



Statistique des établissements hospitaliers de santé

Statistique des hôpitaux

Conception détaillée valable dès l'introduction de
SpiGes (données 2024)

Table des matières

1	Introduction	4
2	Bases légales	6
3	Organisation de la collecte des données	7
3.1	Portée et forme du relevé	7
3.1.1	Définition des hôpitaux	7
3.1.2	Définition des maisons de naissance	7
3.1.3	Unité de relevé	7
3.1.4	Classification	8
3.1.5	Technique de collecte	8
3.2	Répartition des tâches entre les partenaires	8
3.2.1	Office fédéral de la statistique OFS	8
3.2.2	Cantons	8
3.2.3	Etablissements	9
3.3	Déroulement de l'enquête	9
3.4	Calendrier	9
3.5	Protection des données et accès aux données	10
3.5.1	Sécurité des données	10
3.5.2	Remise de données à des fins statistiques	10
3.5.3	Remise de données à des fins administratives	11
3.6	Publication et analyses statistiques	11
4	Descriptif des variables du relevé	12
4.1	Données générales	13
4.1.1	Etablissement	13
4.1.1.1	Statut de l'hôpital (A.04)	13
4.1.1.2	Type de contributions publiques (A.05)	13
4.1.1.3	Prestations d'intérêt général et autres prestations (A.06)	14
4.1.2	Sites	16
4.1.2.1	Type d'activité (A.01)	16
4.1.2.2	Identification de l'établissement (A.02)	16
4.1.2.3	Forme juridique (A.03)	17
4.1.2.4	Entreprises sous contrôle public	18
4.1.2.5	Sites et offres de prestations (A.11)	18
4.1.3	Lits	18
4.1.3.1	Journées-lits d'exploitation (A.21)	19
4.1.3.2	Lits planifiés (A.22)	19
4.1.4	Infrastructure médico-technique (A.13)	19
4.1.4.1	Appareils et équipements	20
4.1.4.2	Nombre d'examens	20
4.2	Emploi	20
4.2.1	EPT - Calcul des équivalents plein temps (A.07)	20
4.2.2	Personnel (A.14)	21
4.2.2.1	Personnel interne	21
4.2.2.2	Personnel externe	21

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

4.2.2.3	<i>Numéro d'identification anonyme du personnel</i>	22
4.2.2.4	<i>Global Location Number (GLN)</i>	22
4.2.2.5	<i>Année de naissance</i>	22
4.2.2.6	<i>Sexe</i>	22
4.2.2.7	<i>Fonction</i>	23
4.2.2.8	<i>Taux d'occupation</i>	23
4.2.2.9	<i>Centre de prestations</i>	24
4.2.2.10	<i>Sites</i>	25
4.2.2.11	<i>Origine du diplôme</i>	25
4.2.2.12	<i>Personnel en formation</i>	25
4.2.2.13	<i>Nationalité</i>	26
4.3	Comptabilité	26
4.3.1	Frais de personnel	26
4.3.1.1	<i>Comptabilité des salaires (A.18)</i>	26
4.3.1.2	<i>Honoraires pour les prestations médicales, diagnostiques et thérapeutiques</i>	27
4.3.2	Comptabilité financière (A.15)	27
4.3.2.1	<i>Charges</i>	28
4.3.2.2	<i>Produits</i>	29
4.3.3	Résultat annuel (A.16)	29
4.3.4	Passerelle d'ajustements (A.17)	30
4.3.5	Comptabilité des immobilisations (A.19).....	31
	Statistiques des hôpitaux : évolution entre les variables	35
	Bibliographie	38
	Liste des abréviations	39
	Annexes	40

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 fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)¹ et sur la loi sur la statistique fédérale (LSF)².

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.

Historique :

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, de l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissances 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 permettent 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'exams 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

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

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

établissements et les caractéristiques des sites d'implantation. A partir des données 2019, la statistique des hôpitaux se réfère au manuel REKOLE® de H+ et sur les règles de comptabilisation, y compris le plan comptable.

Depuis les données 2024, des modifications ont été apportées dans le cadre du projet SpiGes⁶. Le nombre de sorties et de journées, ainsi que la comptabilité analytique, ne sont plus relevés dans la KS mais dans SpiGes. Afin de pouvoir satisfaire aux exigences des partenaires, la passerelle d'ajustement a été revue complètement pour s'apparenter à la passerelle REKOLE®, en s'aidant des outils d'H+ (ITAR_K®) et de la CDS. Un lien direct entre les deux statistiques a été créé permettant à SpiGes d'obtenir les données financières nécessaires à la création des outputs.

⁶ [Séjours stationnaires en hôpitaux : Utilisation multiple des données \(Projet SpiGes\) | Office fédéral de la statistique \(admin.ch\)](#)

2 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 sont aussi utilisées 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 statistique des hôpitaux répond à la fois aux exigences administratives et statistiques.

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 (LSF ; 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).

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.

3 Organisation de la collecte des données

En principe, la collecte de données est de la compétence de l'OFS⁷. Sa réalisation concrète est cependant confiée aux cantons, qui se chargent de collecter les données auprès des établissements situés sur leur territoire⁸. 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.

3.1 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 naissance⁹. Cette enquête a lieu une fois par an et porte sur une année comptable.

3.1.1 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)¹⁰.

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).

3.1.2 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 hôpitaux¹¹.

3.1.3 Unité de relevé

Chaque établissement hospitalier et chaque maison de naissance (cf. chapitres 3.1.1 et 3.1.2), 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 4.1.2). Pour la statistique des hôpitaux, les données sont livrées par entreprise. 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 exceptions à ce principe ne sont possibles que si l'ITAR_K® n'est pas établi au niveau de l'unité juridique \(entreprise\), mais par site ou par plusieurs sites. Dans ce cas, un questionnaire KS est complété par établissement ITAR_K®.](#)

⁷ art. 59a, al. 3 et art. 23, al. 1, LAMal

⁸ annexe de l'ordonnance concernant l'exécution des relevés statistiques fédéraux

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

¹⁰ art. 23, al. 2 et art. 35, al. 2, let. h, LAMal

¹¹ art. 23, al. 2 et art. 35, al. 2, let. i, LAMal

3.1.4 Classification

Les établissements sont différenciés selon leur palette de prestations, pour permettre, sur la base de données de la statistique des hôpitaux, les comparaisons prévues par la loi¹². Cette différenciation sert à déterminer les types de prestations proposées par les différents hôpitaux («soins aigus», «psychiatrie», «[réadaptation](#)» ; cf. chapitre 4.1.1.1). [Les maisons de naissance font partie des «soins aigus»](#).

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 4.1.1.2).

3.1.5 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 requis¹³.

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.

3.2 Répartition des tâches entre les partenaires

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

3.2.1 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 et administratives. [Il gère les accès à l'application web pour les cantons](#). Il élabore des propositions pour la classification des établissements.

3.2.2 Cantons

Les cantons annoncent à l'OFS les suppressions et les créations d'établissements. [Ils gèrent les accès à l'application pour les établissements, avec l'appui de l'OFS](#). 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. 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). Également soumis à la LSF, les tiers mandatés doivent garantir le respect de la protection des données¹⁴.

¹² art. 2, al. 2, let. B, OCP

¹³ art. 23, al. 2, LAMal

¹⁴ art. 14 à 17, LSF

3.2.3 Etablissements

Les établissements soumis à l'obligation de renseigner doivent indiquer correctement, sur le questionnaire électronique, tous les renseignements demandés¹⁵, et envoyer ce dernier dans les délais prescrits aux autorités cantonales compétentes, au moyen de l'application web¹⁶.

3.3 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.
- **Saisie par les établissements**¹⁷ : 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 canton¹⁸. Dès lors, l'établissement ne peut plus modifier les données. Il peut toutefois enregistrer une copie électronique du questionnaire ou imprimer ce dernier avant d'envoyer les données.
- **Validation par le canton** : Le canton plausibilise les données et les transfère à l'OFS s'il juge leur qualité suffisante. 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** : La qualité des données est à nouveau contrôlée, par l'OFS cette fois, qui renvoie le questionnaire au canton s'il constate des lacunes. C'est uniquement après la validation de l'OFS que les données sont utilisées à des fins statistiques et administratives.

3.4 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 et les cubes.

¹⁵ art. 6, al 1bis, LSF

¹⁶ A moins que le service cantonal compétent n'ait prévu une autre forme de relevé.

¹⁷ 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.

¹⁸ L'envoi des données entraîne la modification des droits d'accès.

3.5 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 suivants¹⁹: 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.

3.5.1 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 système eIAM, système central de gestion des accès et des autorisations de l'administration fédérale²⁰. Les utilisateurs (établissements et 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.

3.5.2 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.

¹⁹ Office fédéral de la statistique, Accès aux microdonnées de l'OFS, 2006

²⁰ [eIAM, le système central de gestion des accès et des autorisations de l'administration fédérale — eIAM, Identity & Access Management de l'administration fédérale](#)

²¹ art. 14, al 2, LSF

²² art. 17, LSF

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

3.5.3 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'Office fédéral de la santé publique (OFSP), au Surveillant fédéral des prix (SPr), 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).

3.6 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 cubes, 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 3.5.2) doivent obligatoirement comporter une mention de la source.

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 3.5.3). Dans ces données, une distinction est faite entre prestataires ou entre groupes de prestataires.

²⁶ Cette disposition légale n'est valable que depuis le 1er 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

²⁹ art. 18, al. 2, LSF

³⁰ sauf accord écrit de la personne concernée

³¹ art. 18, al. 3, LSF

4 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.

Les établissements sont tenus de répondre à l'ensemble des chapitres. Les chapitres anciennement dédiés aux types d'activités demandant des informations sur le nombre de sorties, le nombre de journées et sur la comptabilité analytique ne sont plus renseignés dans cette statistique.

Les chapitres sont structurés de la manière suivante :

Données générales	Emploi	Comptabilité
Etablissement	EPT	Comptabilité des salaires
Sites	Personnel	Comptabilité financière
Lits ³²		Résultat annuel
Infras. Médico-technique ³³		Passerelle d'ajustement
		Comptabilité des immobilisations

³² anciennement dans les chapitres Prestations et prise en charge par type d'activités

³³ anciennement dans le chapitre Prestations et prise en charge

4.1 Données générales

Dans la phase d'initialisation du relevé ([septembre](#) 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 ([BURGESV³⁴](#)), 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.

4.1.1 Etablissement

Les questions 4.1.1.1 - 4.1.1.3 de la partie «Etablissement» sont remplies par les hôpitaux et les maisons de naissance.

4.1.1.1 Statut de l'hôpital (A.04)

Conformément aux dispositions de la LAMal³⁵, 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-créanciers (RCC)** indique le rapport existant entre l'assureur et le fournisseur de prestations.

4.1.1.2 Type de contributions publiques (A.05)

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

³⁴ anciennement appelé numéro REE – aussi appelé Spital_ID

³⁵ art. 49a, al. 4, LAMal et 58b, al. 2, OAMal

au budget global, la statistique administrative des hôpitaux ne fait pas de distinction entre un instrument de gestion à long³⁶ ou à court terme³⁷. En outre, d'**autres formes de contribution** sont possibles.

4.1.1.3 Prestations d'intérêt général et autres prestations (A.06)

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)³⁸. 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 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 notamment³⁹).

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 reconnu⁴⁰

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 sanitaire 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

³⁶ art. 51, LAMal

³⁷ art. 54, LAMal

³⁸ art. 49, al. 3, LAMal

³⁹ art. 58e, al. 2, OAMal

⁴⁰ définition selon le « Concept sur la reconnaissance des unités fonctionnelles TARMED » de juin 2007

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.

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.⁴¹

Personne de référence (A.08)

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.

Remarques à l'intention du canton ou de l'OFS (A.09)

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

⁴¹ art. 1, Loi fédérale du 9 octobre 1981 sur les centres de consultation en matière de grossesse (RS 857.5)

4.1.2 Sites

Les données sur l'établissement (chapitre 4.1.2) sont insérées dans le questionnaire par l'OFS après leur validation par le service cantonal compétent et par l'office cantonal de la santé.

4.1.2.1 Type d'activité (A.01)

Selon les informations transmises par les cantons lors de la phase d'initialisation, l'OFS attribue les types d'activité en fonction des prestations fournies par les établissements. Les hôpitaux peuvent admettre les types d'activité «soins aigus», «psychiatrie» et «réadaptation». [Les maisons de naissance font désormais partie des «soins aigus», mais une distinction existe au niveau du chapitre Sites.](#)

Les centres de prestations et de coûts médicaux de l'OFS sont classés par types d'activité⁴² 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	Ophtalmologie
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
M990	Autres domaines d'activité

Psychiatrie :

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

Réadaptation :

M950	Réadaptation et médecine physique
------	-----------------------------------

4.1.2.2 Identification de l'établissement (A.02)

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 (**BURGESV**) 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 **BURGESV** 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.

⁴² L'annexe II contient des informations détaillées pour chaque centre de prestations médical.

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

La **typologie des hôpitaux**⁴³ 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» (cf. chapitre 4.1.2) 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 langue principalement parlée au sein de l'établissement.

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.

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

4.1.2.3 Forme juridique (A.03)

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 commerce⁴⁴.

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 CC) |

Droit public :

- | | |
|--|--|
| - 17 Institut de 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 |

⁴³ OFS, Typologie des hôpitaux, Neuchâtel

⁴⁴ OFS, Nomenclature des formes juridiques, 2001

4.1.2.4 Entreprises sous contrôle public

La catégorie des entreprises «sous contrôle public»⁴⁵ 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.

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».

4.1.2.5 Sites et offres de prestations (A.11)

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.

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. Les types d'activité qui s'y effectuent doivent être déclarés. Chaque site reçoit un numéro de site dans le cadre du REE.

Les activités des sites sont départagées comme suit :

- Soins aigus hospitalier et/ou ambulatoire,
- Psychiatrie hospitalier et/ou ambulatoire,
- Réadaptation hospitalier et/ou ambulatoire,
- [Maison de naissance,](#)
- [Autres activités,](#)
- Site administratif uniquement.

[La notion Maison de naissance et Autre activité peut être cochée en sus des autres prestations hospitalières. On entend par Autre activité, toute autre activité effectuée sur le site qui ne se réfère pas à des activités de soins aigus, de psychiatrie et de réadaptation. La notion Autre activité doit uniquement être indiquée si les données de l'autre activité⁴⁶ sont remplies par l'établissement dans la statistique.](#)

4.1.3 Lits

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

⁴⁵ Règlement (CE) n°1738/2005 de la Commission du 21 octobre 2005

⁴⁶ [L'établissement qui remplit le\(s\) relevé\(s\) SOMED/SPITEX ne doit pas indiquer ces informations dans la KS afin d'éviter les doublons. Dans ce cas, les sites correspondant ne doivent pas être annoncés dans la KS.](#)

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

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.

4.1.3.1 Journées-lits d'exploitation (A.21)

Une journée-lit d'exploitation correspond à un jour pendant lequel un lit est à disposition pour l'exploitation. Un lit peut être exploité 365 jours par année, 366 jours les années bissextiles. Les jours où le lit n'est pas disponible en raison de vacances de l'établissement, de transformations, etc., doivent être déduits⁴⁷.

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

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

4.1.3.2 Lits planifiés (A.22)

Nombre de lits prévus dans la planification hospitalière.

4.1.4 Infrastructure médico-technique (A.13)

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 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 (Computed Tomography)
- Scanner TEP (Tomographie par émission de positrons)
- Gamma Camera (incluant la scintigraphie et scanner SPECT)
- Accélérateur linéaire (radiothérapie)
- Lithotripteur
- Appareil pour angiographie
- Dialyse

2. Salles à usages spécifiques

- Salle d'opération
- Salle d'accouchement

⁴⁷ exemple de calcul : 3 lits * 365 journées – 1 mois de fermeture de l'établissement = 1005 journées-lits d'exploitation

4.1.4.1 Appareils et équipements

Il s'agit d'indiquer le **nombre** d'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.

4.1.4.2 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.

Nombre total d'examens = examens ambulatoires + hospitaliers + d'intérêt général

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 (TIS)** réalisé dans les salles d'opération.

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.

4.2 Emploi

4.2.1 EPT - Calcul des équivalents plein temps (A.07)

Les EPT d'un employé se calculent de la manière suivante :

EPT = nombre d'heures de travail rémunérées / 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 (cf. chapitre 4.2.2.7) 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 semaines x 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.

4.2.2 Personnel (A.14)

Le relevé des effectifs et de la structure du personnel occupé⁴⁸ s'effectue pour la totalité de l'établissement. 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. Les équivalents plein temps sont calculés en fonction des heures de travail effectivement rémunérées et du nombre standard annuel d'heures de travail pour un à plein temps.

4.2.2.1 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 qui a été prêté par une entreprise de travail temporaire ou une autre entreprise (par exemple, un autre hôpital) est pris en compte, ce qui n'est pas le cas des bénévoles. Pour le personnel temporaire, les données complètes sont souhaitables mais pas obligatoires. En effet, ces informations ne sont pas toujours à disposition des établissements, ces personnes étant gérées par une autre entreprise. Pour les autres collaborateurs internes, tous les champs doivent être remplis.

Dans le cas des personnes employés qui ont exercé plusieurs fonctions, sur plusieurs sites ou centres de prestations, qui ont été en partie en formation dans l'établissement durant l'année du relevé avec un changement éventuel d'origine du diplôme, ou qui ont eu un changement de type de contrat, les données peuvent soit:

- être détaillées de manière stricte avec la répartition du temps de travail (plusieurs lignes possibles pour un même collaborateur),
- être regroupées et indiquées pour l'option dans laquelle la majorité des heures ont été accomplies.

Si les données sont saisies de manière détaillée, il faut s'assurer que l'identifiant anonyme propre à l'hôpital soit bien le même pour chaque ligne qui correspond à un même collaborateur. Les autres informations du collaborateur doivent être identiques et la somme des EPT ne doit pas dépasser un.

4.2.2.2 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.

⁴⁸ art. 59a, al. 1, let. b, LAMal, Annexe de l'ordonnance concernant l'exécution des relevés statistiques fédéraux

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

4.2.2.7 Fonction

La fonction de chaque membre du personnel est relevée sur la base des catégories de personnel prédéterminées. Elle se détermine selon le travail effectivement accompli et non selon la formation suivie.

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 4.2.2.12) 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 4.2.2.11).

Les catégories de fonction sont réparties en huit groupes principaux et une ventilation plus fine est appliquée aux catégories «Médecins»⁵¹, «Personnel soignant», «Personnel médico-technique», «Personnel médico-thérapeutique»⁵² :

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

4.2.2.8 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 4.2.1). 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.

⁵¹ Les fonctions figurant ici sont uniquement celles qui sont réglées par la loi fédérale sur les professions médicales (LPMéd).

⁵² L'annexe III cite les subdivisions exactes des catégories principales de fonctions ainsi que des exemples de classement des fonctions professionnelles.

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

Afin de pouvoir identifier le **personnel temporaire**, ceci doit être renseigné dans le champ «personnel temporaire». L'on comprend ici toutes les personnes qui sont «prêtées» par une autre entreprise, que ce soit par une agence de placement ou une autre institution de santé. L'employé temporaire possède un contrat de base avec une autre entreprise. Le **type de contrat** permet de compléter les informations.

4.2.2.9 Centre de prestations

Afin de préciser la classification, il faut nommer pour chaque personne employé le **centre de prestations** OFS.

Les principales catégories de fonction correspondent généralement aux centres de prestations⁵³ suivants, bien que cela ne soit pas forcément valable dans tous les cas⁵⁴ :

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	Ophtalmologie
M700	Oto-rhino-laryngologie (ORL)
M800	Dermatologie et vénéréologie
M850	Radiologie médicale
M900	Gériatrie et soins subaigus
M950	Réadaptation et médecine physique
M960	Centres d'urgence
M970	Cabinet d'urgences des médecins
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

⁵³ L'annexe V contient des compléments sur les centres de prestation des catégories T, I et E.

⁵⁴ Ainsi, un pharmacien qui devrait être classé selon l'annexe III 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

I500	Service technique et logistiques et service de maintenance
E100	Ecole(s)
E200	Autres exploitations annexes

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».

4.2.2.10 Sites

Afin d'enregistrer convenablement le personnel des entreprises comportant plusieurs sites, il faut indiquer pour chaque personne employé le numéro du site où elle travaille.

Si l'entreprise ne comporte qu'un seul site, le questionnaire électronique répond automatiquement à la question.

4.2.2.11 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).

La variable correspond aux huit catégories suivantes :

Suisse	Autre UE⁵⁵
Allemagne	USA / Canada
France	Autres
Italie	Pas de diplôme

4.2.2.12 Personnel en formation

La question de savoir si une **personne est en formation** concerne l'ensemble des groupes de fonctions (cf. chapitre 4.2.2.7). 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 postgrade effectuée dans le cadre du diplôme fédéral de formation postgrade selon l'art. 7 al. 1 OCP.

Dans l'annexe III «Fonctions du personnel» de la statistique des hôpitaux, le médecin assistant est défini comme un «médecin avec un diplôme fédéral et en formation postgrade 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.

⁵⁵ 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 reconnu⁵⁶.

4.2.2.13 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

4.3 Comptabilité

4.3.1 Frais de personnel

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 précises⁵⁷, qui soient plus détaillées que celles concernant les charges dans la comptabilité financière (cf. chapitre 4.3.2).

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 thérapeutiques⁵⁸ contre honoraires (cf. chapitre 4.3.1.2).

4.3.1.1 Comptabilité des salaires (A.18)

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**⁵⁹
- 37 **Charges sociales**
- 38 **Charges des honoraires des médecins** (assujettis aux charges sociales)
 - 380 Honoraires de médecins, médecins hospitaliers
 - 381 Honoraires de médecins, médecins agréés
- 39 **Autres charges de personnel**

⁵⁶ 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.

⁵⁷ art. 10, al. 2 et 3, OCP, art. 59a, al. 1, LAMal

⁵⁸ Les prestations médicales consistent en des activités qui relèvent des principales catégories de fonction «Médecins», «Personnel soignant», «Personnel médico-technique» et «Personnel médico-thérapeutique».

⁵⁹ Selon REKOLE®, les coûts du personnel temporaire doivent être inscrit dans le compte 30 Charges salariales.

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 4.2.2.7) :

- 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**

4.3.1.2 Honoraires pour les prestations médicales, diagnostiques et thérapeutiques

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 honoraires⁶⁰ se répartissent en trois catégories :

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

Les médecins externes sont généralement appelés médecins agréés. Comme ce terme n'est pas utilisé de manière uniforme, il est nécessaire de recourir au critère de l'assujettissement aux assurances sociales pour distinguer les deux variables «Charges des honoraires de médecins (assujettis aux charges sociales)» et «Prestations médicales, diagnostiques et thérapeutiques fournies par des tiers (non assujettis aux assurances sociales)».

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.

4.3.2 Comptabilité financière (A.15)

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 s'appuie sur l'outil de travail REKOLE®⁶¹.

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 annuel. La comptabilité financière⁶² nécessaire ici fait l'objet de prescriptions légales tout comme la déclaration des charges et des produits qu'elle contient⁶³.

La présente statistique doit présenter dans la comptabilité financière les charges et les produits de l'activité hospitalière, y compris les 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

⁶⁰ Les honoraires peuvent porter sur toutes les catégories de prestations (OCP, assurance complémentaire, auto-payeur, patients étrangers, etc.).

⁶¹ cf. H+ Les Hôpitaux de Suisse, REKOLE® - Comptabilité analytique à l'hôpital

⁶² art. 10, al. 1, OCP

⁶³ art. 59a, al. 1, let. e, LAMal

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

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 séparément⁶⁴. 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.

4.3.2.1 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 déclaration⁶⁵.

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**
 - 40 Matériel médical d'exploitation (excl. 405)
 - 405 Honoraires pour les prestations médicales, diagnostiques et thérapeutiques fournies par des tiers
- **41 Charges de produits alimentaires**
- **42 Charges de ménage**
- **43 Entretien et réparations**
- **44 Charges d'utilisation des immobilisations**
 - 440 Investissements (< valeur OCP)
 - 441 Autres investissements
 - 442 Amortissements
 - 443 Loyers (< valeur OCP)
 - 444 Autres loyers (yc. Le leasing opérationnel)
- **45 Charges d'énergie et eau**
- **46 Charges financières**
 - 460 Charges des intérêts de crédits
 - 461 Charges des intérêts d'emprunts
 - 463 Charges des intérêts hypothécaires
 - 466 Charges des intérêts de leasing financier
 - 469 Autres charges d'intérêts
- **47 Charges de l'administration et de l'informatique**
- **48 Autres charges liées aux patients**
- **49 Autres charges non liées aux patients**

Impôts, charges exceptionnelles et hors exploitation

- **Impôts, charges exceptionnelles et hors exploitation** : Cela concerne les groupes de comptes principaux 77 Impôts, 78 Charges exceptionnelles et 79 Charges hors exploitation, relevés de manière séparée.

Le programme calcule automatiquement la somme des déclarations relatives aux charges sous la rubrique **Somme des charges**, ainsi que les sommes intermédiaires des groupes de comptes.

⁶⁴ cf. H+ Les Hôpitaux de Suisse, REKOLE® - Comptabilité analytique à l'hôpital

⁶⁵ Les chiffres indiqués correspondent aux numéros des groupes de comptes principaux selon les règles de comptabilisation, y c. plan comptable, 8^e édition, 2014.

4.3.2.2 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.

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**⁶⁶
 - 690 **Contributions des communes**
 - 695 **Contributions des cantons**
 - 696 **Contributions de la Confédération**
 - 697 **Contributions de corporations, de fondations et de privés**

Impôts, produits exceptionnels et hors exploitation

- **Impôts, produits exceptionnels et hors exploitation** : Cela concerne les groupes de comptes principaux 77 Impôts, 78 Produits exceptionnels et 79 Produits hors exploitation, [relevés de manière séparée](#).

Le programme calcule automatiquement la somme des déclarations relatives aux produits sous la rubrique **Somme des produits**, ainsi que les sommes intermédiaires des groupes de comptes.

4.3.3 Résultat annuel (A.16)

Le résultat annuel 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'exercice⁶⁷.

Le résultat annuel 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 4.3.2). Il s'agit en effet de la différence entre les Charges et les Produits, y compris les impôts, les charges et produits exceptionnels et les charges et produits hors exploitation, mais avant la prise en compte d'une éventuelle couverture de déficit. Comme les exploitations sont soumises à l'obligation de déclarer, le programme ne fait pas automatiquement ce calcul⁶⁸.

En cas de perte globale, on indiquera le montant de l'éventuelle **couverture du déficit**⁶⁹. 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

⁶⁶La distinction entre les contributions et subventions des collectivités publiques (compte 69) et des autres produits du compte 60 s'effectue sur la base du critère du lien avec le cas, soit en examinant si les produits en question sont ou non liés aux cas administratifs.

⁶⁷ art. 59a, al. 1, let. e, LAMal

⁶⁸ art. 59a, al. 1, let. e, LAMal

⁶⁹ annexe de l'ordonnance concernant l'exécution des relevés statistiques fédéraux

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

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 ».

Si le déficit peut être couvert de manière totale ou partielle, il faut distinguer la source de couverture selon les catégories suivantes :

- **Réserves** : Fonds propres autofinancés
- **Commune(s)** : Fonds octroyés par le(s) commune(s)
- **Canton(s)** : Fonds octroyés par le(s) canton(s)
- **Confédération** : Fonds octroyés par la confédération
- **Fonds privés** : Fonds octroyés par une source externe privée

Si le déficit ne peut être couvert ou que partiellement, le résiduel doit être indiqué sous **Déficit non couvert**.

4.3.4 Passerelle d'ajustements (A.17)

Tandis que la comptabilité financière (cf. chapitre 4.3.2) considère les charges de toute l'exploitation, la comptabilité analytique des charges par unités finales d'imputation saisit les coûts de chaque patient (c'est-à-dire de chaque unité finale d'imputation). [La comptabilité analytique est désormais relevée directement dans SpiGes au niveau des cas.](#)

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'ajustements. [La passerelle d'ajustements reste relevée par la statistique administrative des hôpitaux, mais de manière plus détaillée. Ensuite, ces informations sont transmises à SpiGes via un webservice à des fins de contrôles et pour l'élaboration de divers fichiers, comme par exemple ITAR_K®.](#)

Ajustements :

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 calculé du côté SpiGes](#) :

- **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 faîtière, etc.).
- **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.
- **Charges exceptionnelles et hors exploitation / charges des exploitations annexes** : 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.

La passerelle d'ajustement reprend les rubriques comptables énoncées dans la comptabilité financière (cf. chapitre 4.3.2). Elle se base sur la passerelle d'ajustement REKOLE®, ainsi que la passerelle d'ajustement retravaillée de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS). Des ajustements sont possibles pour l'ensemble des rubriques, ainsi que pour les rubriques spécifiques 448 Charges des intérêts calculés sur les actifs immobilisés, 468 Charges des intérêts calculés sur les actifs circulants et les produits 66/68 comme réduction des coûts.

Par ailleurs, les comptes 442 Amortissements, 444 Autres loyers (y c. leasing opérationnel) et 448 Charges des intérêts calculés sur les actifs circulants doivent être complétés avec la version REKOLE® du calcul.

Les corrections pour les patients à cheval sur deux années, ainsi que les exploitations annexes, seront directement calculées grâce aux données SpiGes. Elles ne sont plus à renseigner ici.

La différence que peut subvenir entre la comptabilité financière et la passerelle d'ajustement par rapport à la comptabilité analytique n'est plus évaluée ici, mais dans le relevé SpiGes.

4.3.5 Comptabilité des immobilisations (A.19)

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'OCP⁷⁰.

Le présent texte contient la description des dispositions légales. En outre, dans la perspective du mandat qui lui est confié par la loi⁷¹, 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 part⁷².

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 prestation⁷³. Fondant l'inscription sur la liste cantonale des hôpitaux, ce mandat comprend l'ensemble des prestations dont l'offre est réglée par

⁷⁰ 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

⁷¹ art. 23, LAMal

⁷² art. 10, al. 5, OCP

⁷³ art. 8, al. 1, OCP

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

contrat entre l'établissement et le canton⁷⁴. 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 relevé⁷⁵.

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 séparément⁷⁶, 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**⁷⁷ par catégories d'immobilisations⁷⁸ doit être déclarée.

De plus, ce tableau affiche le **taux d'intérêt calculatoire prescrit par la loi**⁷⁹ (cf. chapitre 4.1.1.2).

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

Biens immobiliers

- **Terrains bâtis et non bâtis**⁸⁰
- **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**
- **ERP / SIC**

⁷⁴ art. 39, al. 1, let. e, LAMal

⁷⁵ 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

⁷⁶ art. 8, al. 2, OCP

⁷⁷ art. 10a, al. 1, let. b, OCP

⁷⁸ 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

⁷⁹ art. 10a, al. 1, let. h, OCP

⁸⁰ 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

Biens immatériels

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

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 incendie⁸¹.
- **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.⁸²
- **Intérêt calculatoire** en Fr.⁸³
- **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.⁸⁴

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 parties⁸⁵.

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.⁸⁶ 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.

⁸¹ art. 10a, al. 2, OCP

⁸² 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.

⁸³ 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.

⁸⁴ Exception faite de la catégorie «Terrain bâti et non bâti» : ici, le taux d'intérêt calculatoire correspond aux charges d'utilisation des investissements.

⁸⁵ 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.

⁸⁶ L'art. 23 LAMal, la loi fédérale sur la statistique et l'ordonnance sur les relevés statistiques déterminent avec précision les buts d'utilisation.

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

L'OFS utilise les formules⁸⁷ suivantes pour ses propres calculs⁸⁸ :

- **Valeur comptable au début de l'année** = [Valeur d'achat en Fr.] – ([Durée d'exploitation en années⁸⁹] * [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]
- **Intérêt calculatoire en Fr.** = ([Valeur d'achat] / 2) * [Taux d'intérêt calculatoire légal]⁹⁰
- **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 plus⁹¹.

⁸⁷ 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.

⁸⁸ La méthode de calcul utilisée par l'OFS ne déploie aucun effet contraignant à l'égard de l'auto-déclaration des établissements pour l'utilisation administrative de leurs données.

⁸⁹ nombre d'années d'exploitation = [Année de relevé] – [Année d'achat]

⁹⁰ 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].

⁹¹ art. 10, al. 5 et art. 8, OCP

Statistiques des hôpitaux : évolution entre les variables

Relevés à partir de l'introduction de SpiGes	Commentaire	Relevés à partir de 2010	Commentaire	Relevés 1997 – 2009
<p>1. Données générales</p> <p>Etablissement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Type d'activité - Identification de l'établissement - Nature juridique - Statut de l'hôpital - Type de contributions publiques - Prestations d'intérêt général et autres prestations - Personne de référence - Remarques à l'intention du canton ou de l'OFS 	BURGESV – lien avec ITAR_K®	<p>1. Données générales</p> <p>établissement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Type d'activité - Identification de l'établissement - Nature juridique - Statut de l'hôpital - Type de contributions publiques - Prestations d'intérêt général et autres prestations - Calcul des équivalents plein temps - Personne de référence - Remarques à l'intention du canton ou de l'OFS 	<p>Avec adresse, numéro REE, code NOGA, langue, numéro de commune, etc.</p> <p>Harmonisation avec les standards de l'OCDE</p>	<p>0. Données générales /</p> <p>2. Emploi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identification de l'établissement - Nature juridique - Listes cantonales - Statut économique - Taux d'activité au 31 décembre - Personne de référence
<p>2. Données générales</p> <p>Sites, Lits, Infrastructure médico-technique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sites (et offre) - Lits - Infrastructure médico-technique 	<p>Plus de notions de sorties et journées, y compris pour les traitements de longue durée (renseignement collecté au niveau du cas via le relevé SpiGes)</p>	<p>2. Données générales</p> <p>prestations et traitements</p> <ul style="list-style-type: none"> - Traitements de longue durée effectués à l'hôpital - Sites et offre - Personnel externe pour des prestations médicales - Infrastructure médico-technique 	<p>Journées d'hospitalisation et sorties</p> <p>Médecins, sages-femmes et autres</p> <p>Données de la statistique médicale</p>	<p>1. Offre de prestations</p> <ul style="list-style-type: none"> - Médecins privés - Service d'infrastructure

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

Relevés à partir de l'introduction de SpiGes	Commentaire	Relevés à partir de 2010	Commentaire	Relevés 1997 – 2009
			Suppression des catégories de formation continue FMH Données de la statistique médicale	<ul style="list-style-type: none"> - Prestations médicales - Prestations médico-techniques et thérapeutiques
3. Emploi EPT, personnel		3. Données générales personnel		2. Emploi
<ul style="list-style-type: none"> - Calcul des équivalents plein temps Relevé individuel <ul style="list-style-type: none"> - Numéro d'ordre et numéro d'identification anonyme - Année de naissance - Sexe - Fonction - Taux d'occupation - Centre de prestations - Site - Personnel en formation - Nationalité - Origine du diplôme 	Ajout des variables : Personnel temporaire et type de contrat	Relevé individuel <ul style="list-style-type: none"> - Numéro d'ordre et numéro d'identification anonyme - Année de naissance - Sexe - Fonction - Taux d'occupation - Centre de prestations principal - Site principal - Personnel en formation - Nationalité - Origine du diplôme 	Remplacement de la formation par la fonction exercée Nombre d'heures de travail rémunérées, EPT, sous contrat le 31.12	Enregistrements individuels <ul style="list-style-type: none"> - Numéro d'ordre et numéro d'identification anonyme - Sexe - Code de la profession - Taux d'activité au 31 décembre - 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

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

Relevés à partir de l'introduction de SpiGes	Commentaire	Relevés à partir de 2010	Commentaire	Relevés 1997 – 2009
4. Comptabilité		4. Données générales finances et exploitation		4. Comptabilité financière
<ul style="list-style-type: none"> - Comptabilité financière - Résultat annuel - Passerelle d'ajustement - Comptabilité des salaires et des honoraires pour les prestations médicales - Comptabilité des immobilisations 	<p>Passerelle détaillée selon REKOLE® et CDS</p> <p>Plus relevé dans la KS (sauf Lits), relevé dans SpiGes au niveau du cas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Comptabilité financière - Résultat annuel - Passerelle d'ajustement - Comptabilité des salaires et des honoraires pour les prestations médicales - Comptabilité des immobilisations 	<p>Charges et revenus</p> <p>Informations sur les exploitations annexes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Comptabilité d'exploitation - Couverture du déficit - Comptabilité hors exploitation
		5. Prestations et prise en charge		3. Hospitalisations
		<ul style="list-style-type: none"> - Traitements hospitaliers - Lits 	<p>La plupart des informations sont tirées de la statistique médicale</p> <p>Lits planifiés et journées-lits d'exploitation</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Variables diverses - Lits
		6. Données financières et d'exploitation		5. Prix et tarifs
		<ul style="list-style-type: none"> - Comptabilité analytique des charges par unité finale d'imputation - Comptabilité analytique des revenus par unité finale d'imputation 	<p>Le chapitre Prix et tarifs est supprimé.</p> <p>Cas administratifs et mandats</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tarifs des forfaits journaliers au 31 décembre

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 2014.
H+ Les Hôpitaux de Suisse 2014	Règles de comptabilisation, y c. plan comptable, 8 ^e édition, 2014, H+ Les Hôpitaux de Suisse – H+ Berne 2014.
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

AELE	Association européenne de libre-échange
AOS	Assurance obligatoire des soins
AVS	Assurance-vieillesse et survivants
CASU	Centrale d'appels sanitaire urgents
CC	Code civil suisse
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CT	Computed Tomography
EPT	Equivalents plein temps
ERP	Enterprise Resource Planning
ESPA	Enquête suisse sur la population active
Eurostat	Office statistique de l'Union européenne
FMH	Association professionnelle des médecins en Suisse
GLN	Global Location Number
IRM	Imagerie par résonance magnétique
KS	Statistique des hôpitaux
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
LPD	Loi fédérale sur la protection des données
LPMéd	Loi fédérale sur les professions médicales universitaires
LSF	Loi sur la statistique fédérale
LSPr	Loi sur la surveillance des prix
LTr	Loi sur le travail
NOGA	Nomenclature générale des activités économiques
OAMal	Ordonnance sur l'assurance-maladie
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
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
OFIT	Office fédéral de l'informatique et de la télécommunication
OFJ	Office fédéral de la justice
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OLT 1	Ordonnance 1 relative à la loi sur le travail
ORL	Otorhinolaryngologie
RCC	Registre des codes-créanciers
REE	Registre des entreprises et des établissements
RS	Recueil systématique du droit fédéral
SIC	Système d'information clinique
SOMED	Statistique des institutions médico-sociales
SPECT	Single Photon Emissions Computer Tomography
SpiGes	Séjours stationnaires en hôpitaux
SPITEX	Statistique de l'aide et des soins à domicile
SPr	Surveillant des prix
TEP	Tomographie par émission de positrons
TIS	Temps incision / suture
UE	Union européenne
UID	Numéro d'identification des entreprises (IDE)

Annexes

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