



Statistique des établissements de santé (soins intra-muros)

Statistique des hôpitaux

Conception détaillée

Table des matières

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

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

5.2	Données générales « prestations et prise en charge »	21
5.2.1	Traitements de longue durée à l'hôpital	21
5.2.2	Sites et offre de prestations	21
5.2.3	Personnel externe pour des prestations médicales	21
5.2.4	Infrastructure médico-technique	22
5.3	Données générales « personnel »	23
5.3.1	Personnel	24
5.3.2	Année de naissance	24
5.3.3	Sexe	24
5.3.4	Fonction.....	24
5.3.5	Taux d'occupation	25
5.3.6	Centre de prestations	26
5.3.7	Site principal.....	27
5.3.8	Origine du diplôme	27
5.3.9	Personnel en formation.....	27
5.3.10	Nationalité	28
5.4	Données générales finances et exploitation	28
5.4.1	Comptabilité financière	28
5.4.2	Résultat d'exploitation.....	30
5.4.3	Passerelle d'ajustement.....	31
5.4.4	Comptabilité des salaires et des honoraires pour les prestations médicales	32
5.4.5	Comptabilité des immobilisations.....	33
5.5	Prestations et prise en charge	36
5.5.1	Traitements hospitaliers.....	36
5.5.2	Lits.....	37
5.6	Données financières et d'exploitation	37
5.6.1	Comptabilité analytique des charges par unités finales d'imputation	37
5.6.2	Comptabilité analytique des revenus par unités finales d'imputation	41
5.7	Statistiques des hôpitaux 1997 et 2010 : comparaison entre les variables	42
	Bibliographie	44
	Liste des abréviations	45
	Annexes	46

1 Introduction

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

L'art. 22a, 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. Il est effectué sur Internet, au moyen d'un questionnaire électronique, dont les données sont centralisées à l'Office fédéral de l'informatique (OFIT). Ces données sont stockées physiquement au même endroit pendant tout le processus de relevé. Seules les personnes disposant des droits d'accès peuvent les consulter. Toutes les personnes participant à la vérification des données, puis à leur exploitation, sont soumises aux dispositions de la loi fédérale sur la protection des données (LPD)⁴. L'OFIT est responsable de la sécurité des données, et plus particulièrement de la connexion Internet.

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

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

La présente conception détaillée décrit le relevé de la statistique des hôpitaux pour les données valables pendant l'année civile 2010.

¹ RS 832.10.

² RS 431.01.

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

⁴ RS 235.1.

⁵ RS 832.104. L'ordonnance s'intitule aujourd'hui ordonnance du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, *les maisons de naissance* et les établissements médico-sociaux dans l'assurance maladie (OCP).

2 Révision 2010 de la statistique des hôpitaux

2.1 Motifs de la révision

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

- Entrée en vigueur de l'OCP en 2003 : cette ordonnance impose aux établissements de recourir à divers instruments de comptabilité financière pour saisir leurs coûts et leurs prestations.
- Révision de la LAMal en 2009 : l'introduction des forfaits par cas dans le domaine hospitalier rend nécessaire une adaptation des outils de planification des besoins.
- Révision de l'OCP en 2009 : la comptabilité des immobilisations est intégrée dans la statistique comme un instrument de saisie des coûts.
- Evolution du système de santé : certains points du questionnaire n'étaient plus adaptés aux besoins de l'administration.
- Introduction de la statistique médicale en 1999 : l'introduction réussie de la statistique médicale a permis le calcul indirect d'un certain nombre d'informations.

2.2 But général

La révision de la statistique des hôpitaux doit tenir compte aussi bien des nouvelles dispositions légales que de l'évolution du système suisse de santé. De cette nécessité découlent les buts principaux suivants :

- S'assurer que la statistique des hôpitaux révisée satisfasse aux nouvelles dispositions légales.
- Limiter la charge supplémentaire de travail engendrée pour les producteurs de données par l'intégration des nouveaux éléments de transparence des coûts et des prestations prévus dans l'OCP.
- Coordonner les informations contenues dans les différentes statistiques de l'OFS sur les soins hospitaliers, de manière à éviter autant que possible les redondances.
- Rationaliser et optimiser le processus de production par l'introduction d'un relevé via Internet.

Buts de la statistique des hôpitaux actuelle et à venir :

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

2.3 Définition des besoins

La révision a bénéficié du soutien d'un groupe d'accompagnement formé de représentants des producteurs et des utilisateurs des données. Les membres de ce groupe devaient définir les éléments à intégrer dans la révision, en élaborant des compromis si nécessaire. Ils ont aussi apporté leurs conseils et leur soutien à l'OFS sur des questions pointues.

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

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

Le groupe d'accompagnement a commencé par analyser les besoins de manière détaillée, lors de séances plénières ou dans le cadre de groupes de travail. Les décisions qui sont ressorties de ces rencontres ont été intégrées dans une conception générale.

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

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

H+, qui représente les intérêts des hôpitaux suisses, sait quelles sont les informations que les établissements relèvent indépendamment des statistiques fédérale et sous quelle formes elles sont utilisées en interne. L'ajustement des variables avec les informations relevées par les établissements dans le domaine de la comptabilité et des coûts permet de réduire la charge de travail pour les producteurs de données (principe 9 des Codes de bonnes pratiques de la statistique européenne⁶, qui vise une « charge non excessive pour les déclarants »), tout en garantissant la qualité des données.

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

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

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

3 Bases légales

La statistique des hôpitaux doit être conforme à la fois aux dispositions de la LSF et à celles de la LAMal. Selon l'art. 22a 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. 22a 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 statistique est régi par la LSF. Selon cet article et la LSF, les données ne peuvent être utilisées qu'à des fins statistiques.

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

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

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

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

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

- Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10).
- Ordonnance du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP ; RS 832.104).
- Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102).
- Loi fédérale du 20 décembre 1985 concernant la surveillance des prix (LSPr ; RS 942.20).
- Loi et ordonnances cantonales diverses.

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

4 Organisation de la collecte des données

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

4.1 Portée et forme du relevé

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

4.1.1 Définition des hôpitaux

Sont considérés comme des hôpitaux les établissements qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation au sens de l'article 39, alinéa 1 de la LAMal. Ces établissements sont tenus de mettre gratuitement à la disposition de l'OFS les informations nécessaires à la statistique des hôpitaux, qu'ils figurent ou non sur une liste cantonale d'hôpitaux ou qu'ils soient habilités ou non, en vertu d'un contrat avec les assureurs-maladie, à facturer des prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS)¹¹. Plus généralement, on reconnaît un hôpital au fait qu'il dispose d'un personnel qualifié et de médecins pouvant fournir vingt-quatre heures sur vingt-quatre, dans des locaux spéciaux, des prestations hospitalières ou ambulatoires (soins, traitements et diagnostics).

4.1.2 Définition des maisons de naissance

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

⁸ Art. 22a, al. 3 et art. 23, al. 1 LAMal.

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

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

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

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

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

4.1.3 Unité de relevé

Chaque établissement hospitalier et chaque maison de naissance, considéré en tant qu'unité juridique, est tenu de remplir un questionnaire pour la statistique des hôpitaux. Dans le cas des établissements multisites, les données requises correspondent à l'ensemble des informations livrées par chaque site d'implantation (cf. chapitre 5.2.2). Sauf exigences contraires, les informations fournies ne sont pas différenciées par site.

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

4.1.4 Classification

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

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

4.1.5 Technique de collecte

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

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

¹³ Art. 2, al. 2, let. b OCP.

¹⁴ Art. 23, al. 2 LAMal.

4.2 Répartition des tâches entre les partenaires

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

4.2.1 Office fédéral de la statistique OFS

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

4.2.2 Cantons

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

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

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

4.2.3 Etablissements

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

¹⁵ Art. 14 à 17 LSF.

¹⁶ Art. 6, al 1 LSF.

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

4.3 Déroulement de l'enquête¹⁸

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 :

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

4.4 Calendrier

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

- 31 mars (de l'année suivant l'année du relevé) : 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.

¹⁸ Tel qu'il est décrit, le déroulement correspond aux processus standards définis par l'OFS. Les instances cantonales peuvent choisir une autre procédure de relevé, à condition de respecter les dispositions légales en vigueur.

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

4.5 Protection des données et accès aux données

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

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

4.5.1 Sécurité des données

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

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

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

4.5.2 Remise de données à des fins statistiques

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

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

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

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.

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

4.5.3 Remise de données à des fins administratives²⁶

Lorsqu'une loi fédérale autorise explicitement l'utilisation des données également à des fins autres que statistiques, les données individuelles non anonymisées peuvent être remises à des tiers, conformément aux dispositions en question. L'art. 22a, al. 3 LAMal permet ainsi la communication de données de la statistique des hôpitaux à l'OFSP, au Surveillant fédéral des prix, à l'Office fédéral de justice (OFJ), aux cantons, aux assureurs et aux organes mentionnés à l'art. 84a LAMal. Les personnes chargées de traiter ces données au sein des institutions concernées sont soumises aux dispositions de la LPD.

Les destinataires de données individuelles non anonymisées tirées de la statistique des hôpitaux utilisent ces données exclusivement aux fins prévues par la loi. Celles-ci incluent la publication de données par l'OFSP (art. 22a, al. 3 LAMal et art. 31 OAMal).

4.6 Publication et analyses statistiques

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

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

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

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

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

²⁷ Art. 18, al. 1 LSF.

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

²⁹ Art. 18, al. 2 LSF.

³⁰ Sauf accord écrit de la personne concernée.

³¹ Art. 18, al. 3 LSF.

5 Descriptif des variables du relevé

Selon l'art. 22a 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.

L'obligation de renseigner vaut pour les deux applications selon l'art. 22a 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.

Pour effectuer convenablement la comparaison entre établissements prévue par la loi, le questionnaire se fonde comme dans le chapitre 4.3 « Axes du relevé » sur les types d'activité dont la structure des coûts est très différente (soins aigus, réadaptation/gériatrie, psychiatrie, maison de naissance).

Selon les types d'activités exercées dans l'établissement³², on devra donc répondre à différents groupes de questions (ou chapitres). Le questionnaire présente au moins deux et au plus quatre chapitres. L'hôpital est tenu d'y répondre seulement si l'OFS l'y enjoint, après avoir consulté le canton sur les types d'activités. Les questions sont identiques pour les différents types d'activité et les réponses devront suivre à chaque fois les mêmes règles ; c'est pourquoi elles ne sont commentées qu'une seule fois dans ce concept détaillé.

Les chapitres sont structurés de la manière suivante :

Chapitre Données générales

A. Données générales

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

Chapitre Types d'activités

B. Soins aigus

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

C. Psychiatrie

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

D. Réadaptation / gériatrie

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

E. Maison de naissance

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

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

5.1 Données générales établissement

Les hôpitaux et les maisons de naissance doivent remplir une fois par questionnaire le chapitre sur les données générales établissement, mais les trois premiers groupes de questions sont déjà remplis et les indications qui y figurent ne peuvent être modifiées ni par le canton ni par l'établissement lui-même.

5.1.1 Type d'activité

En accord avec les cantons, l'OFS attribue les types d'activité en fonction des prestations fournies par les établissements. Tandis que les hôpitaux peuvent admettre les types d'activité « Soins aigus », « Psychiatrie » et « Réadaptation / gériatrie », les maisons de naissance, qui sont indépendantes des établissements cliniques, ont leur propre type d'activité.

La classification est examinée automatiquement tous les trois ans, pour autant qu'il ne se produise pas d'événement particulier comme par exemple une fusion, une fermeture partielle, etc.

Le calcul des types d'activité comprend l'analyse des données fournies par les hôpitaux concernant les centres de prestations et de coûts médicaux dans le cadre des trois derniers relevés de la statistique fédérale de la santé. La prise en compte d'une telle durée permet de garantir la continuité statistique même lors de modifications périodiques à court terme de l'offre de prestations.

Les centres de prestations et de coûts médicaux de la typologie de l'OFS sont attribués aux types d'activité³³ de la manière suivante :

Soins aigus :

M000	Disciplines médicales en général, Patients de différentes disciplines
M050	Soins intensifs
M100	Médecine interne
M200	Chirurgie
M300	Gynécologie et obstétrique
M400	Pédiatrie
M600	Ophthalmologie
M700	Oto-rhino-laryngologie (ORL)
M800	Dermatologie et vénéréologie
M850	Radiologie médicale
M990 ³⁴	Autres domaines d'activités

Psychiatrie:

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

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

³⁴ Les prestations réalisées au sein d'un service d'urgence sont en principe à attribuer au centre de prestations M990, « autres domaines d'activités ». Selon l'organisation de l'hôpital, il est cependant possible que le service d'urgence soit attribué à un autre centre de prestations. Dans ce cas, on inscrira les prestations ambulatoires au compte du centre de prestations auquel le service d'urgence est rattaché.

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

Réadaptation / Gériatrie:

M900	Gériatrie et soins subaigus
M950	Réadaptation et médecine physique

L'OFS élabore une proposition de classification qui est soumise aux cantons pour consultation. Il établit la classification définitive en tenant compte des remarques des cantons.

Les maisons de naissance sont classées indépendamment des hôpitaux. Elles seront identifiées par les critères non contraignants suivants :

- Autonomie (Indépendance d'établissements cliniques)
- La responsabilité de la direction obstétrique incombe exclusivement aux sages-femmes
- L'offre de prestation est complétée dans le domaine médical et psychosocial par une collaboration professionnelle.
- Membre de la IGGH – CH (Association Suisse des Maisons de Naissances)

Pour chaque catégorie qui leur a été attribuée, les établissements doivent remplir l'un des chapitres spécifique au type d'activité, dont les contenus sont identiques.

5.1.2 Identification de l'établissement

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

L'**adresse** indique les coordonnées postales de l'unité d'exploitation qui fait l'objet du questionnaire. Pour les centres hospitaliers multi sites, 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 (**IDE**).

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

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

La **typologie des hôpitaux** vient compléter ces informations en précisant le caractère exact de l'offre de prestations de chaque hôpital.

Le **numéro de commune** et le **code du canton** correspondent aux typologies de l'OFS. L'indication de la langue détermine la version linguistique du questionnaire à laquelle l'établissement accédera en ligne.

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

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

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

5.1.3 Forme juridique

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

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

Droit privé :

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

Droit public :

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

5.1.4 Statut de l'hôpital

Conformément aux dispositions de la LaMal³⁶, les cantons établissent une planification de la couverture des besoins en soins hospitaliers. Les établissements peuvent figurer tout aussi bien sur la liste des hôpitaux du canton de leur siège (**appartenance à la liste cantonale des hôpitaux du canton**) que sur la liste d'un autre ou de plusieurs autres cantons (**appartenance à la liste cantonale des hôpitaux d'autres cantons**). L'inscription sur une liste signifie qu'un mandat public de prestations leur a été attribué et que le canton couvre en partie leurs coûts complets (frais d'exploitation, frais d'investissement).

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

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

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

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

³⁶ Art. 49a, al. 4 LAMal et 58b, al. 2 OAMal.

5.1.5 Type de contributions publiques

L'inscription de l'hôpital sur une liste cantonale permet de déterminer si l'établissement bénéficie ou non d'un soutien financier, mais la nature de ce dernier demeure inconnue. Il peut ainsi s'agir de **forfaits liés aux prestations** (en particulier les forfaits par cas), de **contributions pour prestations d'intérêt général** ou d'une **couverture de déficit**, mais ce soutien peut également être imputé au **budget global du canton** ou d'un **autre canton**. Quant au budget global, la statistique administrative des hôpitaux ne fait pas de distinction entre un instrument de gestion à long³⁷ ou à court terme³⁸. En outre, d'**autres formes de contribution** sont possibles

Les flux financiers ne permettent pas à eux seuls de déterminer si un hôpital appartient au secteur privé ou au secteur public.

5.1.6 Prestations d'intérêt général et autres prestations

Conformément à la LAMal, les coûts des prestations d'intérêt général ne peuvent pas entrer dans le calcul des forfaits unitaires (en général les forfaits par cas)³⁹. On vise en particulier les capacités hospitalières qui doivent être conservées non pas 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 qui doivent subsister 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 notamment⁴⁰).

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 reconnu⁴¹

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

2. Service d'urgence non reconnu

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

3. Centrale d'appels sanitaires urgents (CASU)

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

³⁷ Art. 51 LAMal.

³⁸ Art. 54 LAMal.

³⁹ Art. 49, al. 3 LAMal.

⁴⁰ Art. 58e, al. 2 OAMal.

⁴¹ Définition selon le « Concept sur la reconnaissance des unités fonctionnelles TARMED » de juin 2007.

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)⁴²

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

6. Stockage de médicaments et de produits médicaux

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

7. Unités d'hôpital protégées

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

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 fédéral⁴³.

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 fédéral⁴⁴.

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 médicales⁴⁵.

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.⁴⁶

⁴² Définition selon la Société suisse de médecine intensive.

⁴³ Art. 7, al. 1, let. a OCP.

⁴⁴ Art. 7, al. 1, let. b OCP.

⁴⁵ Il s'agit concrètement des professions indiquées sur la liste des fonctions (cf. chapitre 5.3.4) dans les catégories principales Personnel soignant, Personnel médico-technique et Personnel médico-thérapeutique.

⁴⁶ Art. 7, al. 2 OCP.

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.⁴⁷

5.1.7 Calcul des équivalents plein temps (EPT)

Les équivalents plein temps (EPT) expriment le travail fourni en une année par rapport à un taux d'occupation de 100 %. Afin de calculer cette valeur pour chaque personne dans le chapitre Personnel et éviter aux établissements de devoir le faire, il faut introduire dans le questionnaire électronique pour chaque fonction (voir chapitre 5.3.4) le **total des heures payées qu'une personne à plein temps (100%) accomplit en un an**.

Lorsqu'il y a des différences entre les positions d'une même fonction, il faut indiquer une moyenne.

Ni les vacances, ni les heures supplémentaires ni les absences (maladie, formation, etc.) ne doivent entrer dans le calcul des heures payées. Celui-ci est normalement stipulé dans le contrat de travail.

La valeur à déclarer se monte en général à 2080 heures (40 heures/semaine * 52 semaines).

5.1.8 Personne de référence

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

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

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

⁴⁷ Art. 1, Loi fédérale du 9 octobre 1981 sur les centres de consultation en matière de grossesse.

5.2 Données générales « prestations et prise en charge »

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

5.2.1 Traitements de longue durée à l'hôpital

Un séjour hospitalier est considéré comme un traitement de longue durée lorsque, selon l'indication médicale, il ne nécessite pas un traitement ni des soins ni une réadaptation médicale à l'hôpital⁴⁸. Ces séjours sont alors facturés selon les dispositions prévues dans les conventions tarifaires passées avec les établissements médico-sociaux⁴⁹.

Comme il faut fournir des informations sur les coûts selon l'OCP des traitements de longue durée⁵⁰, on indiquera ici le **nombre de journées d'hospitalisation et de sorties relatives à ces traitements** en plus des données qui figureront dans les comptabilités des revenus et des charges par unités finales d'imputation.

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

5.2.2 Sites et offre de prestations

Un centre hospitalier multi sites forme une entité juridique unique dotée d'une direction centralisée qui organise ses activités sur différents sites géographiques. Comme en général les données de la statistique administrative des hôpitaux sont relevées d'après l'entité juridique et non selon le site, il est nécessaire de donner les informations relatives aux différents sites géographiques et aux prestations qui y sont fournies pour permettre aux cantons d'assurer la planification régionale.

Pour cette raison, il faut indiquer le **nom** et le **numéro postal d'acheminement** de chaque site, en déclarant par ailleurs les types d'activités qui y sont éventuellement exercés. Seuls sont requis ici les types d'activités que l'OFS aura attribués au préalable à l'entité juridique, y compris leur siège purement administratif.

5.2.3 Personnel externe pour des prestations médicales

Une partie non négligeable des prestations médicales est fournie par du personnel qui ne dispose pas d'un contrat de travail avec les établissements, mais qui est payé sur facture pour des activités définies. Ce personnel agréé (médecins agréés, sages-femmes agréées, etc.) se distingue du reste du personnel par le fait que ses cotisations sociales ne sont pas payées par l'hôpital ni la maison de naissance. La classe d'assurance de leurs patients n'est pas prise en compte.

Le relevé du **nombre (personnes)** de collaborateurs externes qui fournissent des prestations médicales fait partie de l'information sur le genre de prestations fournies par les établissements⁵¹. Sont considérées comme prestations médicales l'ensemble des activités qui sont exécutées par le

⁴⁸ Art. 6 OCP.

⁴⁹ Art. 50 LAMal.

⁵⁰ Art. 2, al. 1 let. e OCP.

⁵¹ Art. 22a, al. 1, let. a LAMal.

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

personnel des groupes principaux des fonctions comme « Médecins », « Personnel soignant », « Personnel médico-technique » et « Personnel médico-thérapeutique ».

Les données sont relevées sur la base des catégories **Médecins**, **Sages-femmes** et **Autres** ; celles des médecins sont encore subdivisées selon les centres de prestations :

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

5.2.4 Infrastructure médico-technique

L'infrastructure médico-technique comprend les instruments, appareils et systèmes pour la prévention, le diagnostic, le traitement, les soins et la réadaptation dans les hôpitaux et les maisons de naissance. Une partie de cette infrastructure figure déjà dans le tableau de la comptabilité des immobilisations (cf. chapitre 5.4.5), pour autant toutefois qu'elle n'ait pas été inscrite pour une valeur comptable nulle.

Pour donner toutefois un aperçu de l'infrastructure et de l'équipement à disposition⁵², les appareils et salles à usage spécifique les plus importants doivent être mentionnés.

1. Appareils et équipements

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

2. Salles à usages spécifiques

- Salle d'opération
- Salle d'accouchement

⁵² Art. 22a, al. 1, let. a LAMal.

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

- **Appareils et équipements** : il s'agit d'indiquer le **nombre** des appareils qui se trouvent dans les locaux de l'établissement au 31 décembre, indépendamment des droits de propriété. Les combinaisons d'équipements qui réunissent plusieurs appareils sur la même liste doivent être indiquées plusieurs fois conformément à leurs différentes fonctions.
- **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 dans toutes les salles d'opération en se référant au temps incision / suture réalisé dans les salles d'opérations (TIS).
- **Salles d'accouchement** : les locaux dont l'infrastructure est destinée en premier lieu à l'accouchement sont considérés comme des salles d'accouchement. Leur **nombre** doit être indiqué.

5.3 Données générales « personnel »

Le relevé des effectifs et de la structure du personnel occupé⁵³ s'effectue pour la totalité de l'établissement et indépendamment des types d'activités. Afin de collecter suffisamment d'informations pour des analyses thématiques, les données sur le personnel sont saisies sous forme d'enregistrements individuels. Cela signifie qu'il faut répondre à toutes les questions sur le personnel pour chacun des collaborateurs et chacune des collaboratrices.

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 no 30 Charges salariales de REKOLE®. Le personnel employé par le biais d'entreprises de travail temporaire est pris en compte, ce qui n'est pas le cas des bénévoles. Par conséquent, il n'est pas possible de savoir si ces personnes n'étaient plus sous contrat au 31 décembre de l'année du relevé ou si elles étaient absentes pour cause de service militaire, de vacances ou pour d'autres raisons.

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

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

La saisie des données se fait sur le questionnaire électronique au moyen de deux écrans séparés. Tandis que sur l'écran de gestion on peut créer et supprimer les enregistrements individuels, la saisie concrète apparaît sur le deuxième écran. Afin de limiter les opérations de saisie, en particulier pour les grands établissements comportant plusieurs milliers d'employés, et pour éviter de devoir introduire chaque donnée individuellement, des instruments techniques sont disponibles pour importation par interface des données sous forme de fichiers TXT.

⁵³ Art. 22a, al. 1, let. b LAMal, Annexe de l'ordonnance concernant l'exécution des relevés statistiques fédéraux, état au 1er août 2007.

5.3.1 Personnel

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

5.3.2 Année de naissance

Il faut relever l'**année de naissance** de chaque collaborateur et de chaque collaboratrice. Cette variable permet de former les groupes d'âges qui servent de base à l'analyse de la structure du personnel⁵⁴.

5.3.3 Sexe

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

5.3.4 Fonction

La fonction de chaque membre du personnel est relevée sur la base des catégories de personnel prédéterminées⁵⁵. Elle se détermine selon le travail effectivement accompli et non selon la formation suivie. Pour les collaborateurs et collaboratrices temporaires et les personnes employées par l'intermédiaire d'une entreprise de travail intérimaire, on indiquera donc l'activité exercée le plus souvent durant l'année du relevé.

Les personnes en formation pour lesquelles la catégorie de réponse ne prévoit pas de dénomination doivent être enregistrées sous leur future fonction. La question « Personnel en formation » (cf. chapitre 5.3.9) permet de préciser les données qui les concernent. Il en va de même des personnes sans diplôme professionnel à la question « Origine du diplôme » (cf. chapitre 5.3.8).

Les catégories de fonction sont réparties en huit groupes principaux et une ventilation plus fine est appliquées aux catégories « Médecins »⁵⁶, « Personnel soignant », « Personnel médico-technique », « Personnel médico-thérapeutique »⁵⁷ :

⁵⁴ Art. 22a, al. 1, let. b LAMal.

⁵⁵ Il faut attribuer une fonction, et une seule, à chaque poste de travail. Dans les cas où un contrat de travail prévoit plusieurs fonctions, on mentionnera la fonction principale.

⁵⁶ Les fonctions figurant ici sont uniquement celles qui sont réglées par la loi fédérale sur les professions médicales (LPMéd).

⁵⁷ L'annexe IV cite les subdivisions exactes des catégories principales de fonctions ainsi que des exemples de classement des fonctions professionnelles.

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

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

5.3.5 Taux d'occupation

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

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

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

Sur la base du nombre d'heures, le questionnaire électronique calcule automatiquement une valeur de référence au moyen du nombre standard d'heures rémunérées représentant une occupation à temps complet (cf. chapitre 5.1.7). 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.

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

5.3.6 Centre de prestations

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

Les principales catégories de fonction correspondent généralement aux centres de prestations⁵⁸, bien que cela ne soit pas forcément valable dans tous les cas⁵⁹ :

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
M990	Autres domaines d'activité

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

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

Personnel de maison / Services techniques et logistiques / Personnel administratif

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

⁵⁸ L'annexe VI contient des informations détaillées sur les centres de prestation des catégories T, I et E.

⁵⁹ Ainsi, un pharmacien qui devrait être classé selon l'annexe IV dans la catégorie principale de fonctions « Personnel médico-thérapeutique » peut être enregistré dans le centre principal de prestations I200 « Pharmacie (en général) ».

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

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

5.3.7 Site principal

Afin d'enregistrer convenablement le personnel d'entreprises comportant plusieurs sites, il faut indiquer pour chaque personne le site où elle accomplit la majeure partie de sa prestation mesurée en heures de travail. En général, cette information fait partie intégrante du contrat de travail.

L'indication du site principal doit être faite sur la base de la liste dressée à la question « Sites et offres de prestations » (cf. chapitre 5.2.2). Par le biais du numéro du site, la personne est enregistrée dans le site principal auquel elle est rattachée. Si l'entreprise ne comporte qu'un seul site, le questionnaire électronique répond automatiquement à la question.

5.3.8 Origine du diplôme

Cette variable définit le lieu **d'obtention du dernier diplôme**. Sont qualifiés de diplômes les actes conférant un grade universitaire ou certifiant que leur détenteur a suivi avec succès une formation professionnelle de base ou une formation post-graduée. Ces diplômes doivent présenter un lien avec la fonction indiquée ; pour les personnes qui n'ont qu'un diplôme dans une profession sans rapport avec la fonction exercée, on sélectionnera la catégorie « Pas de diplôme ».

La variable correspond aux huit catégories suivantes :

- Suisse
- Allemagne
- France
- Italie
- Autre UE⁶⁰
- USA / Canada
- Autres
- Pas de diplôme

5.3.9 Personnel en formation

La question de savoir si une **personne est en formation** concerne l'ensemble des groupes de fonctions (cf. chapitre 5.3.4) à quoi correspondent les diverses formations. La formation déclarée dans cette rubrique doit, en premier lieu, présenter un rapport direct avec la fonction indiquée dans l'enregistrement personnel et, en second lieu, elle doit se baser sur un contrat de travail ou de formation valable passé avec l'hôpital, ou l'école qui en dépend ou avec l'établissement. Il en va de même pour les maisons de naissance.

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

⁶⁰ 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.

5.3.10 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 (cf. chap. 5.3.8)⁶¹.

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

5.4 Données générales finances et exploitation

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

Pour alléger autant que possible la charge administrative des établissements soumis à l'obligation de renseigner, la statistique administrative des hôpitaux propose comme outil de travail le modèle de comptabilité d'entreprise REKOLE®⁶². L'édition 2008 désignée par l'OFS comme la version de référence détermine quelles sont les données exactes à déclarer dans quels tableaux.

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

La solution adoptée pour la statistique administrative des hôpitaux n'a aucune incidence sur l'exécution d'autres obligations légales⁶³.

5.4.1 Comptabilité financière

Grâce au relevé chronologique de tous les aspects de l'activité de l'établissement exprimables en chiffres, les hôpitaux et les maisons de naissance sont en mesure, à la fin d'un exercice comptable, de déterminer leur résultat d'exploitation. La comptabilité financière⁶⁴ nécessaire ici fait l'objet de prescriptions légales tout comme la déclaration des charges et des produits qu'elle contient⁶⁵.

La présente statistique doit présenter dans la comptabilité financière les charges et les produits des exploitations annexes. Sont considérées comme des exploitations annexes les unités organisationnelles qui apportent un soutien à la prise en charge par les hôpitaux et les maisons de naissance, et qui sont gérés comme des centres de profit. 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.

⁶¹ Définition des catégories de réponse selon la question Origine du diplôme (cf. chapitre 5.3.8).

⁶² Cf. H+ Les Hôpitaux de Suisse, REKOLE® - Comptabilité de gestion à l'hôpital, Troisième édition revue, 2008.

⁶³ En particulier, santésuisse n'est pas tenue de respecter la forme choisie par la présente statistique lors de l'exécution de son mandat légal.

⁶⁴ Art. 10, al. 1 OCP.

⁶⁵ Art. 22a, al. 1, let. e LAMal.

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

5.4.1.1 Charges

Les charges sont définies comme la consommation de valeur générée par l'ensemble des biens et services comptabilisés pendant une période donnée. Elles sont relevées selon trois groupes principaux. On additionnera ce faisant les données concernant les exploitations annexes aux données déclarées pour l'exploitation principale :⁶⁶

Charges du personnel

- **3 Charges de personnel** : il s'agit de la somme des comptes 30 Charges salariales, 37 Charges sociales, 38 Charges des honoraires de médecins (assujettis aux charges sociales), et 39 Autres charges du personnel, qui font l'objet d'une mention individuelle dans le tableau « Comptabilité des salaires et des honoraires pour les prestations médicales ».

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

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

Autres charges

- **Autres charges** : dépenses qui ne peuvent être enregistrées dans aucun des comptes susmentionnés. Elles concernent les comptes 77 « Impôts », 78 « Charges et produits exceptionnels » et 79 « Charges et produits hors exploitation ».

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

5.4.1.2 Produits

En contrepartie, les produits représentent la plus-value ou l'appréciation du patrimoine durant une période. Les produits des exploitations annexes seront additionnées à celles déclarées pour l'exploitation principale. Ce faisant, on fait la distinction entre les deux groupes principaux suivants:

⁶⁶ Les chiffres exposés correspondant aux numéros de compte de REKOLE®.

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

6 Produits d'exploitation

- 60 **Produits de prestations médicales, infirmières de soins, et thérapeutiques aux patients**
- 61 **Prestations unitaires médicales**
- 62 **Autres prestations unitaires hospitalières**
- 65 **Autres produits des prestations aux patients**
- 66 **Produits financiers**
- 68 **Produits résultant de prestations au personnel et à des tiers**
- 69 **Contributions et subventions**⁶⁷
 - 690 **Contributions des communes**
 - 695 **Contributions des cantons**
 - 696 **Contributions de la Confédération**
 - 697 **Contributions de corporations, de fondations et de privés**

Autres produits

- **Autres produits** : produits qui ne peuvent entrer dans aucun des comptes susmentionnés. Ils concernent le compte 78 « Charges et produits exceptionnels » et « Charges et produits hors exploitation ».

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

5.4.2 Résultat d'exploitation

Le résultat d'exploitation fait partie du compte de pertes et profits et se détermine en fonction des charges et des produits d'une période donnée, en l'occurrence de l'année d'exercice⁶⁸.

Idéalement, le résultat d'exploitation se calcule sous forme de **bénéfice total**, respectivement de **total des pertes** à partir de la somme des données issues de la comptabilité financière (cf. chapitre 5.4.1). Mais comme les exploitations sont soumises à l'obligation de déclarer, le programme ne fait pas automatiquement ce calcul⁶⁹.

Pour la statistique administrative des hôpitaux, on déclarera les chiffres avant impôts, en indiquant le montant de la **couverture du déficit** en cas de perte globale⁷⁰. 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 du plan comptable REKOLE®). Contrairement aux subventions, la couverture du déficit dépend du montant de la perte globale. Ces deux catégories de produits sont indépendantes des cas administratifs ; elles se distinguent par là des revenus ou produits signalés au compte numéro 60, « Revenus (ou produits) de prestations médicales, infirmières et thérapeutiques aux patients ».

⁶⁷ Pour différencier d'une part les contributions et subventions des collectivités publiques (compte 69) et d'autre part les produits du compte 60, on s'appuiera sur le même critère que dans la comptabilité analytique des revenus, en examinant si les produits en question sont ou non liés aux cas administratifs.

⁶⁸ Art. 22a, al. 1, let. e LAMal.

⁶⁹ Art. 22a, al. 1, let. e LAMal.

⁷⁰ Annexe de l'ordonnance concernant l'exécution des relevés statistiques fédéraux, état au 1er février 2009.

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

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

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

5.4.3 Passerelle d'ajustement

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

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

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

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

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

5.4.4 Comptabilité des salaires et des honoraires pour les prestations médicales

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 précises⁷¹, qui soient plus détaillées que celles concernant les charges dans la comptabilité financière (cf. chapitre 5.4.1.1). Ces déclarations sont obligatoires, bien que REKOLE® ne le spécifie pas.

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 médicales⁷² contre honoraires (cf. chapitre 5.2.3).

Selon REKOLE®, il faut distinguer, à propos des déclarations sur le personnel fixe, les comptes suivants :

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

Dans le compte 30 Charges salariales, les charges sont par ailleurs ventilées selon le principal groupe de fonctions (cf. chapitre 5.3.4) :

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

Les **prestations médicales** du personnel externe sont payées sous forme d'honoraires ; dans ce cas, l'hôpital ou la maison de naissance ne prend en charge aucunes cotisations sociales. Ces honoraires⁷³ se répartissent en trois catégories :

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

⁷¹ Art. 10, al. 2 et 3 OCP, art. 22a, al. 1 LAMal.

⁷² Les prestations médicales consistent en des activités qui relèvent des principales catégories de fonction « Médecins », « Personnel soignant », « Personnel médico-technique » et « Personnel médico-thérapeutique ».

⁷³ Les honoraires peuvent porter sur toutes les catégories de prestations (OCP, assurance complémentaire, auto-payeur, patients étrangers, etc.).

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

Les médecins externes sont désignés le plus souvent comme des médecins agréés. Comme ce concept n'est pas utilisé de manière uniforme, on applique le critère de l'assujettissement aux assurances sociales pour distinguer les variables « Charges des honoraires de médecins (assujettis aux charges sociales) » et « Honoraires pour prestations médicales (non assujettis aux charges sociales) – médecins ».

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

5.4.5 Comptabilité des immobilisations

Comme toutes les autres données de la statistique administrative des hôpitaux, les déclarations relatives à la comptabilité des immobilisations doivent respecter les prescriptions de la LAMal et l'OCP⁷⁴. Les définitions du modèle de comptabilité d'exploitation de REKOLE® version 2008 qui divergent des dispositions légales doivent être ignorées.

Le présent texte contient la description des dispositions légales. En outre, dans la perspective du mandat qui lui est confié par la loi⁷⁵, 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 part⁷⁶.

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 prestation⁷⁷. Fondant l'inscription sur la liste cantonale des hôpitaux, ce mandat comprend l'ensemble des prestations dont l'offre est réglée par contrat entre l'établissement et le canton⁷⁸. 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 relevé⁷⁹.

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 séparément⁸⁰, 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**⁸¹ par catégories d'immobilisations⁸² doit être déclarée.

⁷⁴ Cf. document publié par l'OFSP « Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP) – Modifications au 1^{er} janvier 2009 – Commentaire et explications ».

⁷⁵ Art. 23 LAMal.

⁷⁶ Art. 10, al. 5 OCP.

⁷⁷ Art. 8, al. 1 OCP.

⁷⁸ Art. 39, al. 1, let. e LAMal.

⁷⁹ Office fédéral de la santé publique : « Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP) – Modifications au 1er janvier 2009 – Commentaire et explications ».

⁸⁰ Art. 8, al. 2 OCP.

⁸¹ Art. 10a, al. 1, let. b OCP.

⁸² Office fédéral de la santé publique : « Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP) – Modifications au 1er janvier 2009 – Commentaire et explications ».

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

De plus, ce tableau affiche le **taux d'intérêt calculatoire prescrit par la loi**⁸³ (cf. chapitre 5.1.2).

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

Biens immobiliers

- **Terrains bâtis et non bâtis**⁸⁴
- **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 informatique

- **Matériel**
- **Logiciels**

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 incendie⁸⁵.
- **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.⁸⁶
- **Taux d'intérêt calculatoire** en Fr.⁸⁷
- **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.⁸⁸

⁸³ Art. 10a, al. 1, let. h OCP.

⁸⁴ 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.

⁸⁵ Art. 10a, al. 2 OCP.

⁸⁶ 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.

⁸⁷ 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.

⁸⁸ Exception faite de la catégorie « Terrain bâti et non bâti » : ici, le taux d'intérêt calculatoire correspond aux charges d'utilisation des investissements.

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

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 parties⁸⁹.

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 des 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.⁹⁰ 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. 22a al. 3 LAMal et dans l'OCP. Les déclarations de la statistique administrative des hôpitaux doivent toutes satisfaire aux exigences de l'OCP.

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

L'OFS utilise les formules⁹¹ suivantes pour ses propres calculs⁹² :

- **Valeur comptable au début de l'année** = [Valeur d'achat en Fr.] – ([Durée d'exploitation en années⁹³] * [amortissements annuels en Fr.])
- **Valeur comptable à la fin de l'année** = [Valeur d'achat en Fr.] – (((Durée d'exploitation en années)+1) * [Amortissements annuels en Fr.])
- **Amortissement annuel en Fr.** = [Valeur d'achat en Fr.] / [Durée prévue d'utilisation]
- **Taux d'intérêt calculatoire en Fr.** = ([Valeur d'achat] / 2) * [Taux d'intérêt calculatoire légal]⁹⁴
- **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 plus⁹⁵.

⁸⁹ 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.

⁹⁰ L'art. 23 LAMal, la loi fédérale sur la statistique et l'ordonnance sur les relevés statistiques déterminent avec précision les buts d'utilisation.

⁹¹ 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.

⁹² La méthode de calcul utilisée par l'OFS ne déploie aucun effet contraignant à l'égard de l'autodéclaration des établissements pour l'utilisation administrative de leurs données.

⁹³ Nombre d'années d'exploitation = [Année de relevé] – [Année d'achat].

⁹⁴ 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]

⁹⁵ Art. 10, al. 5 et art. 8 OCP.

5.5 Prestations et prise en charge

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

Le questionnaire électronique propose un chapitre par type d'activité. Les contenus sont tous identiques. Le programme fait alors la somme de toutes les informations importantes dans le chapitre « Total », sans offrir la possibilité de les modifier directement.

Les données qui, selon le centre de prestation médical, feraient partie d'un type d'activité (cf. chapitre 1.1.1 et annexe II) qui n'a pas été attribué à l'établissement en raison par exemple de son faible volume, doivent être calculées avec le type d'activité qui comprend la majorité des journées d'hospitalisation.

5.5.1 Traitements hospitaliers

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

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

Comme la statistique médicale comprend les informations concernant les traitements médicaux des patients, la statistique administrative des hôpitaux ne relève que les données concernant les séjours hospitaliers souhaitées par les utilisateurs et les utilisatrices.

Concrètement, les questions portent sur les **journées d'hospitalisation** et les **sorties**. Les valeurs correspondant aux **nouveau-nés sains** doivent être déclarées à part. Ces valeurs incluent néanmoins l'ensemble des nouveau-nés auxquels la statistique médicale attribue un code de la catégorie Z38.- « Nouveau-nés vivants selon le lieu de naissance » pour le diagnostic principal, sans indiquer de code de diagnostic supplémentaire⁹⁶.

La définition des variables correspond à celle de la statistique médicale et de SwissDRG :⁹⁷

- **Journées d'hospitalisation** : le jour de l'admission⁹⁸ et tous les jours du séjour en établissement sans les jours de sortie et de transfert sont considérés comme des journées de soins ou d'hospitalisation. Les jours de congé complets⁹⁹ ne compte pas comme journée d'hospitalisation.
Les journées de soins concernant des cas administratifs dont les dossiers n'ont pas été clôturés au 31 décembre font partie de ces variables.
- **Sorties** : il s'agit de la somme de tous les cas administratifs qui ont été clôturés entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre.

⁹⁶ Cette définition a valeur de recommandation pour la statistique administrative des hôpitaux. Dans d'autres analyses statistiques, il peut être judicieux d'admettre des codes supplémentaires.

⁹⁷ La méthode de calcul prescrite par SwissDRG doit être appliquée à tous les types d'activité.

⁹⁸ Lorsqu'un transfert dans un autre hôpital a lieu le jour de l'admission, ce jour est considéré comme Jour 1.

⁹⁹ Lorsque durant son séjour, un patient quitte l'hôpital ou la maison de naissance pour plus de 24 heures, il s'agit d'un congé administratif. Pour chaque cas, on indiquera la somme des heures de tous les congés.

5.5.2 Lits

Le nombre de lits représentait jusqu'à présent l'instrument clé de la planification hospitalière. L'introduction des forfaits par cas ne manquera pas de modifier la donne. Mais comme il n'est pas possible de prévoir l'entrée en vigueur de cette forme de facturation pour chaque type d'activité de la prise en charge intra-muros, les questions portent essentiellement sur deux variables :

- **les journées-lits d'exploitation** : une journée-lit d'exploitation correspond au jour pendant lequel un lit est à disposition pour l'exploitation. Un lit peut être exploité les 365 jours de l'année. Les jours où le lit n'est pas disponible en raison de vacances de l'établissement, de transformations, etc., doivent être déduits¹⁰⁰.

Font exception :

- a. les lits spéciaux, comme les lits de réveil, les lits réservés aux dialyses, les lits des services des urgences, les lits spécialement prévus pour les traitements ambulatoires, les lits d'isolation, etc.
 - b. les lits prévus pour la protection civile et les hôpitaux de secours.
 - c. les lits pour les nouveau-nés sains et pour les personnes non-malades.
- **les lits planifiés** : il s'agit du nombre de lits prévus dans la planification hospitalière. Cette valeur doit être indiquée uniquement pour les types d'activité auxquels le système de forfaits par cas ne s'applique pas encore.

5.6 Données financières et d'exploitation

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

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

5.6.1 Comptabilité analytique des charges par unités finales d'imputation

Par charges on entend la consommation de valeur et les montants utilisés par l'établissement pour fournir ses prestations. Pour les calculer, les établissements hospitaliers et les maisons de naissance doivent, conformément aux bases légales, tenir une comptabilité analytique dans laquelle les coûts sont justifiés de manière appropriée selon le lieu où la prestation est fournie et par rapport à la prestation¹⁰¹. En outre, ils doivent distinguer¹⁰² les prestations et leurs coûts selon le type de traitement (**hospitalier, ambulatoire, de longue durée**)¹⁰³.

La comptabilité analytique des charges par unités finales d'imputation distingue les prestations liées aux cas (**cas administratifs**) de celles qui ne le sont pas (**mandats**). Le critère réside dans la question de savoir si la prestation qui a généré les coûts a été fournie à un patient de l'établissement

¹⁰⁰ Exemple de calcul : 3 lits * 365 journées – 1 mois de fermeture de l'établissement = 1005 journées-lits d'exploitation.

¹⁰¹ Art. 9, al. 1, OCP et art. 22a, al. 1 LAMal.

¹⁰² Rémunération selon l'art. 50 LAMal.

¹⁰³ Art. 2, al. 1 OCP.

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

(autrement dit à un cas administratif) ou si elle a été fournie sur mandat d'un tiers (par ex. un autre hôpital, un médecin de famille, un visiteur ou un membre du personnel).

5.6.1.1 Cas administratifs

L'ensemble des prestations fournies à un patient au cours de son traitement sera comptabilisé au moment de la clôture du cas administratif. De ce fait, certains coûts pourront aussi apparaître l'année civile qui suit l'année au cours de laquelle ils ont été générés. Un patient peut générer plusieurs cas administratifs.

Les coûts directement imputables à un cas administratif sont nommés coûts directs. En revanche, s'il n'y a pas de lien direct entre ce type de coûts et l'unité finale d'imputation, ou lorsque le traitement de chaque cas entraînerait une charge de travail excessive, ces coûts qu'on appelle indirects doivent être imputés par un biais indirect (il s'agit de « faux » frais généraux).

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

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

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

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

¹⁰⁴ Art. 22a LAMal.

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

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

¹⁰⁷ Exemple de calcul: si 100 patients hospitalisés qui ne bénéficient que de l'assurance de base occasionnent des coûts pour un montant de 50'000 francs, imputés au compte 400, le coût moyen par patient s'élève à 500 francs en moyenne. Si 15 patients hospitalisés sont assurés en complémentaire, on imputera au compte 400 7'500 francs (500 x 15) dans la colonne "Patients assurés en complémentaires – coûts à la charge de l'OAS".

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

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

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

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

Les coûts sont présentés sur la base des définitions REKOLE® 2008 des catégories de coûts et des numéros de centres de charges :

Coûts directs

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

Coûts indirects

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

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

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

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

5.6.1.2 Mandats

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

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

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

¹¹⁰ Art. 7, al. 1 OCP.

¹¹¹ Art. 7, al. 2 OCP.

5.6.2 Comptabilité analytique des revenus par unités finales d'imputation

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

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

Concrètement, les questions portent sur les informations suivantes :

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

Le compte 62 est subdivisé en trois sous-catégories : prestations techniques TARMED¹¹³, physiothérapie et laboratoires, pour mettre en évidence les informations concernant les trois principaux domaines des tarifs ambulatoires nationaux. Cependant, comme on ne saisit ici que les revenus facturés, qui peuvent s'écarter des revenus effectivement générés, il n'est pas toujours possible de les comparer directement avec les coûts correspondants de la comptabilité analytique des charges. Les revenus des mêmes sous-catégories de prestations fournies dans le domaine hospitalier seront indiqués au compte 60.

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

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

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

5.7 Statistiques des hôpitaux 1997 et 2010 : comparaison entre les variables

Relevés à partir de 2010	Relevés 1997 – 2009	Commentaire
<p>1. Données générales 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 <p>Remarques à l'intention du canton ou de l'OFS</p>	<p>0. Données générales / 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>Avec adresse, numéro REE, code NOGA, langue, numéro de commune, etc.</p> <p>Harmonisation avec les standards de l'OCDE</p>
<p>2. Données générales 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>1. Offre de prestations</p> <ul style="list-style-type: none"> - Médecins privés - Service d'infrastructure - Prestations médicales - Prestations médico-techniques et thérapeutiques 	<p>Journées d'hospitalisation et sorties</p> <p>Médecins, sages-femmes et autres</p> <p>Données de la statistique médicale Suppression des catégories de formation continue FMH Données de la statistique médicale</p>
<p>3. Données générales personnel</p> <p>Relevé individuel</p> <ul style="list-style-type: none"> - Numéro d'ordre et numéro d'identification anonyme - Année de naissance - Sexe - Fonction - Taux d'occupation 	<p>2. Emploi</p> <p>Enregistrements individuels</p> <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 	<p>Remplacement de la formation par la fonction exercée</p> <p>Nombre d'heures de travail rémunérées, EPT, sous contrat</p>

Statistique des hôpitaux : Conception détaillée

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

Tableau 1: Comparaison des variables de la statistique des hôpitaux

Bibliographie

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

Liste des abréviations

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

Annexes

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