris de façon systématique et le développement expérimental visant à accroître le niveau des connaissances ainsi que leur utilisation pour permettre de nouvelles applications. Les projets qui tendent à augmenter les connaissances scientifiques ainsi qu'à améliorer la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies, en font partie¹¹¹.
- Au compte **Somme des autres mandats**, on indiquera les coûts de toutes les autres prestations sur mandat que l'hôpital ou la maison de naissance fournit au personnel ou à d'autres tiers et qui ne peuvent être imputés à un cas administratif concret.
- Les **charges d'utilisation des investissements** estimées d'après les règles de la comptabilité d'exploitation sont réparties entre les mandats de la même manière que pour les coûts indirects.

5.6.2 Comptabilité analytique des revenus par unités finales d'imputation

La comptabilité analytique des revenus par unités finales d'imputation est le pendant de la comptabilité analytique des charges par unités finales d'imputation ; elle enregistre les revenus qu'un établissement produit en fournissant des prestations, liées ou non aux cas administratifs.

Comme pour la comptabilité analytique des charges par unités finales d'imputation, les données de la comptabilité analytique des revenus par unités finales d'imputation sont réparties entre les catégories « **Total des revenus de tous les patients** », « **LAMal** (patients assurés exclusivement de base) », « **LAA/LAI/LAM** (patients couverts uniquement par l'assurance de base) », « **Coûts à la charge de l'AOS** (patients couverts par une assurance complémentaire) ». Il faut encore indiquer le type de traitement (ambulatoire, hospitalier et de longue durée) pour chaque prestation et distinguer le domaine hospitalier selon l'assureur ou le canton¹¹². Les revenus des comptes 66-69 ne sont pas répartis entre ambulatoire, hospitalier et longue durée).

Concrètement, les questions portent sur les informations suivantes :

¹¹⁰ Art. 7, al. 1 OCP.

¹¹¹ Art. 7, al. 2 OCP.

¹¹² Toutes les sommes provenant de tiers, par exemple des communes, sont à attribuer à la part cantonale.

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

- **60 Produits de prestations médicales, infirmières, et thérapeutiques aux patients**
- **61 Prestations unitaires médicales**
- **62 Autres prestations unitaires hospitalières**
- **62 Dont TARMED (PT)**
- **62 Dont physiothérapie**
- **62 Dont laboratoires**
- **65 Autres produits de prestations aux patients**
- **66 Produits financiers**
- **68 Produits résultant de prestations au personnel et à des tiers**
- **69 Contributions et subventions**
 - **690 Contributions des communes**
 - **695 Contributions des cantons**
 - **696 Contributions de la Confédération**
 - **697 Contributions de corporations, de fondations et de privés**

Le compte 62 est subdivisé en trois sous-catégories : prestations techniques TARMED ¹¹³, physiothérapie et laboratoires, pour mettre en évidence les informations concernant les trois principaux domaines des tarifs ambulatoires nationaux. Cependant, comme on ne saisit ici que les revenus facturés, qui peuvent s'écarter des revenus effectivement générés, il n'est pas toujours possible de les comparer directement avec les coûts correspondants de la comptabilité analytique des charges. Les revenus des mêmes sous-catégories de prestations fournies dans le domaine hospitalier seront indiqués au compte 60.

Le compte 69, « Contributions et subventions », est subdivisé en contributions des communes, des cantons, de la Confédération, et des corporations, fondations et privés ; il ne faut pas le confondre avec le compte 60 (Patients 100 % AOS - Traitements hospitaliers - Canton) : les contributions légales et conventionnelles de ces collectivités et entités seront portées au compte 60 lorsqu'elles sont liées aux cas (par ex. forfaits par cas), tandis que les revenus de même provenance non liés aux cas (par exemple les contributions destinées à l'enseignement universitaire) seront enregistrés parmi les contributions et subventions. La couverture du déficit est cependant expressément exclue de cette catégorie, car son montant dépend du résultat comptable et il ne peut donc pas figurer dans la comptabilité des revenus.

¹¹³ Ne doit être indiqué que pour la catégorie « Total des revenus de tous les patients – ambulatoire ».

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

Relevés à partir de 2010	Relevés 1997 – 2009	Commentaire
<ul style="list-style-type: none"> - Centre de prestations - Site principal - Personnel en formation - Nationalité - Origine du diplôme 	<ul style="list-style-type: none"> - Code du centre de prestations - Données complémentaires sur le taux d'activité : Recherche et développement, enseignement, domaine ambulatoire - Source de financement - Personnel en formation - Nationalité suisse 	<p>le 31.12</p>
<p>4. Données générales finances et exploitation</p>	<p>4. Comptabilité financière</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Comptabilité financière - Résultat d'exploitation - Passerelle d'ajustement - Comptabilité des salaires et des honoraires pour les prestations médicales - Comptabilité des immobilisations 	<ul style="list-style-type: none"> - Comptabilité d'exploitation - Couverture du déficit - Comptabilité hors exploitation 	<p>Charges et revenus</p> <p>Informations sur les exploitations annexes</p>
<p>5. Prestations et prise en charge</p>	<p>3. Hospitalisations</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Traitements hospitaliers - Lits 	<p>Variables diverses</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lits 	<p>La plupart des informations sont tirées de la statistique médicale</p> <p>Lits planifiés et journées-lits d'exploitation</p>
<p>6. Données financières et d'exploitation</p>	<p>5. Prix et tarifs</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Comptabilité analytique des charges par unité finale d'imputation - Comptabilité analytique des revenus par unité finale d'imputation 	<ul style="list-style-type: none"> - Tarifs des forfaits journaliers au 31 décembre 	<p>Le chapitre Prix et tarifs est supprimé.</p> <p>Cas administratifs et mandats</p>

Tableau 1: Comparaison des variables de la statistique des hôpitaux

Bibliographie

- OFSP 2008 Ordonnance du 3 juillet 2002 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-maladie (OCP), modifications au 1^{er} janvier 2009, avec description des modifications et commentaires. Office fédéral de la santé publique – OFSP, Berne 2005.
- OFS 1997 Statistique des établissements de santé (soins intra-muros), Statistique des hôpitaux, conception détaillée, 1997. Office fédéral de la statistique – OFS, Neuchâtel 1997.
- OFS 1997 Statistique des établissements de santé (soins intra-muros), Statistique médicale des hôpitaux, conception détaillée, 1997. Office fédéral de la statistique – OFS, Neuchâtel 1997.
- OFS 1997 Statistique des établissements de santé (soins intra-muros), Statistique des établissements de santé non hospitaliers, conception détaillée, 1997. Office fédéral de la statistique – OFS, Neuchâtel 1997.
- OFS 2003 Accès aux microdonnées de l'OFS, 2006. Office fédéral de la statistique – OFS, Neuchâtel 2006.
- OFS 2006 Manuel REE Application principale, Version 2.0. Office fédéral de la statistique – OFS, Neuchâtel 2003.
- OFS 2008 NOGA 2008, Nomenclature générale des activités économiques, notes explicatives. Office fédéral de la statistique – OFS, Neuchâtel 2008.
- OFS 2008 Concept pour l'introduction d'un numéro d'identification des entreprises (UID) 2008. Office fédéral de la statistique – OFS, Neuchâtel 2008.
- Eurostat 2005 Statistiques européennes : Code de bonnes pratiques pour les services statistiques nationaux et communautaires (European Statistics Code of Practice). Office statistique des Communautés européennes - Eurostat 2005.
- H+ Les Hôpitaux de Suisse 2008 REKOLE®, Comptabilité de gestion à l'hôpital, 4^e édition, 2013, H+ Les Hôpitaux de Suisse – H+ Berne 2008.
- H+ Les Hôpitaux de Suisse 2014 Règles de comptabilisation, y c. plan comptable, 8^e édition, 2014, H+ Les Hôpitaux de Suisse – H+ Berne 2008.
- OCDE 2000 A System Of Health Accounts, Version 1.0. Organization for Economic Co-operation and development – OECD, 2000.
- TARMED Suisse 2007 Concept sur la reconnaissance des unités fonctionnelles TARMED, version 2007. Service tarifaire FMH - TARMED 2007.

Liste des abréviations

AVS	Assurance-vieillesse et survivants
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OFS	Office fédéral de la statistique
OFIT	Office fédéral de l'informatique et de la télécommunication
OFJ	Office fédéral de la justice
LSF	Loi sur la statistique fédérale
REE	Registre des entreprises et des établissements
RE	Recensement des entreprises
LPD	Loi fédérale sur la protection des données
AELE	Association européenne de libre-échange
UE	Union européenne
Eurostat	Office statistique des Communautés européennes
FMH	Foederatio Medicorum Helveticorum
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
GESV	Gesundheitsversorgung / Services de santé
IGGH – CH	Association suisse des maisons de naissance
LAI	Loi fédérale sur l'assurance-invalidité
HMO	Health Maintenance Organization
CORSTAT	Conférence suisse des offices régionaux de statistique
KST	Kostenstelle / centre de charges
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
OAMal	Ordonnance sur l'assurance-maladie
LPMéd	Loi sur les professions médicales
IRM	Imagerie par résonance magnétique
LAM	Loi fédérale sur l'assurance-militaire
NOGA	Nomenclature Générale des Activités économiques
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
AOS	Assurance obligatoire des soins
ORL	Otorhinolaryngologie
TEP	Tomographie par émission de positrons
LSPr	Loi sur la surveillance des prix
RUG	Abteilung Raum, Umwelt, Gesundheit / Division Economie spatiale, environnement, santé
ESPA	Enquête suisse sur la population active
SHA	System of Health Accounts
CASU	Centrale d'appels sanitaires urgents
TIS	Temps incision / suture
SOMED	Statistique des établissements de santé non hospitaliers
SPECT	Single Photon Emissions Computer Tomography
RS	Recueil systématique du droit fédéral
IDE	Numéro d'identification des entreprises
LAA	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
VESKA	Verband schweizerischer Krankenanstalten / Association des établissements hospitaliers suisses
OCP	Ordonnance sur le calcul des coûts et les classements des prestations par les hôpitaux les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie
EPT	Equivalents plein temps
CC	Code civil suisse
RCC	Registre des codes créanciers

Annexes

Annexe I	Questionnaire
Annexe II	Bases légales de l'enquête
Annexe III	Allocation des centres de prestations aux types d'activité
Annexe IV	Allocation des fonctions du personnel
Annexe V	Allocation des médecins agréés aux centres de prestations
Annexe VI	Attribution du personnel aux centres de prestations
Annexe VII	Affectation des modes de prise en charge