

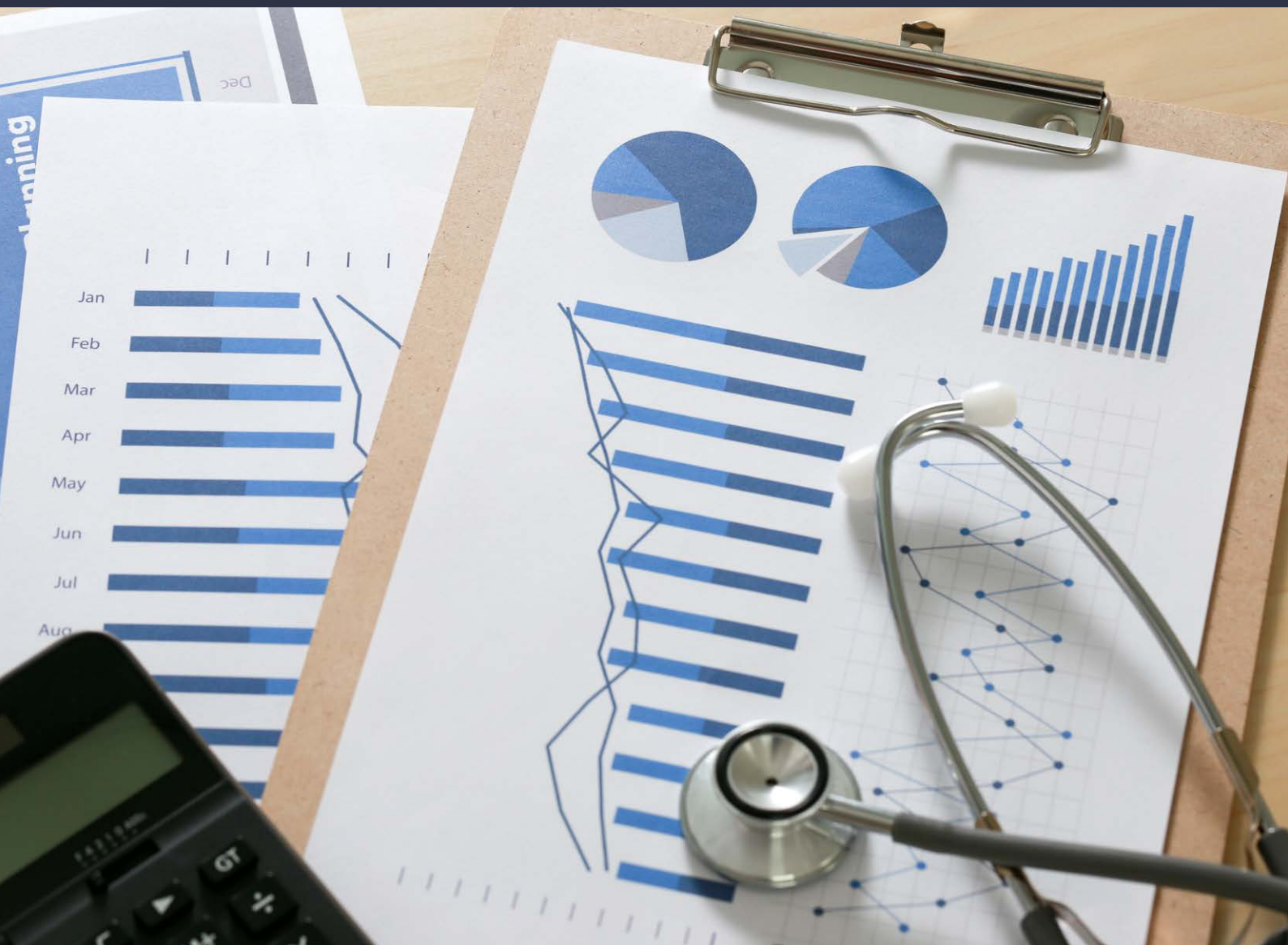


Statistiken zur Krankenversicherung
Statistiques de l'assurance-maladie
Statistiche sull'assicurazione malattia

Kennzahlen der Schweizer Spitäler Chiffres-clés des hôpitaux suisses Cifre chiave degli ospedali svizzeri

2021

3/2023



Impressum

© Herausgeber / éditeur / editore:
Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Office fédéral de la santé publique (OFSP)
Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP)

Publikationszeitpunkt / date de publication / data di pubblicazione: 03. 2023

Auszugsweiser Abdruck unter Quellenangabe gestattet.
Reproduction partielle autorisée avec mention de la source.
La riproduzione di estratti è autorizzata con citazione della fonte.

Redaktion / rédaction / redazione:
Pinky Girardin (BAG/OFSP/UFSP), Berne

Mitarbeit / collaboration / collaborazione:
Theres Hauser (BAG/OFSP/UFSP)
Menoud Lorraine (BFS/OFS/UST),
Marc Bachmann (BFS/OFS/UST),

Auskünfte / complément d'information / informazioni:
OFSP, Section Gestion de données et Statistique, 3003 Berne
Pinky Girardin, KUV-DMS@bag.admin.ch

ISSN 1664-7270

Statistiken zur Krankenversicherung
Statistiques de l'assurance-maladie
Statistiche sull'assicurazione malattia

Kennzahlen der Schweizer Spitäler Chiffres-clés des hôpitaux suisses Cifre chiave degli ospedali svizzeri

2021

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Tarife und Grundlagen
Sektion Datenmanagement und Statistik

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

Ufficio federale della sanità pubblica
Divisione Tariffe e basi
Sezione gestione dei dati e statistica

Publikation / publication / pubblicazione: 03.2023

Abkürzungen / Abréviations / Abbreviazioni

AMal	Assurance-maladie Assicurazione malattie
AP-DRG	All Patient Diagnosis Related Groups (groupes homogènes de malades)
AOS	Assurance obligatoire des soins
AOMS	Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie
BAG	Bundesamt für Gesundheit, Bern
BFS	Bundesamt für Statistik, Neuenburg
BGs	Berufe im Gesundheitssektor Professionnels de la santé Professioni nel settore sanitario
CC	Gamma Camera (inkl. Szintigraphie und SPECT-Scanner) Caméra gamma (incluant la scintigraphie et le scanner SPECT) Gamma camera (inclusi scintigrafia e SPECT)
CMI	Casemix Index Indice de casemix
CT	Computertomograph Tomographie computerisée Tomografia computerizzata
DMI	DMI Day Mix Index
EMS	Etablissement médico-social
EPT	Equivalents plein temps
ETP	Equivalenti a tempo pieno
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte Fédération des médecins suisses Federazione dei medici svizzeri
H+	Die Spitäler der Schweiz Les Hôpitaux de Suisse Gli ospedali svizzeri
IPS	Intensivpflegestation Unité de soins intensifs Reparto di cure intense
KS	Krankenhausstatistik Statistique des hôpitaux Statistica ospedaliera
KV	Krankenversicherung
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie Legge federale sull'assicurazione malattie
LB	Linearbeschleuniger (Radiotherapie) Accélérateur linéaire (radiothérapie) Acceleratore lineare (radioterapia)
LITO	Lithotriptor Lithotripteur Litotritore
MRI	Magnetresonanztomograph Tomographie par résonance magnétique nucléaire Tomografo a risonanza magnetica
MS	Medizinische Statistik der Krankenhäuser Statistique médicale des hôpitaux Statistica medica degli stabilimenti ospedalieri
MSt	Medizinstudenten Etudiants en médecine

	Studenti di medicina
NF	Notfallaufnahme Service d'urgence Servizio di pronto soccorso
OAMal	Ordonnance sur l'assurance-maladie Ordinanza sull'assicurazione malattie
OFS	Office fédéral de la statistique, Neuchâtel
OFSP	Office fédéral de la santé publique, Berne
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PET	Positronen-Emissions-Tomograph Tomographie par émission de positrons Tomografo a emissione di positroni
UFSP	Ufficio federale della sanità pubblica, Berna
UST	Ufficio federale di statistica, Neuchâtel
VZÄ	Vollzeitäquivalent

Verwendete Zeichen, wenn keine Zahlenangabe erfolgt

- ... Zahl unbekannt, weil (noch) nicht erhoben oder (noch) nicht berechnet
- * entfällt, weil trivial oder Begriffe nicht anwendbar (Ausnahme für die Kosten aus universitärer Lehre und Forschung: Zahl unbekannt, weil [noch] nicht erhoben)
- wird bei gerundeten Zahlen verwendet und steht hier für den Wert absolut null

Signes utilisés en l'absence de chiffres

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

Simboli utilizzati in assenza di cifre

- ... dato non noto (non [ancora] rilevato o non [ancora] calcolato)
- * dato omissso perché evidente o non pertinente (eccezione per i costi derivanti dall'insegnamento universitario e la ricerca: dato non noto (non [ancora] rilevato))
- utilizzato per le cifre arrotondate con valore di zero assoluto

Männliche Form

Alle Personenbezeichnungen gelten für beide Geschlechter; aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird nicht überall sowohl die männliche als auch die weibliche Form verwendet.

Genre

Le masculin générique est utilisé pour désigner les deux sexes afin de faciliter la lecture du document.

Forma maschile

Tutte le denominazioni personali si riferiscono ad entrambi i sessi; per questioni di leggibilità non vengono utilizzate ovunque sia la forma maschile che quella femminile.

Inhalt / Sommaire / Sommario

1	Einleitung Introduction Introduzione	1 21 41
2	Inhalt der Erhebungen und Bemerkungen zur Publikation Contenu des enquêtes et remarques sur la publication Contenuto delle rilevazioni e osservazioni sulla pubblicazione	2 - 4 22 - 24 42 - 44
3	Der stationäre Bereich im Überblick Aperçu général du secteur hospitalier Il settore stazionario in breve	5 - 11 25 - 31 45 - 51
4	Beschreibung der dargestellten Kennzahlen Description des chiffres-clés répertoriés Descrizione delle cifre chiave	12 - 20 32 - 40 52 - 60
5	Bemerkungen / Remarques / Osservazioni Bemerkungen und Kommentare der Spitäler Remarques et commentaires des hôpitaux Osservazioni e commenti degli ospedali	61 - 64
6	Tabellenteil / Tableaux / Tabelle Kennzahlen der Schweizer Spitäler Chiffres-clés des hôpitaux suisses Cifre chiave degli ospedali svizzeri	65 - 628
7	Index / Index / Indice Spitäler nach Kanton Hôpitaux par canton Ospedali per Cantone	629 - 638
8	Index / Index / Indice Spitäler nach Betriebstyp Hôpitaux par type d'établissement Ospedali per tipologia	639 - 648

1 Einleitung

In der siebzehnten Ausgabe der vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) herausgegebenen «Kennzahlen der Schweizer Spitäler» werden Informationen über 276 Betriebe veröffentlicht. Die Angaben basieren auf den Daten der Krankenhausstatistik (KS) und der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS) des Bundesamtes für Statistik (BFS) aus dem Jahr 2021 und geben einen Überblick über Struktur, Patienten, Leistungen, Angebot, Personal und finanzielle Situation sowie den mittleren Schweregrad der Hospitalisierungen. 274 Betriebe hatten für das Jahr 2021 ihre KS-Daten via designierte kantonale Stellen an das BFS übermittelt, das heisst 259 Spitäler und 15 Geburtshäuser. Zwei Einrichtungen übermittelten keine Daten für die KS, sondern nur für die MS, und zwei weitere Einrichtungen übermittelten keine Daten für die MS, sondern nur für die KS.

Artikel 59a des Krankenversicherungsgesetzes (KVG), vorher Artikel 22a KVG, stellt in Verbindung mit Art. 31 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) die gesetzliche Grundlage dieser Publikation dar.

Die Bemerkungen zu den Kennzahlen und speziellen Gegebenheiten des Betriebs sind im Kapitel «Bemerkungen» zu finden.

2 Inhalt der Erhebungen und Bemerkungen zur Publikation

Daten

Der Fragebogen der Krankenhausstatistik (KS) umfasst Angaben zu Leistungsangebot, Ausstattung, erbrachten Leistungen und Beschäftigung sowie finanzielle Angaben aus der Betriebsrechnung. Diese Zahlen bilden die Grundlage für die Kennzahlen der Schweizer Spitäler. Involviert sind dabei die Spitäler selbst, die Kantone, das BFS und das BAG.

Neben der Krankenhausstatistik erhebt das BFS im stationären Sektor komplementäre Statistiken. Seit der Ausgabe 2010 werden einige Kennzahlen basierend auf den Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS) ermittelt.

Spitaltypologie zur Bildung von Vergleichsgruppen

Im Rahmen der Standardauswertungen der Spital- und Heimstatistiken wurde vom BFS eine Typologie der Betriebe entwickelt, die sich hauptsächlich am Tätigkeitsbereich (Anzahl Fachabteilungen) und an den geleisteten Pflorgetagen je Fachabteilung orientiert. Die Tätigkeit der Fachabteilung in der Weiterbildung (sogenannte FMH-Weiterbildungskategorien) ist ein weiterer Aspekt, der zu berücksichtigen ist. Die Betriebe werden in «Allgemeinspitäler» und «Spezialkliniken» eingeteilt.

Die allgemeinen Krankenhäuser werden weiter in «Betriebe der Zentrumsversorgung» und «Betriebe der Grundversorgung» unterteilt. Zur Zentrumsversorgung zählten 2021 die fünf Universitätsspitäler (Versorgungsniveau 1) sowie 39 andere grosse Betriebe, in der Regel Kantonsspitäler (Versorgungsniveau 2). Die allgemeinen Krankenhäuser der Grundversorgung werden zur Hauptsache entsprechend den Fallzahlen in drei Versorgungsstufen aufgegliedert (Versorgungsniveau 3, 4 und 5). Zu den Spezialkliniken gehören Rehabilitationskliniken, psychiatrische Kliniken sowie andere Spezialkliniken. Letztere werden ihrer Spezialisierung gemäss aufgeteilt.¹ Die integrierten Geburtshäuser gehören zu den Spezialkliniken für Gynäkologie/Neonatalogie.

Als Akutspitäler gelten sämtliche allgemeinen Krankenhäuser sowie die Spezialkliniken für Chirurgie, Gynäkologie/Neonatalogie und Pädiatrie. Nicht zu den Akutspitalern gezählt werden die Spitäler, die sich auf Psychiatrie, Suchtmittelbehandlung, Rehabilitation, Geriatrie und Palliativbehandlungen spezialisiert haben.

Der Vorteil dieser Einteilung in Spitaltypen ist die Möglichkeit, gesamtschweizerische Vergleichsgruppen zu bilden (Tabelle 1). So werden die Vergleichswerte in den Spalten «Median» und «Verteilung» im Tabellenteil jeweils innerhalb der betreffenden Gruppe ermittelt. Zwischen Betrieben der gleichen Gruppe können

jedoch wesentliche Unterschiede in der Organisation, beim Versorgungsauftrag, beim Mix der Angebotsstrukturen und bei den betreuten Patienten bestehen, was den direkten Vergleich unter den betroffenen Häusern erschwert. Im Zuge der Restrukturierung von Spitälern durch die Kantone werden statistische Einheiten gebildet, die teilweise mehrere Häuser zusammenfassen (Spitalregionen und -gruppen). Auch in diesen Fällen ist bei Vergleichen innerhalb der Gruppen nach Spitaltyp Vorsicht geboten. Bei Auflösungen und Umgruppierungen entstehen zudem Brüche in den Zeitreihen.

Im Jahr 2021 wurden 83,3 % aller stationären Fälle in den Allgemeinspitälern behandelt, in den Spezialkliniken der Psychiatrie waren es 4,3 %, und in den Rehabilitationskliniken waren es 4,3 % aller Fälle.

Rechtsform der Spitäler

Mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Jahre 2012 ist das Konzept des rechtlich wirtschaftlichen Status eines Betriebes nicht mehr aussagekräftig. Deshalb wird als Angabe zur rechtlich wirtschaftlichen Orientierung der Unternehmen die Rechtsform aus dem Betriebs- und Unternehmensregister (BUR) verwendet.

Die Rechtsformen werden in vier Gruppen zusammengefasst: Die Gruppe «AG/GmbH» mit Aktiengesellschaft, Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH), die Gruppe «Verein/Stiftung» mit Genossenschaft, Verein, Stiftung, die Gruppe «Einzelfirma/Gesellschaft» mit Einzelfirma, Einfache Gesellschaft und die Gruppe «Öffentliches Unternehmen» mit Verwaltung Bund/Kanton/Bezirk/Gemeinde oder anderer öffentlich-rechtlicher Körperschaft, öffentliche Unternehmen Bund/Kanton/Bezirk/Gemeinde oder anderer Körperschaft.

2021 waren 47 der 276 Spitäler öffentliche Unternehmen, in denen 40 % aller stationären Fälle behandelt wurden (Tabelle 1).

Case Mix Index und Day Mix Index

Die in der Publikation «Kennzahlen der Schweizer Spitäler» dargestellten Case Mix Index (CMI) und Day Mix Index (DMI) werden vom BFS aufgrund der verfügbaren Informationen durch Fallgruppierung berechnet. Diese Informationen sind nicht so vollständig und erschöpfend wie die Daten, welche die Spitäler der SwissDRG AG zur Bestimmung der Kostengewichte und Berechnung der CMI oder DMI zur Spitalabrechnung abgeben. Daher

sind die in dieser Publikation dargestellten CMI und DMI ein Indikator für den durchschnittlichen Schweregrad der in einem Spital behandelten Fälle, und in diesem Sinne dient ihr Wert nicht für Tarifverhandlungen.

¹ Die detaillierten Kriterien für die Zuordnung der Betriebe zu den verschiedenen Kategorien sind im Konzept der Krankenhaustypologie des BFS beschrieben. BFS: Krankenhaustypologie, Version 5.2, November 2006

Ab der Ausgabe 2014 der Kennzahlen der Schweizer Spitäler berechnete das BFS die CMI durch Fallgruppierung mit dem 3M-Grouper. Seit der Ausgabe 2018 setzt das BFS den Swiss-DRG-Grouper ein.

Für die Daten 2021 wurde die Abrechnungsversion SwissDRG v10.0/2021 zur Berechnung der CMI verwendet.

Seit der Ausgabe der Daten 2021 berechnet das BFS die durchschnittlichen Kostengewichte CMIb, CMIIn, DMI Psychiatrie und DMI Rehabilitation basierend auf den in der MS erhobenen Informationen über den Tarif für die Abrechnung. Daher werden die CMI nur noch für Fälle berechnet, die als akutsomatisch erfasst wurden sowie für die Geburtshäuser und die DMI für Fälle, die als Rehabilitation und Psychiatrie erfasst wurden. Nur Fälle mit bekanntem Tarif für die Abrechnung werden bei der Berechnung der durchschnittlichen Kostengewichte berücksichtigt.

Kennzahlen aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser

Um die Vergleichbarkeit der Daten zwischen den Betrieben zu gewährleisten, haben BFS und BAG ab der Ausgabe 2014 gemeinsam entschieden, dass die folgenden Kennzahlen basierend auf den Daten der Medizinischen Statistik (MS) der Krankenhäuser (MS) ermittelt und nicht mehr direkt aus der administrativen Krankenhausstatistik (KS) übernommen werden:

- Anzahl Pflagetage (stationär, ohne Austrittstag) – PtageStatMST
- Austritte während des Jahres (stationär) – AustStatMST
- Anzahl gesunde Neugeborene (stationäre Behandlung) – NeugStatMST
- Anteil Patienten mit Wohnsitz im Ausland (% , stationär) – pPatWAU
- Anteil ausserkantonale Patienten (% , stationär) – pPatWAK
- Anteil Patienten halbprivat oder privat (% , stationär) – pPatLKP
- Anteil Patienten mit obligatorischer KV als Hauptgarant (% , stationär) – pPatHOK
- Casemix Index (CMI) brutto – CMIb
- Casemix Index (CMI) netto – CMIIn
- Day Mix Index (DMI)

Unter anderen Dokumenten, erhalten die Betriebe zur Zeit der Validierung der Kennzahlen der Schweizer Spitäler die Berechnungsmethode des BFS für die drei folgenden Kennzahlen in einem separaten Dokument: Anzahl Pflagetage, Austritte während des Jahres und Anzahl gesunde Neugeborene.

Bei dieser Berechnungsmethode werden inkonsistente Variablen ausgeschlossen (z. B. nicht eingegebenes Eintrittsdatum, kein gültiges Zwischenaustrittsdatum oder Wiedereintrittsdatum), was zu Unterschieden zwischen den vom BFS und den von den Betrieben ermittelten Ergebnissen führt. In der Tat können Importtests der an das BFS gelieferten Daten zum Ausschluss dieser Variablen oder zu ihrer Neukodierung führen. In solchen Situationen können die vom BFS berechneten Kennzahlen (Pflage-tag, Anzahl Austritte, gesunde Neugeborene, CMI, usw.) deutlich von denen der Betriebe abweichen. Die Kantone führen ihrerseits ebenfalls Plausibilisierungen durch. Der von den Kantonen an das BFS gelieferte Datensatz unterscheidet sich also von dem, der von den Institutionen exportiert wird.

Bemerkungen und Kommentare der Spitäler

Im Kapitel «Bemerkungen» können die Betriebe die speziellen Gegebenheiten ihrer Situation beschreiben und kommentieren. Wie bei den vergangenen Ausgaben wurden für die vorliegende Publikation die Kennzahlen den Betrieben zur Überprüfung und Validierung vorgelegt und in gewissen Fällen bestand das Bedürfnis, die Kennzahlen zu kommentieren.

Neuheiten in der Ausgabe der Daten 2021

Seit der Ausgabe der Daten 2021 berechnet das BFS die durchschnittlichen Kostengewichte CMIb, CMIIn, DMI Psychiatrie und DMI Rehabilitation basierend auf den in der MS erhobenen Informationen über den Tarif für die Abrechnung. Daher werden die CMI nur noch für Fälle berechnet, die als akutsomatisch erfasst wurden sowie für die Geburtshäuser und die DMI für Fälle, die als Rehabilitation und Psychiatrie erfasst wurden. Nur Fälle mit bekanntem Tarif für die Abrechnung werden bei der Berechnung der durchschnittlichen Kostengewichte berücksichtigt.

Für die Ausgabe der Daten 2021 sind die DMI für die Psychiatrie und für die Rehabilitation noch nicht verfügbar. Die Werte werden zusammen mit den Kennzahlen 2022 vorgelegt.

Tabelle 1: Spitäler nach Typologie und Rechtsform im Jahr 2021²

Typologie		AG / GmbH	Verein / Stiftung	Einzelfirma / Gesellschaft	Öffentliches Unternehmen	Total
Allgemeinspital, Zentrumsversorgung (Niveau 1, Universitätsspital)	Betriebe	1	–	–	4	5
	Stationäre Fälle	49'579	–	–	181'597	231'176
Allgemeinspital, Zentrumsversorgung (Niveau 2)	Betriebe	19	5	–	15	39
	Stationäre Fälle	349'947	65'174	–	302'894	718'015
Allgemeinspital, Grundversorgung (Niveau 3)	Betriebe	12	2	–	4	18
	Stationäre Fälle	89'159	13'868	–	27'851	130'878
Allgemeinspital, Grundversorgung (Niveau 4)	Betriebe	17	4	–	4	25
	Stationäre Fälle	69'956	14'325	–	18'209	102'490
Allgemeinspital, Grundversorgung (Niveau 5)	Betriebe	7	6	–	4	17
	Stationäre Fälle	10'071	3'303	–	2'196	15'570
Psychiatrische Klinik (Niveau 1)	Betriebe	9	–	–	9	18
	Stationäre Fälle	23'320	–	–	24'003	47'323
Psychiatrische Klinik (Niveau 2)	Betriebe	16	12	–	3	31
	Stationäre Fälle	7'932	3'384	–	3'410	14'726
Rehabilitationsklinik	Betriebe	38	11	–	2	51
	Stationäre Fälle	40'414	18'460	–	2'952	61'826
Spezialklinik: Chirurgie	Betriebe	31	3	–	–	34
	Stationäre Fälle	50'490	21'614	–	–	72'104
Spezialklinik: Gynäkologie / Neonatologie	Betriebe	11	3	1	–	15
	Stationäre Fälle	5'214	1'126	85	–	6'425
Spezialklinik: Pädiatrie	Betriebe	–	2	–	1	3
	Stationäre Fälle	–	12'947	–	5'385	18'332
Spezialklinik: Geriatrie	Betriebe	1	1	–	1	3
	Stationäre Fälle	1'636	2'016	–	5'562	9'214
Spezialklinik: Diverse	Betriebe	11	5	1	–	17
	Stationäre Fälle	7'870	1'598	68	–	9'536
Total	Betriebe	173	54	2	47	276
	Stationäre Fälle	705'588	157'815	153	574'059	1'437'615

² Stationäre Fälle: Anzahl Austritte während des Jahres basierend auf der Medizinischen Statistik (Kennzahl AustStatMST aggregiert nach Typologie und Rechtsform)

3 Der stationäre Bereich im Überblick

Kosten des stationären Bereichs

Die Versorgung durch die Krankenhäuser trug im Jahr 2020 mit einem Anteil von 37,1 % resp. mit 30,9 Mia. Franken zu den Kosten im Gesundheitswesen bei.³

Der Personalaufwand ist der grösste Aufwandsposten der Spitäler. Durchschnittlich 62 % des Betriebsaufwandes entfielen 2021 auf die Personalkosten, während die Investitionskosten im Mittel 8,3 % des Betriebsaufwandes ausmachten. Durchschnittlich 84 % aller Erträge wurden mit medizinischen Leistungen und Pflege erwirtschaftet. 83,4 % des Erlöses stammte im Mittel aus der Akutpflege, 9,8 % aus der Psychiatrie und 6,7 % aus der Rehabilitation.

Betriebe, Betten und Fälle

1997, ein Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes über die obligatorische Krankenversicherung, zählte die Krankenhausstatistik 406 Betriebe. Seitdem sinkt die Zahl der Betriebe stetig. Es im Jahr 2021 noch 261 Spitäler und 15 Geburtshäuser, das heisst 276 Betriebe. Obwohl diese Zahl gleich hoch ist wie im Vorjahr, ist zu beachten, dass zwei Betriebe geschlossen und zwei

weitere eröffnet wurden (Tabelle 3). Die zwischen 2020 und 2021 beobachteten Mutationen sind in Tabelle 2 dargestellt. Wie aus Tabelle 4 hervorgeht, nahm die Anzahl Betten im Vergleich zu 2015 um 0,3 % ab (Allgemeinspitäler und Spezialkliniken zusammen betrachtet).

In den Schweizer Spitälern wurden im Jahr 2021 rund 1,4 Mio. Patienten stationär behandelt. Die Anzahl der stationären Fälle nahm im Vergleich zum Vorjahr um 5,0 % zu (Tabelle 5).

Personal

Im Jahr 2021 erhöhte sich in den Schweizer Spitälern die Anzahl Beschäftigte in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) im Vergleich zum Vorjahr um rund 1,9 % auf 177 882 Personen (Tabelle 6). 40 % der VZÄ entfielen auf Pflegepersonal im Pflegebereich, 14 % auf Personal in anderen medizinischen Fachbereichen und 15 % auf Ärzte. Von den Ärzten waren im 2021 6 % in Weiterbildung. Die Angaben zum Personal beziehen sich auf das gesamte Personal, ohne Aufschlüsselung nach dessen Einsatzfeld im ambulanten Bereich, in Lehre und Forschung, in Unterricht oder Weiterbildung oder für sonstige öffentliche Aufgaben.

Tabelle 2: Mutationen 2020 – 2021

Institutionen	Mutationen 2020 / 2021
Paracelsus-Spital Richterswil AG	Im Herbst 2020 geschlossen
Cardiocentro Ticino (CCT)	Übernahme durch EOC
Clinique de Carouge SA	Wurde vom Gesamtdatensatz entfernt, da keines stationäres Angebot mehr
Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden	Nur noch ein Fragebogen für die beiden Betriebe Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden, Akutsomatisches und Psychiatrisches Zentrum
Berit Klinik Goldach	Betriebsaufnahme 1.1.2021 vorerst als ambulanter Leistungserbringer und Vertragsspital
Nouvelle Clinique Vert-Pré	Eröffnung Herbst 2021
cereneo International AG Neurorehabilitationsklinik	neuer Betrieb
Vista Augenklinik Pfäffikon	neuer Betrieb

³ BFS: Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungserbringern 1985–2020 (Tabelle T14.05.01.02)

Tabelle 3: Anzahl Krankenhäuser⁴

	2018	2019	2020	2021
AG/GmbH	167	172	168	173
Verein/Stiftung	60	57	55	54
Einzelfirma/Gesellschaft	2	2	2	2
Öffentliches Unternehmen	52	50	51	47
Total	281	281	276	276

Tabelle 4: Bettenzahlen in Allgemein- / Spezialkliniken (stationär, ohne gesunde Neugeborene)⁵

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Allgemeinspitäler	24'719	24'320	24'468	24'226	24'414	23'948	23'930
Spezialkliniken	13'246	13'739	13'795	13'825	13'643	13'663	13'915
Total	37'965	38'058	38'263	38'051	38'057	37'611	37'845

Tabelle 5: Fälle stationär⁵

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Allgemeinspitäler	1'189'132	1'201'816	1'198'499	1'204'632	1'213'698	1'143'267	1'199'526
Spezialkliniken	216'653	240'324	243'899	238'994	233'415	227'983	240'447
Total	1'405'785	1'442'140	1'442'398	1'443'626	1'447'113	1'371'250	1'439'973

Tabelle 6: Beschäftigte in Vollzeitäquivalenten⁵

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Allgemeinspitäler	123'594	125'976	128'415	130'814	134'179	136'922	139'738
Spezialkliniken	34'071	35'969	37'049	37'558	36'749	37'671	38'144
Total	156'945	161'945	164'964	167'873	170'928	174'593	177'882

⁴ Anzahl Betriebe aggregiert nach Typologie und Rechtsform

⁵ BFS: Krankenhäuser 2021: Tabelle T14.04.01.01; zu den Spezialkliniken gehören Psychiatrische Kliniken, Rehabilitationskliniken und andere spezialisierte Betriebe

Patientenklassifikationssystem

Patientenklassifikationssysteme (DRGs) wurden schon Mitte der 1970-er Jahre in den USA entwickelt.⁶ In der Schweiz ist die erste wichtige Arbeit in diesem Bereich 1990 publiziert worden.⁷ Auf Initiative des ISPM in Lausanne und des ISE Suisse (Institut de la santé et de l'économie) wurden in den Jahren ab 1998 die Vorarbeiten geleistet für die Adaptation des amerikanischen AP-DRG Systems für die Schweiz. Dazu gehören die Erhebung der Kosten, die Adaptation des Mechanismus zur Bildung der Patientengruppen an Schweizer Verhältnisse und die Aufstellung von Regeln und Definitionen für die Rechnungstellung nach DRG. Ab dem Jahr 2002 entschlossen sich die Kantone Waadt, Wallis und Zürich als erste, die AP-DRG als Hilfsmittel bei der Abgeltung der Spitalleistungen und für die Berechnung der Subventionen und Globalbudgets einzusetzen.

Das SwissDRG-Fallpauschalensystem («Swiss Diagnosis Related Groups»)⁸ für die Abgeltung der Leistungen im stationären akutsomatischen Bereich wurde schweizweit am 1. Januar 2012 eingeführt. Es stützt sich auf das in Deutschland verwendete Patientenklassifikationssystem G-DRG und regelt einheitlich die Vergütung der stationären Spitalleistungen nach Fallpauschalen gemäss der letzten Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG). Das SwissDRG-System wurde zunächst für die stationären Aktivitäten der akutsomatischen Spitäler und Abteilungen eingeführt und später auf die stationären Leistungen der Psychiatrie und Rehabilitation ausgeweitet. Die am 1. Januar 2018 eingeführte Tarifstruktur TARPSY deckt alle stationären Leistungsbereiche der Erwachsenen-, Kinder- und Jugendpsychiatrie ab. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die tarifliche Anwendung ab 1. Januar 2019 verbindlich. Die stationäre Tarifstruktur für die Rehabilitation ST Reha ist seit dem 1. Januar 2022 in Kraft.

Im SwissDRG-System wird jeder behandelte Fall mittels eines Algorithmus aufgrund der Diagnosen und Behandlungen einer spezifischen Gruppe namens *Diagnosis Related Groups* (DRG) zugeordnet. Als zusätzliche Merkmale werden Alter, Geschlecht und Aufenthaltsmerkmale berücksichtigt. Dabei werden Fallgruppen gebildet, deren Spitalaufenthalte aus medizinischer Sicht und auch hinsichtlich der verursachten Kosten vergleich-

bar sind. Die Tarifstrukturen TARPSY und ST Reha funktionieren nach denselben Prinzipien. Im Bereich der Psychiatrie werden die Fallgruppen als *Psychiatric Cost Groups* (PCG) bezeichnet und im Bereich der Rehabilitation nennt man sie *Rehabilitation Cost Groups* (RCG). Im Gegensatz zum SwissDRG-System wird bei TARPSY und ST Reha die Aufenthaltsdauer des Patienten berücksichtigt.

Vom System ausgenommen sind die in Pflegeheimen oder durch einen Spitex-Dienst erbrachten Dienstleistungen sowie Patienten, die am Ende eines Spitalaufenthalts im Spital auf eine Pflegeheimplatzierung oder auf die Spitexbetreuung zu Hause warten.

Case Mix Index (CMI) und Day Mix Index (DMI)

Der Case Mix Index (CMI) im SwissDRG-System und der Day Mix Index (DMI) in den Tarifstrukturen TARPSY und ST Reha entsprechen dem mittleren Schweregrad der Behandlungsfälle eines Spitals. Sie sind eine wichtige synthetische Messgrösse bei der Darstellung der schweregradbereinigten Fallbehandlungskosten.⁹

Im SwissDRG-System werden den einzelnen Fallgruppen entsprechend der Schwere ihrer Behandlungsfälle abgestufte Kostengewichte («cost-weight») zugewiesen während in den Tarifstrukturen TARPSY und ST werden den einzelnen Fallgruppen entsprechend der Aufenthaltsdauer mehrere abgestufte Tageskostengewichte («cost-weight pro Tag») zugewiesen.

Im SwissDRG-System ist der CMI eines Spitals die Summe der Kostengewichte der abgerechneten Behandlungsfälle des Spitals geteilt durch die Anzahl Fälle:

$$CMI = \frac{\text{Summe der Kostengewichte der Fälle}}{\text{Anzahl Fälle}}$$

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

Mit

i = Fall i; CW: cost-weight; n: Gesamtzahl Fälle im Spital

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

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

8 www.swissdr.org

9 Schweregrade nach Spitaltyp wurden dargestellt in BFS Aktuell: Spitalaufenthalte im Überblick. Ergebnisse aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser 2005, 532-0705-05, März 2007, Neuchâtel

Fälle, deren Aufenthaltsdauer ausserhalb der erwarteten Grenzen liegen werden als «Outliers» (Ausreisser) bezeichnet. Die Gewichtung der Ausreisser bei der Berechnung des CMI führt zur Unterscheidung zwischen dem CMI brutto und dem CMI netto.¹⁰ Der CMI brutto entspricht dem durchschnittlichen Kostengewicht der im Spital behandelten Fälle ohne spezielle Gewichtung solcher Ausreisser. Für die Berechnung des CMI netto werden die unteren und oberen Ausreisser gesondert berücksichtigt, indem für jeden dieser Fälle anhand der effektiven Aufenthaltsdauer ein gewichtetes Kostengewicht bestimmt wird.

In den Tarifstrukturen TARPSY und ST Reha ist der DMI eines Spitals die Summe der Kostengewichte der abgerechneten Behandlungsfälle des Spitals geteilt durch die Summe der Aufenthaltsdauer dieser Fälle. Die Kostengewichte ergibt sich aus der Multiplikation des Tageskostengewichte mit der Aufenthaltsdauer:

$$DMI = \frac{\text{Summe der Kostengewichte der Fälle}}{\text{Summe der Aufenthaltsdauer}}$$

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

Mit

i = Fall i; CWT: Tageskostengewichte (cost-weight pro Tag);

D: Aufenthaltsdauer

¹⁰ Weitergehende Beschreibungen des CMI brutto sowie des CMI netto sind in folgender BFS-Publikation zu finden: BFS: Der Case Mix Index – ein Mass für den durchschnittlichen Schweregrad der Krankenhausfälle, StatSanté 3/2004

Übersicht Schweiz

Die Tabellen 7A und 7B stellen die Kennzahlen im Überblick für die Gesamtheit der Schweizer Spitäler dar.

Tabelle 7A: Kennzahlen Übersicht ganze Schweiz – Angaben allgemein

	2020	2021
Leistungen und Behandlungen		
Anzahl ambulante Konsultationen	19'720'821	23'153'357
Anzahl Pflage tage (stationär, ohne Austrittstag)	11'053'801	11'449'686
Austritte während des Jahres (stationär)	1'363'421	1'437'669
Anzahl gesunde Neugeborene (stationäre Behandlung)	77'105	80'836
Anzahl Operationssäle	1'020	1'035
Anzahl Gebärsäle	352	348
Anteil Patienten mit Wohnsitz im Ausland (stationär)	2,2%	2,2%
Anteil ausserkantonale Patienten (stationär)	18,5%	18,9%
Anteil Patienten halbprivat oder privat (stationär)	20,9%	20,4%
Anteil Patienten mit obligatorischer KV als Hauptgarant (stationär)	92,2%	92,4%
Langzeitbehandlungen		
Anzahl Pflage tage	398'501	273'985
Austritte	10'565	8'250
Gesamtkosten der Langzeitbehandlungen, in 1000 Fr.	236'400	180'634
Medizinisch-technische Infrastruktur, Anzahl Untersuchungen pro Gerät		
MRI, ambulant	2'638	2'975
MRI, stationär	434	463
CT, ambulant	2'884	3'205
CT, stationär	1'792	1'968
Angiographie, ambulant	394	380
Angiographie, stationär	498	488
Dialyse, ambulant	311	308
Dialyse, stationär	28	26
Personal		
Ärzte	25'542	26'165
– davon Ärzte in Weiterbildung	11'164	11'559
Pflegepersonal	70'442	71'575
Übriges medizinisches Personal	24'499	25'197
Gesamtes Personal	173'923	177'882
Belegärzte (Stunden)	2'416'584	2'218'168
Übriges Belegpersonal (Stunden)	848'175	872'967
Finanz- und Betriebsdaten, in 1000 Fr.		
Personalaufwand	20'028'482	20'700'391
Investitionsaufwand	2'687'853	2'762'266
Übriger Betriebsaufwand	9'097'890	9'640'744
Total Aufwand	32'010'564	33'293'550
Ertrag aus medizinischen Leistungen und Pflege	26'190'139	27'916'570
Übriger Ertrag	2'187'362	2'332'940
Beiträge, Subventionen, Defizitdeckung	3'272'003	3'319'183
– davon Total Defizitdeckung (Reserven und priv. Rechsträger, öff. Hand)	396'186	196'654
Jahresergebnis	-548'831	74'716

Tabelle 7B: Kennzahlen Übersicht ganze Schweiz – Angaben nach Aktivitätstyp (A und P)

	Akutbehandlung A		Psychiatrie P	
	2020	2021	2020	2021
Leistungen und Behandlungen				
Anzahl ambulante Konsultationen	16'120'815	19'292'461	2'707'891	2'914'497
Anzahl Pflage tage (stationär, ohne Austrittstag) – Akut	6'330'366	6'536'542	2'577'678	2'671'338
Austritte während des Jahres (stationär) – Akut	1'190'827	1'254'665	76'492	80'394
Betten (stationär)	22'624	22'596	7'924	8'233
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (Tage, stationär)	5,3	5,2	33,7	33,2
Belegungsgrad der Betten (stationär)	74,8%	77,5%	90,10%	90,00%
Casemix Index (CMI) brutto	1,09	1,09	–	–
Casemix Index (CMI) netto	1,11	1,11	–	–
Day Mix Index (DMI)	–	–	–	–
Finanz- und Betriebsdaten, in 1000 Fr.				
Gesamtkosten ambulant	7'831'938	8'289'039	722'686	764'371
– davon Kosten zulasten OKP	6'914'307	7'329'072	679'016	704'943
Gesamtkosten stationär	15'502'449	15'931'263	1'985'601	2'057'175
– davon Kosten zulasten OKP, nur Grundversicherte KVG	10'380'628	10'776'855	1'773'184	1'815'211
– davon Anlagenutzungskosten	769'720	761'166	145'162	148'112
– davon Kosten zulasten OKP, Zusatzversicherte	3'337'954	3'322'769	125'760	135'451
– davon Anlagenutzungskosten	270'489	254'939	13'002	14'287
Kosten Ausbildung	191'329	204'865	15'352	17'138
Kosten Weiterbildung	330'700	360'716	31'218	32'090
Kosten Forschung	603'528	616'289	49'437	58'484
Gesamterlös, einschliesslich fallunabhängige Erlöse	25'239'376	26'803'789	3'008'278	3'143'232
– davon Erlös ambulant OKP	5'929'701	6'544'694	455'641	486'434
– davon Erlös stationär OKP, nur Grundversicherte KVG	9'377'440	9'999'041	1'725'966	1'780'735
– davon Anteil Versicherer	45,80%	45,50%	46,20%	45,60%
– davon Erlös stationär OKP, Zusatzversicherte	3'215'603	3'332'031	143'785	154'475
– davon Anteil Versicherer	56,90%	56,50%	54,20%	52,60%

Tabelle 7B: Kennzahlen Übersicht ganze Schweiz – Angaben nach Aktivitätstyp (R und B)

	Rehabilitation R		Geburtshaus B	
	2020	2021	2020	2021
Leistungen und Behandlungen				
Anzahl ambulante Konsultationen	871'780	922'492	20'335	23'907
Anzahl Pflgetage (stationär, ohne Austrittstag) – Reha / GH	2'113'722	2'208'780	17'623	19'774
Austritte während des Jahres (stationär) – Reha / GH	90'483	96'129	5'619	6'425
Betten (stationär)	6'883	6'965	51	52
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (Tage, stationär)	23,4	23	3,1	3,1
Belegungsgrad der Betten (stationär)	84,30%	88,60%	66,60%	80,50%
Casemix Index (CMI) brutto	–	–	1,09	1,09
Casemix Index (CMI) netto	–	–	1,11	1,11
Day Mix Index (DMI)	–	–	–	–
Finanz und Betriebsdaten, in 1'000 Fr.				
Gesamtkosten ambulant	138'209	137'832	2'843	3'093
– davon Kosten zulasten OKP	97'493	95'409	2'823	2'989
Gesamtkosten stationär	1'857'430	1'916'130	20'407	22'612
– davon Kosten zulasten OKP, nur Grundversicherte KVG	1'265'711	1'319'026	19'939	22'049
– davon Anlagenutzungskosten	118'514	121'776	1'315	1'379
– davon Kosten zulasten OKP, Zusatzversicherte	402'587	411'774	282	376
– davon Anlagenutzungskosten	46'271	45'113	18	22
Kosten Ausbildung	8'876	7'930	–	–
Kosten Weiterbildung	15'201	14'618	–	–
Kosten Forschung	24'843	22'863	–	–
Gesamterlös, einschliesslich fallunabhängige Erlöse	2'137'599	2'168'993	24'421	27'917
– davon Erlös ambulant OKP	70'148	78'105	2'849	3'515
– davon Erlös stationär OKP, nur Grundversicherte KVG	1'065'543	1'145'099	19'159	21'787
– davon Anteil Versicherer	45,80%	46,10%	45,10%	45,10%
– davon Erlös stationär OKP, Zusatzversicherte	403'817	388'735	311	414
– davon Anteil Versicherer	56,50%	53,40%	54,20%	55,30%

4 Beschreibung der dargestellten Kennzahlen

Im Tabellenteil sind ausgewählte Kennzahlen der Schweizer Spitäler dargestellt. Die einzelnen Betriebe sind in folgender Reihenfolge geordnet aufgeführt: Alphabetisch nach Kanton, nach Spitaltyp und absteigend nach der Anzahl Pflge tage, die im Jahr 2021 erbracht wurden. Bei den *Angaben Betrieb* sind neben Name und Adresse des Betriebs sowie dem Kanton, unter dessen Verwaltungshoheit er steht, auch der Spitaltyp, der Aktivitätstyp und die Leistungsart sowie Hinweise zur Ausstattung der Institution und zum Weiterbildungsauftrag aufgeführt.

Die Kennzahlen der Schweizer Spitäler werden basierend auf den Daten der Krankenhausstatistik (KS) und der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS) ermittelt, die vom BFS bei den stationären Betrieben erhoben werden. Diese Daten wer-

den dem BAG jedes Jahr vom BFS zur Verfügung gestellt. Die Kennzahlen basieren auf statistischen Daten für das Berichtsjahr und das Vorjahr. In der vorliegenden Ausgabe wurden also die Daten 2020 und 2021 berücksichtigt. Bei Betrieben mit Mutationen wie Umstrukturierung oder Fusion (Tabelle 2) sind die Abweichungen in den Zeitreihen mit Vorsicht zu bewerten. Die Spalte «Differenz %» zeigt den prozentualen Unterschied der jeweiligen Kennzahl zwischen den beiden Jahren. Die Auswertungen in den Spalten «Median» und «Verteilung» beziehen sich nur auf das Jahr 2021. Der Median wird für Schweizer Spitäler mit der gleichen Typologie berechnet. So kann der Wert eines Betriebs mit den Angaben einer vergleichbaren Gruppe in Bezug gebracht werden. Der Box-Plot in der Spalte «Verteilung» gibt diesen Bezug zur Vergleichsgruppe anschaulich wieder (Erläuterung in Abbildung 1).

Abbildung 1: Grafik in der Spalte «Verteilung»

Die Box-Plot Darstellung gibt die Zahlen aus dem Jahr 2021 wieder. In der Vergleichsgruppe wurden jeweils die Schweizer Spitäler des gleichen Spitaltyps zusammengefasst.

✱ **Median** (50 % Wert): Dieser Wert trennt die Vergleichsgruppe in zwei Hälften. 50 % der Vergleichsgruppe haben höhere, 50 % niedrigere Werte.

○ **Nullwert:** Falls der dargestellte Wertebereich den Nullpunkt beinhaltet, wird dies mit diesem Kreissymbol angezeigt.

● **Betrieb:** Dieses Symbol stellt die Kennzahl für die auf der jeweiligen Seite beschriebene Institution dar.

▶ **Ausreisser nach oben:** Für die auf der jeweiligen Seite beschriebene Institution liegt die Kennzahl oberhalb des 95 %-Bereichs für die entsprechende Vergleichsgruppe. Dies bedeutet, dass der Wert statistisch auffällig und im Vergleich zu den anderen Spitälern als «klar oberhalb» bezeichnet werden kann.

◀ **Ausreisser nach unten:** Für die auf der jeweiligen Seite beschriebene Institution liegt die Kennzahl unterhalb des 95 %-Bereichs für die entsprechende Vergleichsgruppe. Dies bedeutet, dass der Wert statistisch auffällig und im Vergleich zu den anderen Spitälern als «klar unterhalb» bezeichnet werden kann..

— **50 % Bereich:** Dieser Bereich umfasst 50 % aller Betriebe der Vergleichsgruppe.

— **95 % Bereich:** Dieser Bereich umfasst 95 % aller Betriebe der Vergleichsgruppe.

Nachfolgend werden die dargestellten Kennzahlen detailliert beschrieben. Dabei wird Bezug genommen auf die vom BFS Erhebungen der stationären Betriebe des Gesundheitswesens. «KS A.06.01.05» bedeutet beispielsweise die Variable Nummer A.06.01.05 des Fragebogens der revidierten Krankenhausstatistik (KS) und «MS 0.1.V04» die Variable Nummer 0.1.V04 des Fragebogens der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS). Die Angabe «BFS» bedeutet, dass dieses Merkmal nicht direkt aus einem Fragebogen stammt, sondern vom BFS ermittelt wird.

Durchschnittliche Kostengewichte CMib, CMIn, DMI Psychiatrie und DMI Rehabilitation werden pro Aktivitätstyp ausgewiesen

Seit der Ausgabe der Daten 2021 berechnet das BFS die durchschnittlichen Kostengewichte CMib, CMIn, DMI Psychiatrie und DMI Rehabilitation basierend auf den in der MS erhobenen Informationen über den Tarif für die Abrechnung (4.8.V01). Diese neue Berechnungsmethode ermöglicht es für das erste Mal, diese Kennzahlen unter «Leistungen und Behandlungen pro Aktivitätstyp A/P/R/B» darzustellen.

Nur Fälle mit bekanntem Tarif für die Abrechnung (4.8.V01) werden bei der Berechnung der durchschnittlichen Kostengewichte berücksichtigt. Fälle mit einem Tarif von Null (4.8.V01 = 0) werden also nicht berücksichtigt.

Durchschnittliche Kostengewichte DMI Psychiatrie und DMI Rehabilitation

Für die Ausgabe der Daten 2021 sind die DMI für die Psychiatrie und für die Rehabilitation noch nicht verfügbar. Die Werte werden zusammen mit den Kennzahlen 2022 vorgelegt.

Angaben – Betrieb

Kennzahl	Erläuterung	Quelle/Formel ¹¹
<i>KT</i> Kanton	Kanton, unter dessen administrativer Zugehörigkeit sich das Spital befindet.	KS A.02.10
<i>Inst/Adr/Ort</i> Betrieb und Adresse	Name und Adresse des Betriebs.	KS A.02.01 KS A.02.02 KS A.02.03 KS A.02.04
<i>Typ</i> Spitaltyp, gemäss BFS Spitaltypologie	Spitaltyp gemäss BFS Spitaltypologie. Unterschieden werden Universitätsspitäler, Zentrumsversorger (Kantonsspitäler), Grundversorger und Spezialkliniken (Psychiatrie, Rehabilitation, Chirurgie, Gynäkologie/Neonatologie, Geriatrie, Pädiatrie und diverse). ¹²	KS A.02.08/BFS
<i>LA</i> Leistungsangebot	Leistungsangebot des Betriebs.	«Amb»: KS A.02.15 = 1 «Stat»: KS A.02.16 = 1
<i>RForm</i> Rechtsform	Einteilung entsprechend der Nomenklatur der Rechtsformen des BFS. Die Rechtsformen werden in vier Gruppen zusammengefasst: «AG/GmbH» mit Aktiengesellschaft, Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH), «Verein/Stiftung» mit Genossenschaft, Verein, Stiftung, «Einzelfirma/Gesellschaft» mit Einzelfirma, Einfache Gesellschaft sowie «Öffentliches Unternehmen» mit Institut des öffentlichen Rechts, Verwaltung Bund/Kanton/Bezirk/Gemeinde, Öffentlich-rechtliche Körperschaft Verwaltung, Öffentliche Unternehmen Bund/Kanton/Bezirk/Gemeinde oder einer Körperschaft.	«Einzelfirma/Gesellschaft»: KS A.03 = 1, 2 «AG/GmbH»: KS A.03 = 3 bis 7 «Verein/Stiftung»: KS A.03 = 8 bis 10 «Öffentliches Unternehmen»: KS A.03 = 17, 20 bis 34
<i>Akt</i> Aktivitätstyp	Zuteilung zu Aktivitätstypen gemäss den von den Betrieben erbrachten Leistungen. Spitäler können die Aktivitätstypen «Akutbehandlung» (A), «Psychiatrie» (P) und «Rehabilitation/Geriatrie» (R) aufweisen, von klinischen Institutionen unabhängige Geburtshäuser (B) werden in einem eigenen Aktivitätstyp erfasst.	«A»: KSA.01.01 = 1 «P»: KSA.01.02 = 1 «R»: KSA.01.03 = 1 «B»: KSA.01.04 = 1
<i>SL</i> Spezifische Leistungen	Information, ob das Spital eine anerkannte Notfallaufnahme (NF) oder eine Intensivpflegestation (IPS) unterhält.	«NF»: KSA.06.01.01 = 1 «IPS»: KSA.06.01.05 = 1
<i>WB</i> Aus- und Weiterbildung	Information, ob das Spital Aus- bzw. Weiterbildungsplatz für Medizinstudenten (MSt), Ärzte (Arzt) oder weitere Berufe im Gesundheitssektor (BGs) ist.	«MSt»: KSA.06.01.08 = 1 «Arzt»: KSA.06.01.09 = 1 «BGs»: KSA.06.01.10 = 1
<i>AnzStand</i> Anzahl Standorte	Anzahl der geografischen Niederlassungen, wo ein Mehrstandort-Spitalzentrum als rechtliche Einheit mit zentraler Leitung seine Aktivitäten organisiert.	KSA.11.00
<i>SA</i> Spezialausrüstung	Angabe, ob sich im Spital spezielle Geräte und Infrastruktureinrichtungen befinden. Zu den genannten Geräten gehören: Magnetresonanztomograph (MRI), Computertomograph (CT), Positronen-Emissions-Tomograph (PET), Gammakamera inkl. Szintigraphie und SPECT-Scanner (CC), Linearbeschleuniger (LB) und Lithotriptor (LITO).	«MRI»: KSA.13.001 «CT»: KSA.13.002 «PET»: KSA.13.003 «CC»: KSA.13.004 «LB»: KSA.13.005 «LITO»: KSA.13.006

11 BFS: Krankenhausstatistik Detailkonzept Version 2.1, 2020

12 BFS: Krankenhaustypologie 2006

Allgemeine Angaben – Leistungen und Behandlungen

Kennzahl	Erläuterung	Quelle/Formel
<i>AmbKonsT</i> Anzahl ambulante Konsultationen	Gesamtzahl der ambulanten Konsultationen über alle Aktivitätstypen.	(KS X1.01.05)
<i>PtageStatMST</i> Anzahl Pflagetage (stationär, ohne Austrittstag)	Gesamtzahl der Pflagetage (ohne Langzeitbehandlungen) aller administrativen Fälle, die im Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. Dezember beendet wurden (A Fälle) oder vor dem 1. Januar eröffnet und bis zum 31. Dezember noch nicht geschlossen wurden (C Fälle), ohne Berücksichtigung des Austrittstages und ganzer Urlaubstage, auf maximal 365 Tage pro Fall begrenzt.	Aus MS mit MS 1.3.V01 = 3 (Behandlungsart stationär) AND MS 0.2.V02 = «A» (Austritt innerhalb des Jahres) OR «C» (Eintritt vor dem 1.1. und Austritt nach dem 31.12.) AND MS 4.8.V01 IN c(0, 1, 2, 3, 4, 5, 6) Summe der Aufenthaltsdauer aller Fälle (ohne Austrittstag, ohne ganze Urlaubstage, auf maximal 365 Tage begrenzt)
<i>AustStatMST</i> Austritte während des Jahres (stationär)	Gesamtzahl der administrativen Fälle, (ohne Fälle in Langzeitbehandlungen), die im Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. Dezember bei allen Aktivitätstypen beendet wurden.	Aus MS mit MS 1.3.V01 = 3 (Behandlungsart stationär) AND MS 0.2.V02 = «A» (Austritt innerhalb des Jahres) AND MS 4.8.V01 IN c(0, 1, 2, 3, 4, 5, 6) Anzahl Fälle insgesamt
<i>NeugStatMST</i> Anzahl gesunde Neugeborene (stationäre Behandlung)	Entspricht der Gesamtzahl der Austritte gesunder Neugeborener zwischen dem 1. Januar und dem 31. Dezember, gemäss Definition SwissDRG.	Aus MS mit SwissDRG Code = «P66D» OR «P67D»: Anzahl Fälle insgesamt
<i>Ops</i> Anzahl Operationssäle	Anzahl Operationssäle, die im Spital in Betrieb sind.	KS A.13.09
<i>GebS</i> Anzahl Gebärsäle	Anzahl Gebärsäle, die in Betrieb sind.	KS A.13.11
<i>pPatWAU</i> Anteil Patienten mit Wohnsitz im Ausland (%, stationär)	Der Anteil Patienten mit Wohnsitz im Ausland wird aus der Medizinischen Statistik ermittelt und ergibt sich aus der Anzahl der Fälle, die stationär behandelt wurden und im Ausland wohnen, dividiert durch die Gesamtzahl der stationär behandelten Fälle.	Aus MS mit MS 1.3.V01 = 3 (Behandlungsart stationär): Anzahl Fälle mit MS 1.1.V04 Wohnregion Ausland/ Anzahl Fälle insgesamt * 100
<i>pPatWAK</i> Anteil ausserkantonale Patienten (%, stationär)	Prozentualer Anteil der aus einem anderen Kanton stammenden Patienten. Die Angabe wird aus der Medizinischen Statistik ermittelt und ergibt sich aus der Division der Anzahl in der Schweiz ausserhalb des Standortkantons wohnenden stationär behandelten Fälle durch die Anzahl der stationär behandelten Fälle mit Wohnsitz in der Schweiz.	Aus MS mit MS 1.3.V01 = 3 (Behandlungsart stationär): Anzahl Fälle mit MS 1.1.V04 ausserhalb MS 0.1.V04 (Schweizer Wohnregion ausserhalb Standortkanton)/ Anzahl Fälle Wohnregion Schweiz * 100
<i>pPatLKP</i> Anteil Patienten halbprivat oder privat (%, stationär)	Prozentualer Anteil der Patienten, die während des Spitalaufenthaltes ein Bett in der halbprivaten oder privaten Klasse belegen. Die Angabe wird aus der Medizinischen Statistik ermittelt und ergibt sich aus der Division der Anzahl Fälle in der halbprivaten und privaten Liegeklasse durch die Gesamtzahl der stationär behandelten Fälle.	Aus MS mit MS 1.3.V01 = 3 (Behandlungsart stationär): Anzahl Fälle mit (MS 1.3.V02 = 2 OR MS 1.3.V02 = 3) (Liegeklasse halbprivat oder privat)/Anzahl Fälle insgesamt * 100
<i>pPatHOK</i> Anteil Patienten mit obligatorischer KV als Hauptgarant (%, stationär)	Prozentualer Anteil der Patienten, bei denen die Kosten der Grundversicherungsleistungen des Spitalaufenthaltes im Wesentlichen durch die obligatorische Krankenversicherung beglichen werden. Die Angabe wird aus der Medizinischen Statistik ermittelt und ergibt sich aus der Division der Anzahl Fälle mit obligatorischer Krankenversicherung als Hauptgarant durch die Gesamtzahl der stationär behandelten Fälle.	Aus MS mit MS 1.3.V01 = 3 (Behandlungsart stationär): Anzahl Fälle mit MS 1.4.V02 = 1 (obligatorische Krankenversicherung als Hauptkostenträger für Grundversicherungsleistungen)/Anzahl Fälle insgesamt * 100

Allgemeine Angaben – Langzeitbehandlungen

Kennzahl	Erläuterung	Quelle/Formel
<i>pTageLang</i> Anzahl Pflage tage	Gesamtzahl der Pflage tage der administrativen Fälle in Langzeitbehandlungen.	KS A.10.01
<i>AustLang</i> Austritte	Gesamtzahl der administrativen Fälle in Langzeitbehandlungen.	KS A.10.02
<i>KostLangT</i> Gesamtkosten der Langzeitbehandlungen	Kosten sämtlicher Patienten in Langzeitbehandlungen aller Versicherungsklassen (z. B. Grund-, Zusatz-, Militär-, Invalidenversicherung etc.) einschliesslich der Selbstzahler und Patienten mit ausländischem Versicherungsschutz.	KS X2.01.50.03

Allgemeine Angaben – Medizinisch-technische Infrastruktur, Anzahl Untersuchungen pro Gerät

Kennzahl	Erläuterung	Quelle/Formel
<i>pMRI_AMB</i> Anzahl MRI Untersuchungen pro MRI, ambulant	Verhältnis zwischen der Anzahl MRI-Untersuchungen im ambulanten Bereich und der Anzahl MRI-Geräte	KS A.13.201 / KS A.13.001
<i>pMRI_STAT</i> Anzahl MRI Untersuchungen pro MRI, stationär	Verhältnis zwischen der Anzahl MRI-Untersuchungen im stationären Bereich und der Anzahl MRI-Geräte	KS A.13.301 / KS A.13.001
<i>pCT_AMB</i> Anzahl CT Untersuchungen pro CT-Scanner, ambulant	Verhältnis zwischen der Anzahl CT-Untersuchungen im ambulanten Bereich und der Anzahl CT-Scanner	KS A.13.202 / KS A.13.002
<i>pCT_STAT</i> Anzahl CT Untersuchungen pro CT-Scanner, stationär	Verhältnis zwischen der Anzahl CT-Untersuchungen im stationären Bereich und der Anzahl CT-Scanner	KS A.13.302 / KS A.13.002
<i>pANGIO_AMB</i> Anzahl Angiografien pro Angiografiegeräte, ambulant	Verhältnis zwischen der Anzahl Angiografien im ambulanten Bereich und der Anzahl Angiographiegeräte	KS A.13.207 / KS A.13.007
<i>pANGIO_STAT</i> Anzahl Angiografien pro Angiografiegeräte, stationär	Verhältnis zwischen der Anzahl Angiografien im stationären Bereich und der Anzahl Angiographiegeräte	KS A.13.307 / KS A.13.007
<i>pDIA_AMB</i> Anzahl Dialysen pro Dialysegeräte, ambulant	Verhältnis zwischen der Anzahl Dialysen im ambulanten Bereich und der Anzahl Dialysegeräte	KS A.13.208 / KS A.13.008
<i>pDIA_STAT</i> Anzahl Dialysen pro Dialysegeräte, stationär	Verhältnis zwischen der Anzahl Dialysen im stationären Bereich und der Anzahl Dialysegeräte	KS A.13.308 / KS A.13.008

Allgemeine Angaben – Personal

Kennzahl	Erläuterung	Quelle / Formel
<i>PersA</i> Ärzte	Ärzte, die in medizinischen Fachbereichen zur Betreuung von Patienten tätig sind. Die Anzahl der beschäftigten Ärzte in VZÄ gibt die während eines Jahres geleistete Arbeitszeit im Verhältnis zu einem normalen 100%-Pensum wieder.	(KS A.14.05.02) mit KS A.14.04=1 bis 6
<i>davon PersAWB</i> Ärzte in Weiterbildung	Ärzte in Weiterbildung (von Assistenzärztin/Assistenzarzt bis Chefärztin/Chefarzt), die in medizinischen Fachbereichen zur Betreuung von Patienten tätig sind. Die Anzahl der beschäftigten Ärzte in VZÄ gibt die während eines Jahres geleistete Arbeitszeit im Verhältnis zu einem normalen 100%-Pensum wieder.	(KS A.14.05.02) mit KS A.14.04 = 1  5 und KS A.14.09 = 1
<i>PersP</i> Pflegepersonal	Umfasst die mit der Pflege von Patienten beschäftigten Personen, also Pflegefachpersonen, Hebammen, Pflegeassistenten, Fachperson Gesundheit, Fachperson Betreuung usw. Die Anzahl der zum Pflegepersonal zählenden Beschäftigten in VZÄ gibt die während eines Jahres geleistete Arbeitszeit im Verhältnis zu einem normalen 100%-Pensum wieder.	(KS A.14.05.02) mit KS A.14.04=7 bis 12
<i>PersMT</i> übriges medizinisches Personal	Diese Gruppe fasst das medizinisch-technische Personal und das medizinisch-therapeutische Personal zusammen und beinhaltet Operationsfachpersonen, Radiologiefachpersonen, biomedizinische Analytiker, Sanitäter, akademisches Personal (z. B. Apotheker, Biologen, Chemiker), Physio-, Ergo- und Aktivierungstherapeuten, Ernährungsberater, Logopäden, Psychologen usw. Die Anzahl der zu dieser Gruppe zählenden Beschäftigten in VZÄ gibt die während eines Jahres geleistete Arbeitszeit im Verhältnis zu einem normalen 100%-Pensum wieder.	(KS A.14.05.02) mit KS A.14.04=13 bis 27, 32
<i>PersT</i> Gesamtes Personal	Ärzte, Pflegepersonal, übriges medizinisches Personal PLUS Sozialdienste (Beratung und Unterstützung), Hausdienstpersonal, Technische Dienste und Administrativpersonal. Die Anzahl in VZÄ gibt die während eines Jahres geleistete Arbeitszeit im Verhältnis zu einem normalen 100%-Pensum wieder.	(KS A.14.05.02)
<i>StdBelA</i> Belegrzte (Stunden)	Arbeitsstunden der frei praktizierenden Ärzte, die für die Behandlung ihrer Patienten im Spital gegen Rechnung bezahlt werden.	(KS A.14.05.04) mit KS A.14.04=33
<i>StdBelP</i> übriges Belegpersonal (Stunden)	Arbeitsstunden der Beleghebammen und weitere Personen, die für die Behandlung ihrer Patienten im Spital gegen Rechnung bezahlt werden.	(KS A.14.05.04) mit KS A.14.04=34, 35

Die Angaben zum Personal beziehen sich auf das gesamte Personal, ohne Aufschlüsselung nach dessen Einsatzfeld im ambulanten Bereich, in Forschung und Lehre, in Unterricht oder Weiterbildung oder für sonstige öffentliche Aufgaben. Für die Mitarbeitenden wird die verrichtete Funktion anhand der acht vorgegebenen Personalkategorien Ärzte, Pflegepersonal, medizinisch-technisches Personal, medizinisch-therapeutisches Personal, Sozialdienste (Beratung und Unterstützung), Haus-

dienstpersonal, Technische Dienste und Administrativpersonal erfasst. Dabei ist nicht die Ausbildung, sondern die tatsächlich erbrachte Arbeit entscheidend. Für die Kennzahlen zum Personal werden verschiedene Funktionskategorien zusammengefasst. Der Beschäftigungsgrad der Arbeitnehmenden wird in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) angegeben. Eine zu 80 % beschäftigte Person entspricht beispielsweise 0,8 VZÄ. Von Belegärzten und übrigem Belegpersonal wird die Anzahl Arbeitsstunden angegeben.

Allgemeine Angaben – Finanz- und Betriebsdaten

Kennzahl	Erläuterung	Quelle/Formel
<i>AwBesold</i> Personalaufwand	Alle Löhne des Betriebspersonals, Arzthonorare und der übrige Personalaufwand, einschliesslich Sozialleistungen, entsprechend den Konten 30 (Lohnaufwand), 37 (Sozialversicherungsaufwand), 38 (Arzthonoraraufwand (sozialversicherungspflichtig)) und 39 (Übriger Personalaufwand) des Kontenplans von H+.	KS A.15.01
<i>AwInvest</i> Investitionsaufwand	Aufwand für Anlagenutzung und Kapitalzinsen, entsprechend den Konten 44 und 46 des Kontenplans von H+.	KS A.15.06 + KS A.15.08
<i>AwSonst</i> Übriger Betriebsaufwand	Gesamter Aufwand des Spitals für den Betrieb, ohne Besoldungen, Investitionskosten, Zinsaufwand, Steuern, ausserordentlichen und betriebsfremdem Aufwand.	KS A.15.02 + KS A.15.03 + KS A.15.04 + KS A.15.05 + KS A.15.07 + KS A.15.09 + KS A.15.10 + KS A.15.11
<i>AwT</i> Total Aufwand	Entspricht den gesamten Kosten (inkl. Steuern, ausserordentlichem und betriebsfremdem Aufwand entsprechend den Konten 77 bis 79 des Kontenplans von H+).	KS A.15.20
<i>EtMedL</i> Ertrag aus medizinischen Leistungen und Pflege	Der gesamte Betriebsertrag aus Hospitalisierung und Pflege umfasst die Erträge aus medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen für Patienten, ärztliche Einzelleistungen und übrige Spitaleinzelleistungen entsprechend den Konten 60–62 des Kontenplans von H+-Kontenplan. Der Ertrag aus dem ambulanten Bereich ist ebenfalls enthalten.	KS A.15.30 + KS A.15.31 + KS A.15.32
<i>EtSonst</i> Übriger Ertrag	Erträge aus den übrigen Leistungen für Patienten, die in der Betriebsrechnung nicht bereits mit den Konten 60–62 gemäss H+-Kontenplan erfasst werden, Erträge aus Miet- und Kapitalzinsen, die in direkter Beziehung zum Spitalbetrieb stehen, und Erträge aus Leistungen an Personal und Dritte, Steuern, ausserordentlicher und betriebsfremder Ertrag sowie Bestandesänderungen..	KS A.15.33 + KS A.15.34 + KS A.15.35 + KS A.15.41 + KS A.15.42
<i>EtSubv</i> Beiträge, Subventionen, Defizitdeckung	Alle finanziellen Unterstützungen durch die öffentliche Hand oder privatrechtliche Organisationen in Form von Beiträgen, Subventionen und allfälligen separat ausgewiesenen Defizitdeckungen.	KS A.15.36 + KS A.16.40
davon <i>EtDef</i> davon Total Defizitdeckung (Reserven und priv. Rechtsträger, öff. Hand)	Alle finanziellen Unterstützungen durch die öffentliche Hand oder privatrechtliche Organisationen wie Reserven, Gemeinde, Kantone, Bund, Private Rechtsträger in Form von allfälligen separat ausgewiesenen Defizitdeckungen.	KS A.16.40 (KS A.16.31 + KS A.16.35 + KS A.16.32 + KS A.16.33 + KS A.16.34)
<i>EtT</i> Total Ertrag	Gesamte Erträge (inkl. Steuern, ausserordentlichem und betriebsfremdem Ertrag sowie Bestandesänderungen)	KS 15.50
<i>FiErg</i> Jahresergebnis	Ergebnis als Gesamtgewinn bzw. Gesamtverlust exkl. einer allfälligen Defizitdeckung.	KS A.16.10 – KS A.16.20

Leistungen und Behandlungen pro Aktivitätstyp A/P/R/B

Kennzahl	Erläuterung	Quelle / Formel
<i>AmbKonsA/P/R/B</i> Anzahl ambulante Konsultationen	Gesamtzahl der ambulanten Konsultationen; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X1.01.05
<i>PtageStatMSA/P/R/B</i> Anzahl Pflage tage (stationär, ohne Austrittstag) – Akut/Psy/Reha/GH	Gesamtzahl der Pflage tage (ohne Langzeitbehandlung) aller administrativen Fälle, die im Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. Dezember beendet wurden (A Fälle) oder vor dem 1. Januar eröffnet und bis zum 31. Dezember noch nicht geschlossen wurden (C Fälle), ohne Berücksichtigung des Austrittstages und ganzer Urlaubstage, auf maximal 365 Tage pro Fall begrenzt; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	Aus MS mit MS 1.3.V01 = 3 (Behandlungsart stationär) AND MS 0.2.V02 = «A» (Austritt innerhalb des Jahres) OR «C» (Eintritt vor dem 1.1. und Austritt nach dem 31.12.) AND (MS 4.8.V01 = 1 OR 2 OR (MS 4.8.V01 = 0 AND MS 1.4.V01 <> M500 OR M900 OR M950) (Aktivitätstyp A, B)) OR MS 4.8.V01 = 5 OR 6 OR (MS 4.8.V01 = 0 AND MS 1.4.V01 = M500) (Aktivitätstyp P) OR MS 4.8.V01 = 3 OR 4 OR (MS 4.8.V01 = 0 AND MS 1.4.V01 = M900 OR M950) (Aktivitätstyp R) Summe der Aufenthaltsdauer aller Fälle (ohne Austrittstag, ohne ganze Urlaubstage, auf maximal 365 Tage begrenzt).
<i>AustStatMSA/P/R/B</i> Austritte während des Jahres (stationär) – Akut/Psy/Reha/GH	Gesamtzahl der administrativen Fälle (ohne Fälle in Langzeitbehandlungen), die im Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. Dezember beendet wurden; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	Aus MS mit MS 1.3.V01 = 3 (Behandlungsart stationär) AND MS 0.2.V02 = «A» (Austritt innerhalb des Jahres) AND (MS 4.8.V01 = 1 OR 2 OR (MS 4.8.V01 = 0 AND MS 1.4.V01 <> M500 OR M900 OR M950) (Aktivitätstyp A, B)) OR MS 4.8.V01 = 5 OR 6 OR (MS 4.8.V01 = 0 AND MS 1.4.V01 = M500) (Aktivitätstyp P) OR MS 4.8.V01 = 3 OR 4 OR (MS 4.8.V01 = 0 AND MS 1.4.V01 = M900 OR M950) (Aktivitätstyp R) Anzahl Fälle insgesamt
<i>BettenStatA/P/R/B</i> Betten (stationär)	Die durchschnittliche Anzahl der zur Bewirtschaftung zur Verfügung stehenden Betten entspricht der Anzahl Bettenbetriebstage dividiert durch 365 resp. 366 für Schaltjahre; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X1.02.01/365 oder KS X1.02.01/366
<i>DADStatMSA/P/R/B</i> Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (Tage, stationär)	Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ergibt sich aus der der Anzahl Pflage tage dividiert durch die Anzahl Austritte im Jahr; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	PtageStatMSA/P/R/B/AustStatMSA/P/R/B
<i>pBettenBelStatA/P/R/B</i> Belegungsgrad der Betten (% , stationär)	Der Belegungsgrad der Betten (ohne gesunde Neugeborene, ohne Langzeitpflege) ergibt sich aus der Anzahl Pflage tage dividiert durch die Anzahl Bettenbetriebstage; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X1.01.01/ KS X1.02.01 * 100
<i>CMIB</i> Casemix Index (CMI) brutto	Roher mittlerer Schweregrad der behandelten stationären Fälle, ohne Kompensation der Outlier, die eine Aufenthaltsdauer ausserhalb der erwarteten Grenzen haben; ausgewiesen pro Aktivitätstyp. Die durch das BFS erfolgte Berechnung des CMI basiert auf den Daten der Medizinischen Statistik (MS).	Aus MS mit MS 4.8.V01 = 1 OR 2 AND MS 0.2.V02 = «A» (Austritt innerhalb des Jahres): Summe der Kostengewichte ohne Gewichtung der Outlier/ Fallzahl Nur Fälle mit bekanntem Tarif 4.8.V01 werden berücksichtigt

Leistungen und Behandlungen pro Aktivitätstyp A/P/R/B

Kennzahl	Erläuterung	Quelle/Formel
<i>CMI_n</i> Casemix Index (CMI) netto	Outlier-korrigierter mittlerer Schweregrad der behandelten stationären Fälle. Bei Spitalaufenthalten mit einer Aufenthaltsdauer ausserhalb der erwarteten Limiten werden die Kostengewichte entsprechend gewichtet; ausgewiesen pro Aktivitätstyp. Die durch das BFS erfolgte Berechnung des CMI basiert auf den Daten der Medizinischen Statistik.	Aus MS mit MS 4.8.V01 = 1 OR 2 AND MS 0.2.V02 = «A» (Austritt innerhalb des Jahres): Summe der Kostengewichte mit Gewichtung der Outlier/Fallzahl Nur Fälle mit bekanntem Tarif 4.8.V01 werden berücksichtigt
<i>DMI_{PIR}</i> Day Mix Index (DMI)	Durchschnittlichen Schweregrad der behandelten stationären Fälle; ausgewiesen pro Aktivitätstyp. Die durch das BFS erfolgte Berechnung des DMI basiert auf den Daten der Medizinischen Statistik (MS).	Aus MS mit MS 4.8.V01 = 5 OR 6 AND MS 0.2.V02 = «A» (Austritt innerhalb des Jahres): OR MS 4.8.V01 = 3 OR 4 AND MS 0.2.V02 = «A» (Austritt innerhalb des Jahres): Summe der effektiven Kostengewichte/ Summe der Aufenthaltsdauer der Fälle. Nur Fälle mit bekanntem Tarif 4.8.V01 werden berücksichtigt

Finanz- und Betriebsdaten pro Aktivitätstyp A/P/R/B

Kennzahl	Erläuterung	Quelle/Formel
<i>KostAmbA/PIR/B</i> Gesamtkosten ambulant	Kosten sämtlicher Patienten aller Versicherungsklassen (z. B. Grund-, Zusatz-, Militär-, Invalidenversicherung etc.) einschliesslich der Selbstzahler und Patienten mit ausländischem Versicherungsschutz in ambulanter Behandlung; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.01.50.01
davon <i>KostOKPAmbA/PIR/B</i> Kosten zulasten OKP	Sämtliche Kosten zulasten der OKP von Patienten (ausschliesslich grundversichert nach KVG oder zusatzversichert) in ambulanter Behandlung; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.01.50.04 + KS X2.01.50.09
<i>KostStatA/PIR/B</i> Gesamtkosten stationär	Kosten sämtlicher Patienten aller Versicherungsklassen (z. B. Grund-, Zusatz-, Militär-, Invalidenversicherung etc.) einschliesslich der Selbstzahler und Patienten mit ausländischem Versicherungsschutz mit stationärem Aufenthalt; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.01.50.02
davon <i>KostKVGStatA/PIR/B</i> Kosten zulasten OKP, nur Grundversicherte KVG	Sämtliche Kosten zulasten der OKP von Patienten mit stationärem Aufenthalt, die ausschliesslich nach KVG grundversichert sind; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.01.50.05
davon <i>AnIKVGStatA/PIR/B</i> Anlagenutzungskosten	Kosten zulasten der OKP aus Anlagenutzung durch Patienten mit stationärem Aufenthalt, die ausschliesslich nach KVG grundversichert sind; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.01.39.05
davon <i>KostZvOKPStatA/PIR/B</i> Kosten zulasten OKP, Zusatzversicherte	Kosten aus Leistungen an zusatzversicherten Patienten mit stationärem Aufenthalt, die zulasten der OKP abgerechnet werden; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.01.50.10
davon <i>AnIZvOKPStatA/PIR/B</i> Anlagenutzungskosten	Kosten zulasten der OKP aus Anlagenutzung durch zusatzversicherte Patienten mit stationärem Aufenthalt; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.01.39.10

Kennzahl	Erläuterung	Quelle / Formel
<i>KostAWLFA/PIR/B</i> Kosten Ausbildung	Kosten der universitären Lehre zur Ausbildung; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.01.9010
<i>KostWBLFA/PIR/B</i> Kosten Weiterbildung	Kosten der universitären Lehre zur Weiterbildung; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.01.9011
<i>KostForLFA/PIR/B</i> Kosten Forschung	Kosten der universitären Forschung; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.01.9012
<i>ErlAmbStatLangA/PIR/B</i> Gesamterlös, einschliesslich fallunabhängige Erlöse	Erlös aus Leistungen an sämtlichen Patienten aller Versicherungsklassen (z. B. Grund-, Zusatz-, Militär-, Invalidenversicherung etc.) einschliesslich der Selbstzahler und Patienten mit ausländischem Versicherungsschutz in ambulanter Behandlung, mit stationärem Aufenthalt oder in Langzeitpflege; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.02.60.00
davon <i>ErlOKPAmbA/PIR/B</i> Erlös ambulant OKP	Erlös aus Leistungen zulasten der OKP an Patienten (ausschliesslich grundversichert nach KVG oder Zusatzversichert) in ambulanter Behandlung; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.02.31.03 + KS X2.02.31.10
davon <i>ErlKVGStatA/PIR/B</i> Erlös stationär OKP, nur Grundversicherte KVG	Erlös (Anteil Versicherer und Anteil Kanton) aus Leistungen zulasten der OKP an Patienten mit stationärem Aufenthalt, die ausschliesslich nach KVG grundversichert sind; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.02.31.04 + KS X2.02.31.05
davon <i>ErlKVGStatVA/PIR/B</i> Anteil Versicherer (%)	Anteil der Versicherer am Erlös aus Leistungen zulasten der OKP an Patienten mit stationärem Aufenthalt, die ausschliesslich nach KVG grundversichert sind; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.02.31.04 / (KS X2.02.31.04 + KS X2.02.31.05) * 100
davon <i>ErlZvOKPStatA/PIR/B</i> Erlös stationär OKP, Zusatzversicherte	Erlös (Anteil Versicherer und Anteil Kanton) aus Leistungen an Zusatzversicherten Patienten mit stationärem Aufenthalt, die zulasten der OKP abgerechnet werden; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.02.31.11 + KS X2.02.31.12
davon <i>ErlZvOKPStatVA/PIR/B</i> Anteil Versicherer (%)	Anteil der Versicherer am Erlös aus Leistungen an Zusatzversicherten Patienten mit stationärem Aufenthalt, die zulasten der OKP abgerechnet werden; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.02.31.11 / (KS X2.02.31.11 + KS X2.02.31.12) * 100

Angaben pro Aktivitätstyp

Die Aktivitätstypen sind «Akutbehandlung» (A), «Psychiatrie» (P), «Rehabilitation / Geriatrie» (R) und/oder «Geburtshaus» (B).

Für jeden dem Betrieb zugewiesenen Aktivitätstyp werden Angaben zu Leistungen und Behandlungen sowie Finanz- und Betriebsdaten teilweise getrennt erhoben.

1 Introduction

Cette dix-septième édition des « Chiffres-clés des hôpitaux suisses », publiée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), contient des informations sur 276 établissements. Les indications se basent sur les données de l'année 2021 de la statistique des hôpitaux (KS) et de la statistique médicale des hôpitaux (MS) relevée par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Elles donnent une vue d'ensemble concernant la structure, les patients, les prestations, l'offre, le personnel, la situation financière et le degré de gravité moyen des hospitalisations. Pour l'année 2021, 274 établissements ont transmis les données de la KS à l'OFS via les services cantonaux désignés, soit 259 hôpitaux et 15 maisons de naissance. Deux établissements n'ont pas transmis de données pour la KS, mais pour la MS uniquement et deux autres n'ont pas transmis de données pour la MS, mais pour la KS seulement. La présente publication se fonde sur l'art. 59a de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), auparavant art. 22a LAMal, ainsi que sur l'art. 31 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal).

Les remarques et commentaires des établissements sur leurs chiffres-clés et sur les particularités de leur situation sont présentés dans le chapitre « Remarques ».

2 Contenu des enquêtes et remarques sur la publication

Données

Le questionnaire de la statistique des hôpitaux (KS) contient des indications sur l'offre de prestations, l'équipement, les prestations fournies, le taux d'occupation ainsi que des données financières tirées des comptes d'exploitation. Ces données servent de base aux chiffres-clés des hôpitaux suisses. Les acteurs impliqués sont les hôpitaux eux-mêmes, les cantons, l'OFS et l'OFSP.

En plus de la statistique des hôpitaux, l'OFS établit des statistiques complémentaires dans le secteur hospitalier. Depuis l'édition 2010, quelques chiffres-clés sont calculés à partir des données de la statistique médicale des hôpitaux (MS).

Typologie des hôpitaux pour la formation de groupes comparatifs

Dans le cadre des travaux standards sur l'analyse des statistiques des hôpitaux et des établissements de santé non hospitaliers, l'OFS a élaboré une typologie des hôpitaux basée principalement sur les domaines d'activité (nombre de divisions spécialisées) et sur les jours de soins par division. L'activité de formation prise en charge par la division (catégories de formation postgrade FMH) est également un élément constitutif de la typologie des hôpitaux. Il en résulte une répartition des établissements entre « hôpitaux de soins généraux » et « cliniques spécialisées ».

Les hôpitaux de soins généraux se subdivisent en « hôpitaux de prise en charge centralisée » et en « hôpitaux de soins de base ». En 2021, les « hôpitaux de prise en charge centralisée » comprennent les cinq centres hospitaliers universitaires (niveau de prestations 1) ainsi que 39 autres grands établissements, en général des hôpitaux cantonaux (niveau de prestations 2). Les hôpitaux de soins de base se subdivisent, quant à eux, en fonction du nombre de cas d'hospitalisation par année, en trois niveaux de prestations (niveaux 3 à 5).

Les cliniques spécialisées sont réparties en cliniques de réadaptation, cliniques psychiatriques et autres cliniques spécialisées. Ces dernières se subdivisent à leur tour en diverses spécialisations¹. Les maisons de naissance intégrées relèvent de la catégorie des cliniques spécialisées en gynécologie/néonatalogie. L'ensemble des hôpitaux de soins généraux ainsi que les cliniques spécialisées en chirurgie, en gynécologie/néonatalogie ou en pédiatrie sont des hôpitaux de soins aigus. Au contraire, les hôpitaux spécialisés en psychiatrie, dans le traitement des dépendances, en réadaptation, en gériatrie et en soins palliatifs ne font pas partie des hôpitaux de soins aigus.

L'avantage de cette répartition par types d'hôpitaux est de permettre la formation de groupes comparables à l'échelle nationale (tableau 1). Ainsi les valeurs comparatives données

dans les colonnes « Médiane » et « Distribution » de la partie « Tableaux » sont à chaque fois calculées pour le groupe concerné. Il peut y avoir toutefois, entre les hôpitaux du même groupe, des différences considérables en matière d'organisation et de mandat de prise en charge ainsi que dans la combinaison entre la structure de l'offre et celle des patients traités. Ces différences rendent difficile la comparaison entre les établissements d'un même groupe. De plus, dans le cadre de la restructuration des hôpitaux, certains cantons ont formé des unités statistiques qui peuvent parfois regrouper plusieurs établissements (régions hospitalières ou groupes d'hôpitaux). La prudence est donc de mise en matière de comparaisons à l'intérieur d'un groupe d'hôpitaux du même type. On risque également, en cas de dissolution ou de recombinaison de ces regroupements, de ne plus pouvoir former de séries temporelles.

En 2021, 83,3 % des hospitalisations ont eu lieu dans les hôpitaux de soins généraux, 4,3 % des cas ont été traités dans les cliniques psychiatriques et 4,3 % dans les cliniques de réadaptation.

Forme juridique des établissements

Avec l'introduction du nouveau financement hospitalier en 2012, la notion de statut juridico-économique d'un établissement n'est plus significative. C'est dès lors la forme juridique utilisée dans le Registre des Entreprises et des Établissements (REE) qui définit l'orientation juridico-économique d'une entreprise.

Les formes juridiques sont réparties en quatre groupes. Le groupe « SA / Sàrl » comprend la société en nom collectif, la société en commandite, la société en commandite par actions, la société anonyme et la société à responsabilité limitée (Sàrl). Le groupe « Association / fondation » comprend la société coopérative, l'association et la fondation. Le groupe « Raison individuelle / société » comprend la raison individuelle et la société simple. Le groupe « Entreprises publiques » comprend les administrations fédérale / cantonale / de district / communale ou d'une autre corporation de droit public ainsi que l'établissement fédéral / cantonal / de district / communal ou d'une autre corporation.

En 2021, sur un total de 276 hôpitaux, 47 établissements étaient des entreprises publiques, lesquelles ont accueilli 40 % des hospitalisations (tableau 1).

Case Mix Index et Day Mix Index

Le Case Mix Index (CMI) et le Day Mix Index (DMI) présentés dans la publication des chiffres-clés des hôpitaux suisses sont calculés par groupage des cas par l'OFS sur la base des informa-

¹ Les critères d'attribution aux diverses catégories sont décrits en détail dans le concept de l'OFS intitulé Typologie des hôpitaux, version 5.2, novembre 2006

tions disponibles. Ces informations ne sont pas aussi complètes et exhaustives que celles fournies par les hôpitaux à SwissDRG SA pour la détermination des cost-weight et le calcul des CMI ou des DMI en vue de la tarification hospitalière. De ce fait,

les CMI et DMI présentés dans cette publication sont indicatifs de l'ordre de grandeur du degré de sévérité moyen des cas traités dans un établissement hospitalier et, dans ce sens, leur valeur ne sert pas à la négociation tarifaire.

Depuis l'édition 2014 des chiffres-clés des hôpitaux suisses, l'OFS calculait les CMI par groupage des cas avec le grouper 3M. Depuis l'édition 2018, l'OFS utilise le grouper SwissDRG. Pour les données 2021, la version de tarification v10.0/2021 a été utilisée.

Depuis l'édition des données 2021, l'OFS calcule les cost-weight moyens CMIb, CMIIn, DMI psychiatrie et DMI réadaptation sur la base des informations sur le tarif pour la tarification relevées dans la MS. Les CMI sont donc calculés uniquement pour les cas saisis comme somatiques aigus ainsi que pour les maisons de naissance et les DMI pour les cas saisis comme réadaptation et psychiatrie. Seuls les cas dont le tarif pour la tarification est connu sont pris en compte dans le calcul des cost-weight moyens.

Chiffres-clés calculés basés sur la statistique médicale des hôpitaux

Pour assurer la comparabilité des données entre les différents établissements, il a été décidé conjointement par l'OFS et l'OFSP dès l'édition 2014 que les chiffres-clés suivants seraient calculés par l'OFS sur la base des données de la statistique médicale des hôpitaux (MS) et non plus repris de la statistique administrative des hôpitaux (KS) :

- Nombre de journées de soins (hospitalisations, sans jour de sortie) – PtageStatMST
- Nombre de sorties dans l'année (hospitalisations) – AustStatMST
- Nombre de nouveau-nés sains (traitement hospitalier) – NeugStatMST
- Pourcentage de patients avec domicile à l'étranger (% , hospitalisations) – pPatWAU
- Pourcentage de patients hors canton (% , hospitalisations) – pPatWAK
- Pourcentage de patients en division privée ou semi-privée (% , hospitalisations) – pPatLKP
- Pourcentage de patients avec AMal obligatoire comme garante principale (% , hospitalisations) – pPatHOK

- Indice de casemix (CMI) brut – CMIb
- Indice de casemix (CMI) net – CMIIn
- Day Mix Index (DMI)

Lors de la phase de validation des chiffres-clés des hôpitaux suisses, les établissements reçoivent, entre autres, un document décrivant la méthode de calcul de l'OFS pour les trois chiffres-clés « nombre de journées de soins (hospitalisations, sans jour de sortie) », « nombre de sorties dans l'année (hospitalisations) » et « nombre de nouveau-nés sains (traitement hospitalier) ».

Cette méthode de calcul exclut les variables non cohérentes (ex. : date d'entrée non renseignée, date de séjour intermédiaire erronée, etc.), menant ainsi à des différences entre les résultats obtenus par l'OFS et ceux obtenus par les établissements. En effets, des tests à l'importation des données livrées à l'OFS peuvent mener à l'exclusion de ces variables ou à leur recodage. Dans de telles situations, les chiffres-clés calculés par l'OFS (journée de soins, sortie, nouveaux-nés, CMI, etc.) peuvent être sensiblement différents de ceux obtenus par les établissements. De leur côté, les cantons effectuent également des plausibilisations. Ainsi, le set de données livré à l'OFS par les cantons diffère de celui exporté par les établissements.

Remarques et commentaires des hôpitaux

Dans le chapitre « Remarques », les établissements peuvent décrire et commenter les particularités de leur situation. Comme pour les éditions passées, les chiffres-clés de cette publication ont été soumis aux établissements pour contrôle et validation et plusieurs établissements ont fait part de la nécessité de commenter leurs chiffres.

Nouveautés de l'édition des données 2021

Depuis l'édition des données 2021, l'OFS calcule les cost-weight moyens CMIb, CMIIn, DMI psychiatrie et DMI réadaptation sur la base des informations sur le tarif pour la tarification relevées dans la MS. Les CMI sont donc calculés uniquement pour les cas saisis comme somatiques aigus ainsi que pour les maisons de naissance et les DMI pour les cas saisis comme réadaptation et psychiatrie. Seuls les cas dont le tarif pour la tarification est connu sont pris en compte dans le calcul des cost-weight moyens. Les DMI pour la psychiatrie et la réadaptation ne sont pas encore disponibles pour l'édition des données 2021. Les valeurs seront présentées avec les chiffres-clés 2022.

Tableau 1 : Hôpitaux selon la typologie et la forme juridique en 2021²

Typologie		SA / Sàrl	Association / fondation	Raison individuelle / société	Entreprise publique	Total
Hôpital de soins généraux, prise en charge centralisée (niveau 1, hôpital universitaire)	Etablissements	1	–	–	4	5
	Cas d'hospitalisation	49'579	–	–	181'597	231'176
Hôpital de soins généraux, prise en charge centralisée (niveau 2)	Etablissement	19	5	–	15	39
	Cas d'hospitalisation	349'947	65'174	–	302'894	718'015
Hôpital de soins généraux, soins de base (niveau 3)	Etablissements	12	2	–	4	18
	Cas d'hospitalisation	89'159	13'868	–	27'851	130'878
Hôpital de soins généraux, soins de base (niveau 4)	Etablissement	17	4	–	4	25
	Cas d'hospitalisation	69'956	14'325	–	18'209	102'490
Hôpital de soins généraux, soins de base (niveau 5)	Etablissements	7	6	–	4	17
	Cas d'hospitalisation	10'071	3'303	–	2'196	15'570
Clinique psychiatrique (niveau 1)	Etablissement	9	–	–	9	18
	Cas d'hospitalisation	23'320	–	–	24'003	47'323
Clinique psychiatrique (niveau 2)	Etablissements	16	12	–	3	31
	Cas d'hospitalisation	7'932	3'384	–	3'410	14'726
Clinique de réadaptation	Etablissement	38	11	–	2	51
	Cas d'hospitalisation	40'414	18'460	–	2'952	61'826
Clinique spécialisée : Chirurgie	Etablissements	31	3	–	–	34
	Cas d'hospitalisation	50'490	21'614	–	–	72'104
Clinique spécialisée : Gynécologie/néonatalogie	Etablissement	11	3	1	–	15
	Cas d'hospitalisation	5'214	1'126	85	–	6'425
Clinique spécialisée : Pédiatrie	Etablissements	–	2	–	1	3
	Cas d'hospitalisation	–	12'947	–	5'385	18'332
Clinique spécialisée : Gériatrie	Etablissement	1	1	–	1	3
	Cas d'hospitalisation	1'636	2'016	–	5'562	9'214
Clinique spécialisée : Divers	Etablissements	11	5	1	–	17
	Cas d'hospitalisation	7'870	1'598	68	–	9'536
Total	Etablissements	173	54	2	47	276
	Cas d'hospitalisation	705'588	157'815	153	574'059	1'437'615

² Cas hospitaliers : nombre de sorties durant l'année, sur la base de la statistique médicale (chiffre-clé AustStatMST agrégé selon la typologie et la forme juridique)

3 Aperçu général du secteur hospitalier

Coûts du secteur hospitalier

La part des soins hospitaliers dans les coûts du système de santé atteignait 37,1 % en 2020, soit 30,9 milliards de francs³. En 2021, les charges de personnel constituent en moyenne 62 % des frais d'exploitation et représentent ainsi la plus grande part des dépenses des hôpitaux. Les frais d'investissement en représentent, quant à eux, 8,3 %. Les produits des hospitalisations et des soins représentent, en moyenne, 84 % des recettes. En moyenne, 83,4 % des produits provenaient des soins aigus, 9,8 % de la psychiatrie et 6,7 % de la réadaptation / gériatrie.

Etablissements, lits et cas

La statistique des hôpitaux comptait en 1997, un an après l'entrée en vigueur de la loi sur l'assurance-maladie obligatoire, 406 établissements. Depuis, le nombre d'établissements baisse régulièrement. En 2021, elle ne dénombrait plus que 261 hôpitaux et 15 maisons de naissance, soit 276 établissements. Bien que ce chiffre soit le même que l'année précédente, il faut noter que deux établissements ont fermé et deux autres ont ouvert (tableau 3). Les mutations observées entre 2020 et 2021 sont mentionnées dans le tableau 2.

Comme l'indique le tableau 4, le nombre de lits a diminué de 0,3 % par rapport à 2015 (hôpitaux de soins généraux et cliniques spécialisées pris ensemble).

En 2021, environ 1,4 million de patients ont suivi un traitement hospitalier dans les hôpitaux suisses. Le nombre de cas « stationnaires » a augmenté de 5,0 % par rapport à l'année précédente (tableau 5).

Personnel

Le nombre de personnes employées, en 2021, dans les hôpitaux suisses, calculé en équivalents plein temps (EPT), a augmenté de 1,9 % par rapport à l'année précédente pour atteindre le chiffre de 177 882 (tableau 6). 40 % des EPT correspondent à des postes de personnel soignant dans le domaine des soins, 14 % à du personnel employé dans d'autres domaines médicaux spécialisés et 15 % à des médecins. Parmi les médecins, 6 % sont en formation, en 2021.

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

Tableau 2 : Mutations 2020 – 2021

Institutions	Mutations 2020 / 2021
Paracelsus-Spital Richterswil AG	Etablissement fermé à l'automne 2020
Cardiocentro Ticino (CCT)	Repris par EOC
Clinique de Carouge SA	Retiré de l'univers de base, ne fait plus que de l'ambulatoire
Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden	Un seul questionnaire pour les deux établissements Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden, Akutsomatisches und Psychiatrisches Zentrum
Berit Klinik Goldach	Début de l'exploitation au 1 ^{er} janvier 2021, dans un premier temps en tant que fournisseur de prestations ambulatoires et hôpital conventionné
Nouvelle Clinique Vert-Pré	Ouverture à l'automne 2021
cereneo International AG Neurorehabilitationsklinik	Nouvel établissement
Vista Augenklinik Pfäffikon	Nouvel établissement

³ OFS : Coûts du système de santé selon le fournisseur de biens et services 1985-2020 (tableau T 14.05.01.02)

Tableau 3 : Nombre d'hôpitaux⁴

	2018	2019	2020	2021
SA / Sàrl	167	172	168	173
Association / fondation	60	57	55	54
Raison individuelle / société	2	2	2	2
Entreprise publique	52	50	51	47
Total	281	281	276	276

Tableau 4 : Nombre de lits (« stationnaires ») dans les hôpitaux de soins généraux et les cliniques spécialisées (sans les nouveau-nés sains)⁵

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Hôpitaux de soins généraux	24'719	24'320	24'468	24'226	24'414	23'948	23'930
Cliniques spécialisées	13'246	13'739	13'795	13'825	13'643	13'663	13'915
Total	37'965	38'058	38'263	38'051	38'057	37'611	37'845

Tableau 5 : Cas d'hospitalisation⁵

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Hôpitaux de soins généraux	1'189'132	1'201'816	1'198'499	1'204'632	1'213'698	1'143'267	1'199'526
Cliniques spécialisées	216'653	240'324	243'899	238'994	233'415	227'983	240'447
Total	1'405'785	1'442'140	1'442'398	1'443'626	1'447'113	1'371'250	1'439'973

Tableau 6 : Personnel employé en équivalents plein temps⁵

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Hôpitaux de soins généraux	123'594	125'976	128'415	130'814	134'179	136'922	139'738
Cliniques spécialisées	34'071	35'969	37'049	37'558	36'749	37'671	38'144
Total	156'945	161'945	164'964	167'873	170'928	174'593	177'882

⁴ Nombre d'établissements agrégé selon la typologie et la forme juridique

⁵ OFS: Hôpitaux 2021: tableau T14.04.01.01; les cliniques spécialisées comprennent les cliniques psychiatriques, les cliniques de réadaptation et d'autres cliniques spécialisées

Système de classification des patients

Des systèmes de classification (DRG) ont été élaborés aux Etats-Unis dès le milieu des années 1970⁶ déjà. En Suisse, le premier travail important dans ce domaine a été publié en 1990⁷. En 1998, des travaux préparatoires ont été entrepris, à l'initiative de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP) et de l'Institut de la santé et de l'économie ISE Suisse, en vue d'adapter le système AP-DRG américain à la Suisse. Ces travaux comprennent le relevé des coûts, l'adaptation du mécanisme de formation des groupes de patients aux réalités suisses et l'établissement de règles et de définitions pour la facturation selon les DRG. A partir de 2002, les cantons de Vaud, Valais et Zurich ont décidé les premiers de recourir au système AP-DRG pour rémunérer les prestations hospitalières et pour calculer les subventions et les enveloppes budgétaires des hôpitaux.

Le système de tarifs forfaitaires SwissDRG (« Swiss Diagnosis Related Groups »)⁸ pour la rémunération des prestations stationnaires en soins somatiques aigus a été introduit à l'échelle nationale, le 1^{er} janvier 2012. Il est basé sur le système de classification des patients G-DRG, utilisé en Allemagne, et règle de manière uniforme l'indemnisation des prestations hospitalières selon les forfaits par cas, conformément à la dernière révision de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal). Le système SwissDRG a été mis en place d'abord pour les activités non ambulatoires des hôpitaux et des divisions de soins somatiques aigus puis étendu aux prestations stationnaires de psychiatrie et de réadaptation. La structure tarifaire TARPSY, introduite le 1^{er} janvier 2018, couvre tous les domaines de prestations stationnaires de la psychiatrie des adultes, des enfants et des adolescents. Elle est obligatoire depuis le 1^{er} janvier 2019 pour la psychiatrie des enfants et des adolescents. La structure tarifaire pour la réadaptation ST Reha est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

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

comparable du point de vue médical et en termes de coût global. Les structures tarifaires TARPSY et ST Reha opèrent selon les mêmes principes. Dans le domaine de la psychiatrie, les groupes de cas sont appelés *Psychiatric Cost Groups* (PCG) et, dans le domaine de la réadaptation, on parle de *Rehabilitation Cost Groups* (RCG). Contrairement au système SwissDRG, les systèmes TARPSY et ST Reha tiennent compte de la durée de séjour du patient.

Sont exclus des systèmes tarifaires SwissDRG, TARPSY ou ST Reha, les prestations de soins fournies dans les EMS ou par un service d'aide et de soins à domicile (Spitex) ainsi que les patients qui, à l'issue d'une hospitalisation, sont en attente d'un placement en EMS ou d'une prise en charge à domicile par un service (Spitex).

Indice de casemix (CMI) et Day Mix Index (DMI)

L'indice de casemix (CMI) dans le système SwissDRG et le Day Mix Index (DMI) dans les systèmes TARPSY et ST Reha indiquent le degré de sévérité moyen des cas de traitement d'un hôpital. Ils représentent une mesure synthétique importante pour exprimer les coûts de traitement ajustés en fonction de la gravité des cas⁹.

Dans le système SwissDRG, chaque groupe de cas possède un coût relatif (« cost-weight ») en fonction de la gravité des cas de traitement alors que dans les systèmes TARPSY et ST Reha, chaque groupe de cas possède plusieurs valeurs de coûts relatifs selon la durée du séjour (« cost-weight journalier »).

Dans le système SwissDRG, le CMI d'un hôpital est la somme des coûts relatifs des cas divisée par le nombre de cas :

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

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

Avec

i = cas i ; CW : cost-weight ; n : nombre total de cas de l'hôpital

6 Thompson JD, Fetter RB, Mross C D. Case mix and resource use. *Inquiry*, 1975; 12: 300-12
7 Paccaud F, Schenker L, eds. D.R.G. Diagnosis Related Groups : Gültigkeit, Brauchbarkeit, Anwendungsmöglichkeiten. Berne, Stuttgart, Toronto : éditions Hans Huber ; Aarau : SKI, Schweizerisches Institut für Gesundheits- und Krankenhauswesen, 1990

8 www.swissdr.org

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

Les outliers sont les cas pour lesquels la durée d'hospitalisation sort des limites attendues pour le type de prise en charge considérée. Lors du calcul des CMI, la pondération des outliers permet de distinguer entre CMI brut et CMI net¹⁰. Le CMI brut correspond au cost-weight moyen de tous les cas traités à l'hôpital sans pondération des outliers. Le CMI net se calcule en considérant séparément les valeurs extrêmes inférieure et supérieure : on calcule pour chaque cas un cost-weight pondéré par la durée effective du séjour du cas.

Dans les systèmes TARPSY et ST Reha, le DMI d'un hôpital est la somme de la valeur relative des cas divisée par la somme des durées de séjour des cas. La valeur relative des cas s'obtient par multiplication du cost-weight journalier et de la durée de séjour :

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

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

Avec

i = cas i ; CWT : cost-weight journalier; D : durée de séjour

¹⁰ On trouvera une définition plus détaillée du CMI brut et du CMI net dans la publication de l'OFS intitulée « Der Case Mix Index – ein Mass für den durchschnittlichen Schweregrad der Krankenhausfälle », StatSanté 3/2004

Aperçu pour la Suisse

Les tableaux 7A et 7B donnent un aperçu des chiffres-clés des hôpitaux pour toute la Suisse (données générales et par type d'activité).

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

	2020	2021
Prestations et prise en charge		
Nombre de consultations ambulatoires	19'720'821	23'153'357
Nombre de journées de soins (hospitalisations, sans jour de sortie)	11'053'801	11'449'686
Nombre de sorties dans l'année (hospitalisations)	1'363'421	1'437'669
Nombre de nouveau-nés sains (traitement hospitalier)	77'105	80'836
Nombre de salles d'opération	1'020	1'035
Nombre de salles d'accouchement	352	348
Pourcentage de patients avec domicile à l'étrangers (hospitalisations)	2,2%	2,2%
Pourcentage de patients hors canton (hospitalisations)	18,5%	18,9%
Pourcentage de patients en division privée ou semiprivée (hospitalisations)	20,9%	20,4%
Pourcentage de patients avec AMal obligatoire comme garante principale (hospitalisations)	92,2%	92,4%
Traitements de longue durée		
Journées d'hospitalisation	398'501	273'985
Sorties	10'565	8'250
Coûts totaux des traitements de longue durée, en 1000 frs.	236'400	180'634
Infrastructure médico-technique, nombre d'examen par appareil		
MRI, ambulatoire	2'638	2'975
MRI, stationnaire	434	463
CT, ambulatoire	2'884	3'205
CT, stationnaire	1'792	1'968
Angiographie, ambulatoire	394	380
Angiographie, stationnaire	498	488
Dialyses, ambulatoire	311	308
Dialyses, stationnaire	28	26
Personnel		
Médecins	25'542	26'165
– dont médecins en formation postgrade	11'164	11'559
Personnel soignant	70'442	71'575
Autre personnel médical	24'499	25'197
Personnel total	173'923	177'882
Médecins privés agréés (heures)	2'416'584	2'218'168
Autre personnel agréé (heures)	848'175	872'967
Finances et exploitation, en 1000 frs.		
Charges de personnel	20'028'482	20'700'391
Charges des investissements	2'687'853	2'762'266
Autres charges d'exploitation	9'097'890	9'640'744
Total charges	32'010'564	33'293'550
Produits des hospitalisations et soins	26'190'139	27'916'570
Autres produit	2'187'362	2'332'940
Contributions, subventions, déficit couvert	3'272'003	3'319'183
– dont Total de la couverture du déficit (réserves et fonds privés, contrib. publiques)	396'186	196'654
Résultat annuel	-548'831	74'716

Tableau 7B : Aperçu des chiffres-clés de toute la Suisse – données par type d'activité (A et P)

	Soins aigus A		Psychiatrie P	
	2020	2021	2020	2021
Prestations et prise en charge				
Nombre de consultations ambulatoires	16'120'815	19'292'461	2'707'891	2'914'497
Nombre de journées de soins (hospitalisations, sans jour de sortie) – Aigu/Psy	6'330'366	6'536'542	2'577'678	2'671'338
Nombre de sorties dans l'année (hospitalisations) – Aigu/Psy	1'190'827	1'254'665	76'492	80'394
Nombre de lits (hospitalisations)	22'624	22'596	7'924	8'233
Durée moyenne d'hospitalisation (jours d'hospitalisation)	5,3	5,2	33,7	33,2
Taux d'occupation des lits (hospitalisations)	74,8%	77,5%	90,10%	90,00%
Indice de casemix (CMI) brut	1,09	1,09	–	–
Indice de casemix (CMI) net	1,11	1,11	–	–
Day Mix Index (DMI)	–	–	–	–
Finances et exploitation, en milliers de frs.				
Coûts totaux du secteur ambulatoire	7'831'938	8'289'039	722'686	764'371
– dont coûts à la charge de l'AOS	6'914'307	7'329'072	679'016	704'943
Coûts totaux du secteur hospitalier	15'502'449	15'931'263	1'985'601	2'057'175
– dont coûts à la charge de l'AOS, patients exclusivement assurés de base LAMal	10'380'628	10'776'855	1'773'184	1'815'211
– dont charges d'utilisation des investissements	769'720	761'166	145'162	148'112
– dont coûts à la charge de l'AOS, patients assurés en complémentaire	3'337'954	3'322'769	125'760	135'451
– dont charges d'utilisation des investissements	270'489	254'939	13'002	14'287
Coûts pour la formation prégraduée	191'329	204'865	15'352	17'138
Coûts pour la formation postgrade	330'700	360'716	31'218	32'090
Coût pour la recherche	603'528	616'289	49'437	58'484
Total des produits, y compris produits non liés aux cas	25'239'376	26'803'789	3'008'278	3'143'232
– dont produits AOS du secteur ambulatoire	5'929'701	6'544'694	455'641	486'434
– dont produits AOS stationnaire, patients exclusivement assurés de base LAMal	9'377'440	9'999'041	1'725'966	1'780'735
– dont part des assureurs	45,80%	45,50%	46,20%	45,60%
– dont produits AOS stationnaire, patients assurés en complémentaire	3'215'603	3'332'031	143'785	154'475
– dont part des assureurs	56,90%	56,50%	54,20%	52,60%

Tableau 7B : Aperçu des chiffres-clés de toute la Suisse – données par type d'activité (R et B)

	Réadaptation R		Maison de naissance B	
	2020	2021	2020	2021
Prestations et prise en charge				
Nombre de consultations ambulatoires	871'780	922'492	20'335	23'907
Nombre de journées de soins (hospitalisations, sans jour de sortie) – Réa/MN	2'113'722	2'208'780	17'623	19'774
Nombre de sorties dans l'année (hospitalisations) – Réa/MN	90'483	96'129	5'619	6'425
Nombre de lits (hospitalisations)	6'883	6'965	51	52
Durée moyenne d'hospitalisation (jours d'hospitalisation)	23,4	23	3,1	3,1
Taux d'occupation des lits (hospitalisations)	84,30%	88,60%	66,60%	80,50%
Indice de casemix (CMI) brut	–	–	1,09	1,09
Indice de casemix (CMI) net	–	–	1,11	1,11
Day Mix Index (DMI)	–	–	–	–
Finances et exploitation, en milliers de frs.				
Coûts totaux du secteur ambulatoire	138'209	137'832	2'843	3'093
– dont coûts à la charge de l'AOS	97'493	95'409	2'823	2'989
Coûts totaux du secteur hospitalier	1'857'430	1'916'130	20'407	22'612
– dont coûts à la charge de l'AOS, patients exclusivement assurés de base LAMal	1'265'711	1'319'026	19'939	22'049
– dont charges d'utilisation des investissements	118'514	121'776	1'315	1'379
– dont coûts à la charge de l'AOS, patients assurés en complémentaire	402'587	411'774	282	376
– dont charges d'utilisation des investissements	46'271	45'113	18	22
Coûts pour la formation prégraduée	8'876	7'930	–	–
Coûts pour la formation postgrade	15'201	14'618	–	–
Coût pour la recherche	24'843	22'863	–	–
Total des produits, y compris produits non liés aux cas	2'137'599	2'168'993	24'421	27'917
– dont produits AOS du secteur ambulatoire	70'148	78'105	2'849	3'515
– dont produits AOS stationnaire, patients exclusivement assurés de base LAMal	1'065'543	1'145'099	19'159	21'787
– dont part des assureurs	45,80%	46,10%	45,10%	45,10%
– dont produits AOS stationnaire, patients assurés en complémentaire	403'817	388'735	311	414
– dont part des assureurs	56,50%	53,40%	54,20%	55,30%


4 Description des chiffres-clés répertoriés

La partie « Tableaux » présente une sélection de chiffres-clés pour chaque hôpital, en Suisse. Les établissements sont répertoriés dans l'ordre alphabétique par canton, par type d'établissement et par nombre décroissant de jours de soins prodigués en 2021. Dans les *Données générales sur les établissements*, figurent le nom et l'adresse de l'établissement ainsi que le canton sous la responsabilité duquel il est placé. On trouve également le type d'hôpital, le type d'activité et de prestations et des indications sur les équipements de l'institution ainsi que sur le mandat de formation postgrade.

Les chiffres-clés des hôpitaux suisses sont calculés sur la base des données de la statistique des hôpitaux (KS) et de la statistique médicale des hôpitaux (MS) relevées par l'OFS auprès des

établissements hospitaliers. Chaque année, ces données sont mises à la disposition de l'OFSP par l'OFS. Les chiffres-clés se basent sur les données statistiques de l'année considérée et de l'année d'avant. Pour cette édition, il s'agit donc des données 2020 et 2021. Dans le cas d'établissements ayant connu des mutations tel qu'un changement d'affectation ou une fusion (tableau 2), les écarts dans les séries temporelles doivent être estimés avec prudence. La colonne « Différence % » indique en pourcentage la différence entre les chiffres-clés des deux années. Les valeurs dans les colonnes « Médiane » et « Distribution » ne se réfèrent qu'à l'année 2021. La médiane porte sur des hôpitaux suisses de même typologie. Ainsi, les valeurs d'un établissement peuvent être mises en relation avec les données d'un groupe comparable. Le diagramme en boîte (box-plot) dans la colonne « Distribution » illustre graphiquement cette relation. Sa légende est indiquée dans la figure 1.

Figure 1 : Diagramme de la colonne « Distribution »

 Le diagramme en boîte (box plot) représente les chiffres 2021. Le groupe de comparaison comprend chaque fois les hôpitaux suisses du même type.

✱ **Médiane** (valeur centrale) : cette valeur sépare le groupe de comparaison en deux parts égales : 50 % des établissements du groupe ont des valeurs plus élevées, 50 % des valeurs plus basses.

○ **Valeur zéro** : dans le cas où la fourchette de valeurs représentée comprend la valeur zéro, celle-ci est indiquée par ce symbole.

● **Etablissement représenté** : position où se trouve l'établissement décrit sur la page en question.

▶ **Valeur extrême supérieure** : pour l'institution décrite sur la page en question, le chiffre-clé se situe au-dessus de la borne de 95 % des valeurs de son groupe. Cela veut dire que la valeur est statistiquement significative et, comparées aux autres institutions, « clairement plus haute ».

◀ **Valeur extrême inférieure** : pour l'institution décrite sur la page en question, le chiffre-clé se situe au-dessous de la borne de 95 % des valeurs de son groupe. Cela veut dire que la valeur est statistiquement significative et, comparées aux autres institutions, « clairement plus basse ».

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

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

Les pages qui suivent décrivent en détail les chiffres-clés répertoriés. Les explications sont basées sur le questionnaire des enquêtes effectuées auprès des établissements hospitaliers par l'OFS. Par exemple « KS A.06.01.05 » désigne la variable A.06.01.05 du questionnaire de la statistique des hôpitaux (KS) et « MS 0.1.V04 » la variable 0.1.V04 du questionnaire de la statistique médicale des hôpitaux (MS). L'indication « OFS » signifie qu'une caractéristique donnée n'est pas directement tirée du questionnaire, mais qu'elle a été calculée par l'Office fédéral de la statistique.

Cost-weight moyens CMIb, CMIi, DMI psychiatrie et DMI réadaptation ventilé par type d'activité

Depuis l'édition des données 2021, l'OFS calcule les cost-weight moyens CMIb, CMIi, DMI psychiatrie et DMI réadaptation sur la base des informations sur le tarif pour la tarification (4.8.V01) relevées dans la MS. Cette nouvelle méthode de calcul permet de présenter pour la première fois ces chiffres-clés sous « Prestations et prise en charge par type d'activité A/P/R/B ».

Seuls les cas dont le tarif pour la tarification (4.8.V01) est connu sont pris en compte dans le calcul des cost-weight moyens. Les cas avec un tarif nul (4.8.V01 = 0) ne sont donc pas considérés.

Cost-weight moyen pour la psychiatrie et la réadaptation (DMI)

Pour l'édition des données 2021, le DMI pour la psychiatrie et pour la réadaptation ne sont pas encore disponibles. Les valeurs seront présentées avec les chiffres-clés 2022.

Données établissement

Chiffres-clés	Explication	Source/Formule ¹¹
<i>KT</i> Canton	Canton responsable du point de vue administratif de l'hôpital.	KS A.02.10
<i>Inst/Adr/Ort</i> Etablissement et adresse	Désignation et adresse de l'établissement.	KS A.02.01 KS A.02.02 KS A.02.03 KS A.02.04
<i>Typ</i> Type de l'établissement selon la typologie de l'OFS	Type de l'établissement selon la typologie des hôpitaux de l'OFS. On distingue entre hôpitaux universitaires, hôpitaux de « prise en charge centralisée » (hôpitaux cantonaux), hôpitaux de « soins de base » et cliniques spécialisées (cliniques psychiatriques, cliniques de réadaptation, chirurgie, gynécologie/néonatalogie, gériatrie, pédiatrie et cliniques spécialisées diverses) ¹² .	KS A.02.08 / OFS
<i>LA</i> Offre de prestation	Offre de prestation de l'établissement.	« Amb » : KS A.02.15 = 1 « Stat » : KS A.02.16 = 1
<i>RForm</i> Forme juridique	Répartition selon la nomenclature des formes juridiques de l'OFS. Les formes juridiques sont réunies en quatre groupes : « SA / Sàrl » comprenant société en nom collectif, société en commandite, société en commandite par actions, société anonyme, société à responsabilité limitée (Sàrl), « Association / fondation » comprenant société coopérative, association, fondation, « Raison individuelle / société » comprenant raison individuelle, société simple ainsi que « Entreprises publiques » comprenant institut de droit public, administration fédérale / cantonale / de district / communale ou d'une autre corporation de droit public, établissement fédéral / cantonal / de district / communal ou d'une autre corporation.	« Raison individuelle / société » : KS A.03 = 1, 2 « SA / Sàrl » : KS A.03 = 3 à 7 « Association / fondation » : KS A.03 = 8 à 10 « Entreprises publiques » : KS A.03 = 17, 20 à 34
<i>Akt</i> Type d'activité	Répartition par type d'activité selon les prestations fournies par les établissements. Les hôpitaux peuvent travailler dans les secteurs d'activité suivants : « Soins aigus » (A), « Psychiatrie » (P) et « Réadaptation / gériatrie » (R). Les maisons de naissance, indépendantes d'institutions cliniques (B), sont enregistrées sous leur propre type d'activité.	« A » : KS A.01.01 = 1 « P » : KS A.01.02 = 1 « R » : KS A.01.03 = 1 « B » : KS A.01.04 = 1
<i>SL</i> Prestations spécifiques	Indique si l'hôpital exploite un service d'urgence (NF) reconnu ou une unité de soins intensifs (IPS).	« NF » : KS A.06.01.01 = 1 « IPS » : KS A.06.01.05 = 1
<i>WB</i> Formation de base et formation postgrade	Indique si l'hôpital dispose de places de formation de base ou de formation postgrade pour les étudiants en médecine (MSt), les médecins (Arzt) ou autres professionnels de la santé (BGs).	« MSt » : KS A.06.01.08 = 1 « Arzt » : KS A.06.01.09 = 1 « BGs » : KS A.06.01.10 = 1
<i>AnzStand</i> Nombre de sites	Nombre de sites géographiques sur lesquels un centre hospitalier multi-sites organise ses activités en tant qu'entité juridique unique dotée d'une direction centralisée.	KS A.11.00
<i>SA</i> Infrastructure spéciale	Indique si l'hôpital dispose d'appareils et d'équipements spéciaux. Parmi ceux-ci : la résonance magnétique nucléaire (MRI), la tomographie computerisée (CT), la tomographie par émission de positrons (PET), la caméra gamma, incluant la scintigraphie et le scanner SPECT (CC), l'accélérateur linéaire (LB) et le lithotripteur (LITO).	« MRI » : KS A.13.001 « CT » : KS A.13.002 « PET » : KS A.13.003 « CC » : KS A.13.004 « LB » : KS A.13.005 « LITO » : KS A.13.006

11 OFS : Statistique des hôpitaux – Conception détaillée (version 2.1) 2020

12 OFS : Typologie des hôpitaux 2006

Données générales « prestations et prise en charge »

Chiffres-clés	Explication	Source/Formule
<i>AmbKonsT</i> Nombre de consultations ambulatoires	Nombre total de consultations ambulatoires de tous les types d'activité	(KS X1.01.05)
<i>PtageStatMST</i> Nombre de journées de soins (hospitalisations, sans jour de sortie)	Nombre total de journées de soins (sans les traitements de longue durée) de tous les cas administratifs clos entre le 1 ^{er} janvier et le 31 décembre (cas de type A) ou qui ont été ouverts avant le 1 ^{er} janvier et qui n'étaient pas clos le 31 décembre (cas de type C), sans tenir compte du jour de sortie et des jours de congé complets, limité à 365 jours au maximum par cas.	Selon MS avec MS 1.3.V01 = 3 (type de séjour : hospitalier) AND MS 0.2.V02 = « A » (sortie en cours d'année) OR « C » (admission avant le 1.1 et sortie après le 31.12) AND MS 4.8.V01 IN c(0, 1, 2, 3, 4, 5, 6) Durée de séjour totale de tous les cas (sans le jour de sortie, sans les jours de congé complets, limitée à 365 jours au maximum)
<i>AustStatMST</i> Nombre de sorties dans l'année (hospitalisations)	Nombre total des cas administratifs (sans les cas en traitements de longue durée) liquidés du 1 ^{er} janvier au 31 décembre dans tous les types d'activité.	Selon MS avec MS 1.3.V01 = 3 (type de séjour : hospitalier) AND MS 0.2.V02 = « A » (sortie en cours d'année) AND MS 4.8.V01 IN c(0, 1, 2, 3, 4, 5, 6) Nombre total de cas
<i>NeugStatMST</i> Nombre de nouveau-nés sains (traitement hospitalier)	Correspond au nombre total de sorties de nouveau-nés sains entre le 1 ^{er} janvier et le 31 décembre, selon définition SwissDRG.	Selon MS avec code SwissDRG = « P66D » OR « P67D »: Nombre total de cas
<i>Ops</i> Nombre de salles d'opération	Nombre de salles d'opération mises en service dans l'hôpital.	KS A.13.09
<i>Gebs</i> Nombre de salles d'accouchement	Nombre de salles d'accouchement qui sont exploitées.	KS A.13.11
<i>pPatWAU</i> Pourcentage de patients avec domicile à l'étranger (%, hospitalisations)	La proportion de patients avec domicile à l'étranger, calculée sur la base de la statistique médicale des hôpitaux, s'obtient en divisant le nombre de personnes hospitalisées dont le domicile est situé à l'étranger par le nombre total de personnes hospitalisées.	Selon MS avec MS 1.3.V01 = 3 (type de séjour : hospitalier) : Nombre de cas avec MS 1.1.V04 domicile à l'étranger / Nombre total de cas * 100
<i>pPatWAK</i> Pourcentage de patients hors canton (%, hospitalisations)	Pourcentage de patients provenant d'un autre canton. Il est calculé sur la base de la statistique médicale des hôpitaux en divisant le nombre de cas d'hospitalisations hors canton des personnes domiciliées en Suisse par le nombre de cas d'hospitalisations des personnes domiciliées en Suisse.	Selon MS avec MS 1.3.V01 = 3 (type de séjour : hospitalier) : Nombre de cas avec MS 1.1.V04 hors MS 0.1.V04 (domicile en Suisse hors du canton de l'établissement) / Nombre de cas avec domicile en Suisse * 100
<i>pPatLKP</i> Pourcentage de patients en division privée ou semi-privée (%, hospitalisations)	Pourcentage des patients qui occupent, durant leur séjour à l'hôpital, un lit en division privée ou semi-privée. Ce pourcentage, calculé sur la base de la statistique médicale des hôpitaux, s'obtient en divisant le nombre de cas d'hospitalisations en division privée et semi-privée par le nombre total des cas d'hospitalisation traités.	Selon MS avec MS 1.3.V01 = 3 (type de séjour : hospitalier): Nombre de cas avec (MS 1.3.V02 = 2 OR MS 1.3.V02 = 3) (classe privée ou semi-privée) / Nombre total de cas * 100
<i>pPatHOK</i> Pourcentage de patients avec AMal obligatoire comme garante principale (%, hospitalisations)	Pourcentage des patients pour lesquels les coûts des prestations de l'assurance de base pour le séjour hospitalier sont essentiellement assumés par l'assurance-maladie obligatoire. Il est calculé sur la base de la statistique médicale des hôpitaux en divisant le nombre de cas avec l'assurance-maladie obligatoire comme garante principale pour les prestations de l'assurance de base par le nombre total des cas d'hospitalisation traités.	Selon MS avec MS 1.3.V01 = 3 (type de séjour : hospitalier) : Nombre de cas avec MS 1.4.V02 = 1 (assurance-maladie obligatoire comme garante principal pour les prestations de l'assurance de base) / Nombre total de cas) * 100

Données générales « traitements de longue durée »

Chiffres-clés	Explication	Source/Formule
<i>pTagLang</i> Journées d'hospitalisation	Nombre total de journées de soins de tous les cas administratifs en traitements de longue durée.	KS A.10.01
<i>AustLang</i> Sorties	Nombre total des cas administratifs en traitements de longue durée.	KS A.10.02
<i>KostLangT</i> Coûts totaux des traitements de longue durée	Coûts occasionnés par les patients en traitements de longue durée dans toutes les catégories d'assurance (p. ex., assurance de base, complémentaire, militaire, invalidité, etc.) y compris les payeurs individuels et les patients au bénéfice d'une couverture d'assurance étrangère.	KS X2.01.50.03

Données générales « infrastructure médico-technique, nombre d'examens par appareil »

Chiffres-clés	Explication	Source/Formule
<i>pMRI_AMB</i> Nb d'examens RMI par appareil RMI en ambulatoire	Rapport entre le nombre d'examens RMI dans le secteur ambulatoire et le nombre d'appareils RMI.	KS A.13.201 / KS A.13.001
<i>pMRI_STAT</i> Nb d'examens par appareil RMI en stationnaire	Rapport entre le nombre d'examens RMI dans le secteur stationnaire et le nombre d'appareils RMI.	KS A.13.301 / KS A.13.001
<i>pCT_AMB</i> Nb d'examens par scanner CT en ambulatoire	Rapport entre le nombre d'examens CT dans le secteur ambulatoire et le nombre de scanners CT.	KS A.13.202 / KS A.13.002
<i>pCT_STAT</i> Nb d'examens par scanner CT en stationnaire	Rapport entre le nombre d'examens CT dans le secteur stationnaire et le nombre de scanners CT.	KS A.13.302 / KS A.13.002
<i>pANGIO_AMB</i> Nb d'angiographies par appareil pour angiographie en ambulatoire	Rapport entre le nombre d'angiographies dans le secteur ambulatoire et le nombre d'appareils pour angiographie.	KS A.13.207 / KS A.13.007
<i>pANGIO_STAT</i> Nb d'angiographies par appareil pour angiographie en stationnaire	Rapport entre le nombre d'angiographies dans le secteur stationnaire et le nombre d'appareils pour angiographie.	KS A.13.307 / KS A.13.007
<i>pDIA_AMB</i> Nb de dialyses par appareil pour dialyses en ambulatoire	Rapport entre le nombre de dialyses dans le secteur ambulatoire et le nombre d'appareils pour dialyses	KS A.13.208 / KS A.13.008
<i>pDIA_STAT</i> Nb de dialyses par appareil pour dialyses en stationnaire	Rapport entre le nombre dialyses dans le secteur stationnaire et le nombre d'appareils pour dialyses.	KS A.13.308 / KS A.13.008

Données générales « personnel »

Chiffres-clés	Explication	Source/Formule
<i>PersA</i> Médecins	Médecins qui prennent en charge les patients dans les différentes disciplines médicales. Le nombre de médecins travaillant en EPT indique le temps de travail accompli sur une année par rapport à un poste de travail normal à 100 %.	(KS A.14.05.02) avec KS A.14.04=1 à 6
dont <i>PersAWB</i> médecins en formation postgrade	Médecins en formation postgrade (de médecin-assistant à chef de service) qui prennent en charge les patients dans les différentes disciplines médicales. Le nombre de médecins travaillant en EPT indique le temps de travail accompli sur une année par rapport à un poste de travail normal à 100 %.	(KS A.14.05.02) avec KS A.14.04 = 1 à 5 et KS A.14.09 = 1
<i>PersP</i> Personnel soignant	Englobe les personnes qui prodiguent des soins aux malades : infirmières, sages-femmes, aides-soignants, spécialistes de la santé, personnel spécialisé pour la prise en charge, etc. Le nombre d'employés du personnel soignant en EPT correspond au temps de travail accompli sur une année par rapport à un poste normal à 100 %.	KS A.14.05.02) avec KS A.14.04=7 à 12
<i>PersMT</i> Autre personnel médical	Ce groupe englobe le personnel médico-technique et médico-thérapeutique. Il comprend le personnel du bloc opératoire, les spécialistes en radiologie, les analystes biomédicaux, les ambulanciers, le personnel universitaire (p. ex., pharmaciens, biologistes, chimistes), les physiothérapeutes, ergothérapeutes et thérapeutes d'animation, diététiciens, orthophonistes, psychologues, etc. Le nombre d'employés appartenant à ce groupe en EPT indique le temps de travail accompli sur une année par rapport à un poste normal à 100 %.	(KS A.14.05.02) avec KS A.14.04=13 à 27, 32
<i>PersT</i> Personnel total	Médecins, personnel soignant, personnel médical restant PLUS services sociaux (conseil et soutien), agents d'entretien, services techniques et personnel administratif. Le nombre d'employés appartenant à ce groupe en EPT indique le temps de travail accompli sur une année par rapport à un poste normal à 100 %.	(KS A.14.05.02)
<i>StdBelA</i> Médecins privés agréés (heures)	Heures de travail des médecins en pratique privée qui traitent leurs patients à l'hôpital et sont rémunérés sur facturation.	(KS A.14.05.04) avec KS A.14.04=33
<i>StdBelP</i> Autre personnel agréé (heures)	Heures de travail des sages-femmes et des autres personnes agréées qui traitent leurs patients à l'hôpital et sont rémunérées sur facturation.	(KS A.14.05.04) avec KS A.14.04=34, 35

Les données concernant le personnel se réfèrent au personnel dans son ensemble, sans ventilation par domaine d'engagement (ambulatoire, recherche et formation, enseignement et formation postgrade ou autres tâches publiques). Pour les collaborateurs, la fonction accomplie est répertoriée sur la base des huit catégories de personnel prédéfinies : médecins, personnel soignant, personnel médico-technique, personnel médico-thérapeutique, services sociaux (conseil et soutien), personnel de maison, ser-

vices logistiques et techniques, personnel administratif. Dans ce contexte, le travail effectivement accompli est déterminant et non la formation. Pour les chiffres-clés concernant le personnel, différentes catégories de fonction sont regroupées. Le taux d'occupation des personnes employées est indiqué en équivalents plein temps (EPT). Ainsi, une personne employée à 80 % correspond à 0,8 EPT. Pour les médecins agréés ou le personnel agréé, les heures de travail sont explicitement indiquées.

Données générales « finances et exploitation »

Chiffres-clés	Explication	Source/Formule
<i>AwBesold</i> Charges de personnel	Salaires du personnel d'exploitation, honoraires de médecins et autres charges de personnel, prestations sociales incluses, correspondant aux comptes 30 (charges salariales), 37 (charges sociales), 38 (honoraires des médecins assujettis aux assurances sociales) et 39 (autres charges de personnel) du plan comptable de H+.	KS A.15.01
<i>AwInvest</i> Charges des investissements	Charges d'utilisation des immobilisations et charges financières (charge des intérêts correspondant aux comptes 44 et 46 du plan comptable H+).	KS A.15.06 + KS A.15.08
<i>AwSonst</i> Autres charges d'exploitation	Ensemble des dépenses de fonctionnement de l'hôpital, sans les charges salariales, les charges d'utilisation des immobilisations, les charges financières ni les impôts, charges exceptionnelles et hors exploitation.	KS A.15.02 + KS A.15.03 + KS A.15.04 + KS A.15.05 + KS A.15.07 + KS A.15.09 + KS A.15.10 + KS A.15.11
<i>AwT</i> Total charges	Correspond à l'ensemble des charges (incluant les impôts, les charges exceptionnelles et les charges hors exploitation correspondant aux comptes 77 à 79 du plan comptable H+).	KS A.15.20
<i>EtMedL</i> Produits des hospitalisations et soins	Le total des produits d'exploitation résultant des hospitalisations et des soins comprend les produits des prestations médicales, infirmières et thérapeutiques fournies aux patients, les prestations unitaires médicales et les autres prestations unitaires hospitalières correspondant aux comptes 60 à 62 de H+. Les produits du secteur ambulatoire sont également compris.	KS A.15.30 + KS A.15.31 + KS A.15.32
<i>EtSonst</i> Autres produits	Prestations destinées aux patients qui ne peuvent pas être comptabilisées dans les produits des hospitalisations et soins (comptes 60 à 62 du plan comptable H+), recettes des loyers et intérêts en relation directe avec l'exploitation de l'hôpital ainsi que recettes provenant des prestations au personnel et aux tiers, impôts, produits exceptionnels et hors exploitation ainsi que variation des stocks de produits.	KS A.15.33 + KS A.15.34 + KS A.15.35 + KS A.15.41 + KS A.15.42
<i>EtSubv</i> Contributions, subventions, déficit couvert	Toutes les contributions des pouvoirs publics ou des organisations de droit privé sous forme de cotisations, de subventions ou d'éventuelles couvertures de déficit comptabilisées à part.	KS A.15.36 + KS A.16.40
dont <i>EtDef</i> total de la couverture du déficit (réserves et fonds privés, contrib. publiques)	Toutes les contributions des pouvoirs publics ou des organisations de droit privé telles que réserves, communes, cantons, Confédération, fonds privés sous forme d'éventuelles couvertures de déficit comptabilisées à part.	KS A.16.40 (KS A.16.31 + KS A.16.35 + KS A.16.32 + KS A.16.33 + KS A.16.34)
<i>EtT</i> Total des produits	Ensemble des produits (incluant les impôts, les charges exceptionnelles et les charges hors exploitation ainsi que les variations des stocks des produits)	KS 15.50
<i>FiErg</i> Résultat annuel	Résultat (bénéfice net ou perte nette), à l'exclusion d'une éventuelle couverture du déficit.	KS A.16.10 – KS A.16.20

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

Chiffres-clés	Explication	Source/Formule
<i>AmbKonsA/P/R/B</i> Nombre de consultations ambulatoires	Nombre de consultations ambulatoires ventilées par type d'activité	KS X1.01.05
<i>PtageStatMSA/P/R/B</i> Nombre de journées de soins (hospitalisations, sans jour de sortie) – Aigu / Psy / Réa / MN	Nombre total de journées de soins (sans les traitements de longue durée) de tous les cas administratifs clos entre le 1 ^{er} janvier et le 31 décembre (cas de type A) ou qui ont été ouverts avant le 1 ^{er} janvier et qui n'étaient pas clos le 31 décembre (cas de type C), sans tenir compte du jour de sortie et des jours de congé complets, limité à 365 jours au maximum par cas ; ventilée par type d'activité.	<p>Selon MS avec MS 1.3.V01 = 3 (type de séjour : hospitalier) AND MS 0.2.V02 = «A» (sortie en cours d'année) OR «C» (admission avant le 1.1 et sortie après le 31.12) AND (</p> <p>MS 4.8.V01 = 1 OR 2 OR (MS 4.8.V01 = 0 AND MS 1.4.V01 <> M500 OR M900 OR M950) (types d'activité A, B)</p> <p>OR</p> <p>MS 4.8.V01 = 5 OR 6 OR (MS 4.8.V01 = 0 AND MS 1.4.V01 = M500) (type d'activité P)</p> <p>OR</p> <p>MS 4.8.V01 = 3 OR 4 OR (MS 4.8.V01 = 0 AND MS 1.4.V01 = M900 OR M950) (type d'activité R)</p> <p>Durée de séjour totale de tous les cas (sans le jour de sortie, sans les jours de congé complets, limitée à 365 jours au maximum)</p>
<i>AustStatMSA/P/R/B</i> Nombre de sorties dans l'année – Aigu / Psy / Réa / MN (hospitalisations)	Nombre total des cas administratifs (sans les cas en traitements de longue durée) liquidés du 1 ^{er} janvier au 31 décembre ; ventilé par type d'activité.	<p>Selon MS avec MS 1.3.V01 = 3 (type de séjour : hospitalier) AND MS 0.2.V02 = « A » (sortie en cours d'année) AND (</p> <p>MS 4.8.V01 = 1 OR 2 OR (MS 4.8.V01 = 0 AND MS 1.4.V01 <> M500 OR M900 OR M950) (types d'activité A,B)</p> <p>OR</p> <p>MS 4.8.V01 = 5 OR 6 OR (MS 4.8.V01 = 0 AND MS 1.4.V01 = M500) (type d'activité P)</p> <p>OR</p> <p>MS 4.8.V01 = 3 OR 4 OR (MS 4.8.V01 = 0 AND MS 1.4.V01 = M900 OR M950) (type d'activité R)</p> <p>Nombre total de cas</p>
<i>BettenStatA/P/R/B</i> Nombre de lits (hospitalisations)	La moyenne des lits à disposition pour l'exploitation correspond au nombre de journées-lits d'exploitation (jours d'exploitation des lits) divisé par le nombre de jour dans l'année (par 365 ou par 366 pour les années bis-sextiles); ventilée par type d'activité.	<p>KS X1.02.01 / 365</p> <p>ou</p> <p>KS X1.02.01 / 366</p>
<i>DADStatMSA/P/R/B</i> Durée moyenne d'hospitalisation (jours d'hospitalisation)	La durée moyenne d'hospitalisation s'obtient en divisant le nombre total de journées de soins par le nombre de sorties dans l'année ; ventilée par type d'activité.	PtageStatMSA/P/R/B / AustStatMSA/P/R/B
<i>pBettenBelStatA/P/R/B</i> Taux d'occupation des lits (%, hospitalisations)	Le taux d'occupation des lits (sans les nouveau-nés sains, sans les soins de longue durée) s'obtient en divisant le nombre de journées d'hospitalisation par le nombre de journées-lits d'exploitation (jours d'exploitation des lits) ; ventilé par type d'activité	<p>KS X1.01.01 /</p> <p>KS X1.02.01 * 100</p>

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

Chiffres-clés	Explication	Source/Formule
<i>CMIb</i> Indice de casemix (CMI) brut	Taux de sévérité moyen des cas d'« hospitalisation » traités, sans compensation des outliers (cas dont la durée d'hospitalisation est atypique); ventilé par type d'activité. Le CMI est établi par l'OFS sur la base des données de la statistique médicale (MS).	Selon MS avec MS 4.8.V01 = 1 OR 2 AND MS 0.2.V02 = « A » (sortie en cours d'année) : Somme des cost-weights sans pondération des outliers / Nombre de cas Seuls les cas dont le tarif 4.8.V01 est connu sont considérés
<i>CMI_n</i> Indice de casemix (CMI) net	Taux de sévérité moyen des cas d'« hospitalisation » traités, corrigé par des outliers. Le CMI brut est pondéré pour tenir compte des séjours dont la durée est inférieure ou supérieure à la durée attendue ; ventilé par type d'activité. Le CMI est établi par l'OFS sur la base des données de la statistique médicale.	Selon MS avec MS 4.8.V01 = 1 OR 2 AND MS 0.2.V02 = « A » (sortie en cours d'année) : Somme des cost-weights avec pondération des outliers / Nombre de cas Seuls les cas dont le tarif 4.8.V01 est connu sont considérés
<i>DMI_{PIR}</i> Day Mix Index (DMI)	Degré de gravité moyen des cas d'« hospitalisation » traités; ventilé par type d'activité. Le DMI est établi par l'OFS sur la base des données de la statistique médicale (MS).	Selon la MS avec MS 4.8.V01 = 5 OR 6 AND MS 0.2.V02 = « A » (sortie en cours d'année) OR MS 4.8.V01 = 3 OR 4 AND MS 0.2.V02 = « A » (sortie en cours d'année): Somme des cost-weight effectifs / Somme des durées de séjour des cas Seuls les cas dont le tarif 4.8.V01 est connu sont considérés

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

Chiffres-clés	Explication	Source/Formule
<i>KostAmbA/PIR/B</i> Coûts totaux du secteur ambulatoire	Coûts occasionnés par les patients dans toutes les catégories d'assurance (p. ex., assurance de base, complémentaire, militaire, invalidité, etc.) y compris les payeurs individuels et les patients au bénéfice d'une couverture d'assurance étrangère pour le secteur ambulatoire ; ventilés par type d'activité.	KS X2.01.50.01
dont <i>KostOKPAmbA/PIR/B</i> coûts à la charge de l'AOS	Ensemble des coûts à la charge de l'AOS pour les patients ambulatoires (exclusivement assurés de base LAMal ou assurés en complémentaire) ; ventilés par type d'activité.	KS X2.01.50.04 + KS X2.01.50.09
<i>KostStatA/PIR/B</i> Coûts totaux du secteur hospitalier	Coûts occasionnés par les patients dans toutes les catégories d'assurance (p. ex., assurance de base, complémentaire, militaire, invalidité, etc.) y compris les payeurs individuels et les patients au bénéfice d'une couverture d'assurance étrangère pour le secteur hospitalier ; ventilés par type d'activité.	KS X2.01.50.02
dont <i>KostKVGStatA/PIR/B</i> coûts à la charge de l'AOS, patients exclusivement assurés de base LAMal	Ensemble des coûts à la charge de l'AOS pour les patients hospitalisés, exclusivement assurés de base LAMal ; ventilés par type d'activité.	KS X2.01.50.05
dont <i>AnIKVGStatA/PIR/B</i> charges d'utilisation des investissements	Coûts à la charge de l'AOS résultant de l'utilisation des équipements par des patients hospitalisés, exclusivement assurés de base LAMal ; ventilés par type d'activité.	KS X2.01.39.05

Chiffres-clés	Explication	Source/Formule
dont <i>KostZvOKPStatA/PIR/B</i> coûts à la charge de l'AOS, patients assurés en complémentaire	Coûts des prestations facturées à l'AOS et fournies à des patients hospitalisés, assurés en complémentaire ; ventilés par type d'activité.	KS X2.01.50.10
dont <i>AnIzVOKPStatA/PIR/B</i> charges d'utilisation des investissements	Coûts à la charge de l'AOS résultant de l'utilisation des équipements par des patients hospitalisés, assurés en complémentaire ; ventilés par type d'activité.	KS X2.01.39.10
<i>KostAWLFA/PIR/B</i> Coûts pour la formation prégraduée	Coûts provenant de l'enseignement universitaire pour la formation de base ; ventilés par type d'activité.	KS X2.01.9010
<i>KostWBLFA/PIR/B</i> Coûts pour la formation postgrade	Coûts provenant de l'enseignement universitaire pour la formation post-grade ; ventilés par type d'activité.	KS X2.01.9011
<i>KostForLFA/PIR/B</i> Coûts pour la recherche	Coûts provenant de la recherche universitaire ; ventilés par type d'activité.	KS X2.01.9012
<i>ErlAmbStatLangA/PIR/B</i> Total des produits, y compris produits non liés aux cas	Produits des prestations fournies aux patients de toutes les catégories d'assurance (p. ex., assurance de base, complémentaire, militaire, invalidité, etc.), y compris les payeurs individuels et les patients au bénéfice d'une couverture d'assurance étrangère dans le secteur ambulatoire, stationnaire (séjours hospitaliers) et des soins de longue durée ; ventilés par type d'activité.	KS X2.02.60.00
dont <i>ErlOKPAmbA/PIR/B</i> produits AOS du secteur ambulatoire	Produits des prestations à la charge de l'AOS fournies aux patients ambulatoires (exclusivement assurés de base LAMal ou assurés en complémentaire) ; ventilés par type d'activité.	KS X2.02.31.03 + KS X2.02.31.10
dont <i>ErlKVGStatA/PIR/B</i> produits AOS stationnaire, patients exclusivement assurés de base LAMal	Produits (part des assureurs et part cantonale) des prestations à la charge de l'AOS fournies aux patients hospitalisés, exclusivement assurés de base LAMal ; ventilés par type d'activité.	KS X2.02.31.04 + KS X2.02.31.05
dont <i>ErlKVGStatVA/PIR/B</i> part des assureurs (%)	Pourcentage du part des assureurs aux produits des prestations à la charge de l'AOS fournies aux patients hospitalisés, exclusivement assurés de base LAMal ; ventilés par type d'activité.	KS X2.02.31.04 / (KS X2.02.31.04 + KS X2.02.31.05) * 100
dont <i>ErlZvOKPStatA/PIR/B</i> produits AOS stationnaire, patients assurés en complémentaire	Produits (part des assureurs et part cantonale) des prestations à la charge de l'AOS fournies aux patients hospitalisés, assurés en complémentaire ; ventilés par type d'activité.	KS X2.02.31.11 + KS X2.02.31.12
dont <i>ErlZvOKPStatVA/PIR/B</i> part des assureurs (%)	Pourcentage du part des assureurs aux produits des prestations à la charge de l'AOS fournies aux patients hospitalisés, assurés en complémentaire ; ventilés par type d'activité.	KS X2.02.31.11 / (KS X2.02.31.11 + KS X2.02.31.12) * 100

Données par type d'activité

Les différents types d'activités sont « soins aigus » (A), « psychiatrie » (P), « réadaptation / gériatrie » (R) et/ou « maison de naissance » (B).

Pour chacun des types d'activité rattachés à l'établissement, les données concernant les prestations et les traitements ainsi que les données financières et d'exploitation sont parfois relevées séparément.

1 Introduzione

Questa diciassettesima edizione delle «Cifre chiave degli ospedali svizzeri», pubblicata dall'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), presenta informazioni relative a 276 stabilimenti. Le informazioni si basano sui dati 2021 della statistica ospedaliera (KS) e della statistica medica degli stabilimenti ospedalieri (MS) dell'Ufficio federale di statistica (UST) e forniscono una panoramica su struttura, pazienti, prestazioni, offerta, personale e situazione finanziaria degli ospedali, nonché sulla gravità media dei ricoveri. Hanno trasmesso all'UST i loro dati relativi al 2021 attraverso gli uffici cantonali preposti 274 stabilimenti, cioè 259 ospedali e 15 case nascita. Due stabilimenti non hanno trasmesso dati per il KS, ma solo per la SM e altri due non hanno trasmesso dati per la SM, ma solo per il KS.

L'articolo 59a dalla legge sull'assicurazione malattie (LAMal), precedentemente art. 22a LAMal, costituisce, in combinato disposto con l'articolo 31 dell'ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal), la base legale per la presente pubblicazione.

Osservazioni in merito alle cifre chiave e particolarità dello stabilimento sono riportate nel capitolo «Osservazioni».

2 Contenuto delle rilevazioni e osservazioni sulla pubblicazione

Dati

Il questionario della statistica ospedaliera (KS) comprende indicazioni sull'offerta di prestazioni, sulle attrezzature, sulle prestazioni fornite e sull'occupazione, oltre a dati finanziari del conto d'esercizio. Questi dati costituiscono la base per le Cifre chiave degli ospedali svizzeri. Gli attori coinvolti sono gli ospedali stessi, i Cantoni, l'UST e l'UFSP.

Oltre alla statistica ospedaliera, l'UST rileva statistiche complementari nel settore ospedaliero. A partire dall'edizione 2010, alcune cifre chiave sono state rilevate sulla base dei dati della statistica medica (MS).

Tipologia degli ospedali per la formazione di gruppi di riferimento

Nel quadro delle analisi standard relative alle statistiche di ospedali e istituti medico-sociali, l'UST ha sviluppato una tipologia degli stabilimenti basata prevalentemente sul campo d'attività (numero di reparti specializzati) e sui giorni di cura per reparto specializzato. L'attività di perfezionamento operata dal reparto specializzato (le cosiddette categorie di perfezionamento FMH) è un altro aspetto di cui si è tenuto conto. Gli stabilimenti sono suddivisi primariamente in ospedali per cure generali e cliniche specializzate.

Gli ospedali per cure generali sono a loro volta suddivisi in stabilimenti con presa a carico centralizzata e stabilimenti di cure di base. Nel 2021, gli ospedali con presa a carico centralizzata erano i cinque ospedali universitari (livello 1) e altri 39 grandi stabilimenti, di norma ospedali cantonali (livello 2). Gli ospedali di cure di base generali sono essenzialmente suddivisi, a seconda del numero di casi, in tre livelli di assistenza (livello 3, 4 e 5). Le cliniche specializzate comprendono quelle di riabilitazione, quelle psichiatriche e altre cliniche specializzate. Queste ultime vengono suddivise secondo la loro specializzazione.¹ Le case nascita integrate sono comprese nelle cliniche specializzate in ginecologia/neonatologia.

Tutti gli ospedali per cure generali e le cliniche specializzate di chirurgia, di ginecologia/neonatologia e di pediatria sono ospedali per cure acute. Non fanno parte degli ospedali per cure acute invece gli stabilimenti specializzati in psichiatria, terapia delle dipendenze, riabilitazione, geriatria e cure palliative.

Il vantaggio di questa suddivisione tipologica degli ospedali consiste nella possibilità di formare gruppi di riferimento a livello svizzero (tabella 1). Pertanto, nelle colonne «Mediana» e «Distribuzione» delle tabelle figurano i valori di riferimento corrispondenti a ciascun gruppo. Tuttavia, tra gli stabilimenti dello

stesso gruppo possono esserci differenze sostanziali in termini di organizzazione, mandato di prestazioni, mix dell'offerta di strutture e di numero di pazienti assistiti, che rendono difficile il confronto diretto tra istituti. Nel corso delle ristrutturazioni del settore ospedaliero operate dai Cantoni vengono create unità statistiche che in parte raggruppano più stabilimenti (regioni e gruppi ospedalieri). Si raccomanda prudenza prima di eseguire confronti all'interno dei gruppi tipologici. Inoltre, con lo scioglimento o la riorganizzazione dei gruppi si creano interruzioni nella successione dei dati.

Nel 2021, negli ospedali per cure generali è stato trattato l'83,3 per cento di tutti i casi stazionari, nelle cliniche specializzate di psichiatria il 4,3 per cento e nelle cliniche di riabilitazione il 4,3 per cento dei casi.

Forma giuridica degli ospedali

Dall'introduzione del nuovo finanziamento degli ospedali nel 2012, il concetto di statuto giuridico-economico degli stabilimenti non è più rappresentativo. Per l'indicazione dell'orientamento giuridico-economico delle imprese si utilizza quindi la forma giuridica indicata nel Registro delle imprese e degli stabilimenti (RIS).

Le forme giuridiche sono suddivise in quattro gruppi. Il gruppo «SA/Sagl» comprende la società in nome collettivo, la società in accomandita, la società in accomandita per azioni, la società anonima e la società a garanzia limitata (Sagl). Il gruppo «Associazione/fondazione» comprende la società cooperativa, l'associazione e la fondazione. Il gruppo «Ditta individuale/società» comprende la ditta individuale e la società semplice. Il gruppo «Impresa pubblica» comprende l'amministrazione federale/cantonale/distrettuale/comunale o altre corporazioni di diritto pubblico, nonché l'impresa pubblica federale/cantonale/distrettuale/comunale o di un'altra corporazione.

Nel 2021, su un totale di 276 ospedali, 47 erano imprese pubbliche nelle quali è stato trattato il 40 per cento di tutti i casi stazionari (tabella 1).

Case Mix Index e Day Mix Index

I Case Mix Index (CMI) e i Day Mix Index (DMI) presentati nella pubblicazione delle cifre chiave degli ospedali svizzeri sono calcolati raggruppando i casi forniti dall'UST sulla base delle informazioni disponibili. Queste informazioni non sono complete ed esaustive come quelle fornite dagli ospedali a SwissDRG SA per la determinazione dei cost-weight e per il calcolo dei CMI o dei DMI in vista della tariffazione ospedaliera. Pertanto,

¹ I criteri dettagliati per l'attribuzione degli stabilimenti alle varie categorie sono descritti nel progetto di tipologia degli stabilimenti ospedalieri dell'UST. UST: Typologie des hôpitaux, Versione 5.2, novembre 2006

i CMI e i DMI presentati in questa pubblicazione costituiscono solo un ordine di grandezza indicativo del grado di gravità medio dei casi trattati in un stabilimento ospedaliero e, in questo senso, il loro valore non sono usati per negoziare le tariffe ospedaliere.

A partire dall'edizione 2014 delle Cifre chiave degli ospedali svizzeri, l'UST calcolava i CMI raggruppando i dati dei casi con il grouper di 3M. A partire dall'edizione 2018, l'UST utilizza il grouper SwissDRG. Per i dati 2021 è stata utilizzata la versione di tariffazione SwissDRG v10.0/2021.

A partire dall'edizione dei dati 2021, l'UST calcola i cost-weight medi CMIb, CMIIn, DMI psichiatria e DMI riabilitazione sulla base delle informazioni sulle tariffe per la tariffazione (4.8.V01) riportate nella MS. I CMI sono quindi calcolati solo per i casi immessi come somatici acuti e per le case nascita e i DMI per i casi immessi come riabilitazione e psichiatria. Solo i casi con una tariffa per la tariffazione conosciuta sono presi in considerazione nel calcolo dei cost-weight medi.

Cifre chiave basate sui dati della statistica medica ospedaliera

Per garantire la comparabilità dei dati tra gli stabilimenti, l'UST e l'UFSP hanno deciso insieme che a partire dall'edizione 2014 l'UST avrebbe calcolato le seguenti cifre chiave sulla base dei dati della Statistica medica ospedaliera (MS) e che non sarebbero più state attinte dalla statistica amministrativa ospedaliera (KS):

- Giorni di cura (stazionari, senza giorno della dimissione) – PtageStatMST
- Pazienti dimessi durante l'anno (stazionari) – AustStatMST
- Numero di neonati sani (cura ospedaliera) – NeugStatMST
- Percentuale di pazienti con domicilio all'estero (% , stazionari) – pPatWAU
- Percentuale di pazienti di altri cantoni (% , stazionari) – pPatWAK
- Percentuale di pazienti nei reparti privati e semiprivati (% , stazionari) – pPatLKP
- Percentuale di pazienti con AMal obbligatoria come garante principale (% , stazionari) – pPatHOK
- Casemix Index lordo (CMI) – CMIb
- Casemix Index netto (CMI) – CMIIn
- Day Mix Index (DMI)

Durante la fase di validazione delle cifre chiave degli ospedali svizzeri, gli stabilimenti ricevono, tra altri documenti, un documento che descrive il metodo di calcolo dell'UST per le seguenti tre cifre chiave: numero di giorni di cura (ricoveri, senza giorno di dimissione), numero di dimissioni nell'anno in rassegna (ricoveri) e numero di neonati sani (cure ospedaliere).

Questo metodo di calcolo esclude le variabili incongruenti (p. es. giorno di ammissione non indicato, data di uscita intermedia o di riammissione sbagliata, ecc.), i quali creano differenze tra i risultati ottenuti dall'UST e quelli ottenuti dagli stabilimenti. In effetti, i test svolti al momento dell'importazione dei dati trasmessi all'UST possono portare all'esclusione di queste variabili o alla loro ricodifica. In queste situazioni, le cifre chiave calcolate dall'UST (giorno di cura, dimissione, neonati sani, CMI, ecc.) possono variare sensibilmente da quelle ottenute dagli stabilimenti. Da parte loro i cantoni, svolgono anch'essi delle plausibilizzazioni. Così, il set di dati trasmesso all'UST dai cantoni differisce da quello esportato dalle istituzioni.

Osservazioni e commenti degli ospedali

Nel capitolo «Osservazioni» gli stabilimenti hanno la possibilità di descrivere e commentare le peculiarità della loro situazione. Come per le edizioni scorse, le cifre chiave di questa pubblicazione sono state sottoposte preliminarmente agli stabilimenti per il controllo e la validazione e diverse istituzioni hanno ritenuto doveroso commentare le cifre chiave.

Novità nell'edizione dei dati 2021

A partire dall'edizione dei dati 2021, l'UST calcola i cost-weight medi CMIb, CMIIn, DMI psichiatria e DMI riabilitazione sulla base delle informazioni sulle tariffe per la tariffazione riportate nella MS. I CMI sono quindi calcolati solo per i casi immessi come somatici acuti e per le case nascita e i DMI per i casi immessi come riabilitazione e psichiatria. Solo i casi con una tariffa per la tariffazione conosciuta sono presi in considerazione nel calcolo dei cost-weight medi.

Per l'edizione dei dati 2021, i DMI per la psichiatria e la riabilitazione non sono ancora disponibili. I valori saranno presentati con le cifre chiave del 2022.

Tabella 1: Tipologia e forma giuridica degli ospedali nel 2021²

Tipologia		SA/ Sagl	Associazione/ fondazione	Ditta individuale/ società	Impresa pubblica	Totale
Ospedali per cure generali, presa a carico centralizzata (liv. 1, ospedale universitario)	Stabilimenti	1	–	–	4	5
	Casi stazionari	49'579	–	–	181'597	231'176
Ospedali per cure generali, presa a carico centralizzata (liv. 2)	Stabilimenti	19	5	–	15	39
	Casi stazionari	349'947	65'174	–	302'894	718'015
Ospedali per cure generali, cure di base (livello 3)	Stabilimenti	12	2	–	4	18
	Casi stazionari	89'159	13'868	–	27'851	130'878
Ospedali per cure generali, cure di base (livello 4)	Stabilimenti	17	4	–	4	25
	Casi stazionari	69'956	14'325	–	18'209	102'490
Ospedali per cure generali, cure di base (livello 5)	Stabilimenti	7	6	–	4	17
	Casi stazionari	10'071	3'303	–	2'196	15'570
Cliniche psichiatriche (livello 1)	Stabilimenti	9	–	–	9	18
	Casi stazionari	23'320	–	–	24'003	47'323
Cliniche psichiatriche (livello 2)	Stabilimenti	16	12	–	3	31
	Casi stazionari	7'932	3'384	–	3'410	14'726
Cliniche di riabilitazione	Stabilimenti	38	11	–	2	51
	Casi stazionari	40'414	18'460	–	2'952	61'826
Cliniche specializzate: chirurgia	Stabilimenti	31	3	–	–	34
	Casi stazionari	50'490	21'614	–	–	72'104
Cliniche specializzate: ginecologia/neonatologia	Stabilimenti	11	3	1	–	15
	Casi stazionari	5'214	1'126	85	–	6'425
Cliniche specializzate: pediatria	Stabilimenti	–	2	–	1	3
	Casi stazionari	–	12'947	–	5'385	18'332
Cliniche specializzate: geriatria	Stabilimenti	1	1	–	1	3
	Casi stazionari	1'636	2'016	–	5'562	9'214
Cliniche specializzate: altre	Stabilimenti	11	5	1	–	17
	Casi stazionari	7'870	1'598	68	–	9'536
Totale	Stabilimenti	173	54	2	47	276
	Casi stazionari	705'588	157'815	153	574'059	1'437'615

² Casi stazionari: numero delle dimissioni nel corso dell'anno secondo la statistica medica (cifra chiave AustStatMST raggruppata per tipologia e forma giuridica)

3 Il settore stazionario in breve

Costi del settore ospedaliero

Nel 2020 l'assistenza ospedaliera, con 30,9 miliardi di franchi, ha generato il 37,1 per cento dei costi del sistema sanitario.³ Nel 2021 in media, il 62 per cento dei costi d'esercizio concerneva il personale. I costi del personale rappresentano quindi la quota maggiore di spesa ospedaliera. L'8,3 per cento riguardava gli investimenti. Mediamente, l'84 per cento dei ricavi totali proveniva da degenze e cure. In media, l'83,4 per cento dei ricavi era generato dalle cure acute, il 9,8 per cento dalla psichiatria e il 6,7 per cento dalla riabilitazione/geriatria.

Stabilimenti, posti letto e casi

Nel 1997, un anno dopo l'entrata in vigore della legge federale sull'assicurazione malattie obbligatoria, la statistica ospedaliera contava 406 stabilimenti. Da allora, il numero di ospedali è diminuito costantemente. Nel 2021, il numero di ospedali e delle case nascita era sceso rispettivamente a 261 e 15, per un totale di 276. Sebbene questo dato sia identico dell'anno precedente, va notato che due stabilimenti hanno chiuso e altri due hanno aperto (Tabella 3). Le variazioni osservate tra il 2020 e il 2021 sono indicate nella tabella 2.

Come indicato nella tabella 4, il numero di posti letto è diminuito dello 0,3 per cento rispetto al 2015 (ospedali per cure generali e cliniche specializzate insieme).

Nel 2021, circa 1,4 milioni di pazienti stazionari sono stati trattati negli ospedali svizzeri. Rispetto all'anno precedente si è assistito ad un aumento del numero dei casi stazionari dello 5,0 per cento (tabella 5).

Personale

Nel 2021, negli ospedali svizzeri è aumentato del 1,9 per cento rispetto all'anno precedente il numero di occupati in equivalenti a tempo pieno, raggiungendo la cifra di 177 882 persone (tabella 6). Il 40 per cento degli equivalenti a tempo pieno era costituito da personale sanitario addetto alle cure, il 14 per cento da personale di altri settori specialistici di medicina e 15 per cento da medici. Tra i medici, il 6 per cento è in formazione, nel 2021.

Le indicazioni sul personale si riferiscono all'intero organico, senza ulteriori suddivisioni secondo l'occupazione nel settore ambulatoriale, della ricerca o dell'insegnamento, nell'istruzione o nel perfezionamento oppure in altre mansioni pubbliche.

Tabella 2: Variazioni 2020 – 2021

Istituzione	Variazioni 2020 / 2021
Paracelsus-Spital Richterswil AG	Stabilimento chiuso nell'autunno 2020
Cardiocentro Ticino (CCT)	Acquisizione da parte dell'EOC
Clinique de Carouge SA	Rimosso dai dati, ora svolge solo attività ambulatoriale
Spitalverbund Appenzell Ausserrhodon	Un unico questionario per i due stabilimenti Spitalverbund Appenzell Ausserrhodon, Akutsomatisches Psychiatrisches Zentrum
Berit Klinik Goldach	Inizio attività 1.1.2021 inizialmente come fornitore di prestazioni ambulatoriali e ospedale convenzionato
Nouvelle Clinique Vert-Pré	Apertura nell'autunno 2021
cereneo International AG Neurorehabilitationsklinik	Nuovo stabilimento
Vista Augenklinik Pfäffikon	Nuovo stabilimento

³ UST: Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungserbringern 1985–2020 (tabella T14.05.01.02; (disponibile solo in [francese](#) e [tedesco](#));)

Tabella 3: Numero di stabilimenti ospedalieri⁴

	2018	2019	2020	2021
SA / Sagl	167	172	168	173
Associazione / fondazione	60	57	55	54
Ditta individuale / società	2	2	2	2
Impresa pubblica	52	50	51	47
Totale	281	281	276	276

Tabella 4: Numero di posti letto negli ospedali per cure generali / nelle cliniche specializzate (stazionari, eccetto i neonati sani)⁵

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ospedali per cure generali	24'719	24'320	24'468	24'226	24'414	23'948	23'930
Cliniche specializzate	13'246	13'739	13'795	13'825	13'643	13'663	13'915
Totale	37'965	38'058	38'263	38'051	38'057	37'611	37'845

Tabella 5: Casi stazionari⁵

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ospedali per cure generali	1'189'132	1'201'816	1'198'499	1'204'632	1'213'698	1'143'267	1'199'526
Cliniche specializzate	216'653	240'324	243'899	238'994	233'415	227'983	240'447
Totale	1'405'785	1'442'140	1'442'398	1'443'626	1'447'113	1'371'250	1'439'973

Tabella 6: Occupati in equivalenti a tempo pieno⁵

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ospedali per cure generali	123'594	125'976	128'415	130'814	134'179	136'922	139'738
Cliniche specializzate	34'071	35'969	37'049	37'558	36'749	37'671	38'144
Totale	156'945	161'945	164'964	167'873	170'928	174'593	177'882

⁴ Numero di stabilimenti raggruppati per tipologia e forma giuridica

⁵ UST: Statistica ospedaliera Tabelle standard 2021: tabella T14.04.01.01 (disponibile solo in francese e tedesco); le cliniche specializzate comprendono le cliniche psichiatriche, di riabilitazione e altri stabilimenti specializzati)

Sistema di classificazione dei pazienti

Dei sistemi di classificazione dei pazienti (DRG) sono stati sviluppati negli USA già a metà degli anni 1970.⁶ In Svizzera il primo lavoro rilevante in questo campo è stato pubblicato nel 1990.⁷ Nel 1998, su iniziativa dell'Istituto di medicina sociale e preventiva IMSP di Losanna e di ISE Suisse (Institut de la santé et de l'économie), sono iniziati i lavori preliminari per adattare il sistema americano AP-DRG alla Svizzera, comprendenti la rilevazione dei costi, l'adeguamento del meccanismo di formazione dei gruppi di pazienti alla situazione svizzera e l'allestimento di regole e definizioni per la fatturazione in base ai DRG. A partire dal 2002, i Cantoni di Vaud, Vallese e Zurigo hanno deciso per primi di adottare l'AP-DRG come strumento per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere e per il calcolo delle sovvenzioni e dei budget globali.

Il sistema tariffario SwissDRG («Swiss Diagnosis Related Groups»)⁸ per la remunerazione delle prestazioni stazionarie di medicina somatica acuta è stato introdotto su scala nazionale il 1° gennaio 2012. È basato sul sistema di classificazione dei pazienti G-DRG, usato in Germania, e regola uniformemente l'indennizzo delle prestazioni ospedaliere mediante l'applicazione di importi forfettari per caso, conformemente all'ultima revisione della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). Il sistema SwissDRG è stato inizialmente introdotto per le attività non ambulatoriali degli ospedali e dei reparti somatici acuti e successivamente è stato esteso alle prestazioni stazionarie della psichiatria e della riabilitazione. La struttura tariffaria TARPSY, introdotta il 1° gennaio 2018, copre tutti i campi di prestazioni stazionarie della psichiatria per adulti, dell'infanzia e dell'adolescenza. Nella psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, l'applicazione della struttura tariffaria è obbligatoria dal 1° gennaio 2019. La struttura tariffaria per la riabilitazione ospedaliera ST Reha è in vigore dal 1° gennaio 2022.

Nel sistema SwissDRG, i casi trattati vengono assegnati a un gruppo specifico chiamato *Diagnosis Related Groups* (DRG) tramite un algoritmo sulla base delle diagnosi e dei trattamenti. Vengono inoltre prese in considerazione caratteristiche aggiuntive come età, sesso e aspetti relativi alla durata

di degenza. A tale scopo vengono formati gruppi di casi che presentano degenze ospedaliere paragonabili in termini di prestazioni mediche e anche di costi globali. Le strutture tariffarie TARPSY e ST Reha funzionano secondo gli stessi principi. Nel campo della psichiatria, i gruppi di casi sono chiamati *Psychiatric Cost Groups* (PCG) e nel campo della riabilitazione si parla di *Rehabilitation Cost Groups* (RCG). A differenza del sistema SwissDRG, i sistemi TARPSY e ST Reha tengono conto della durata di degenza del paziente.

Sono esclusi dai sistemi tariffari SwissDRG, TARPSY o ST Reha i casi trattati nelle case di cura o da un servizio di assistenza e cure a domicilio (Spitex) e i pazienti che alla fine di un ricovero ospedaliero attendono un posto in una casa di cura o di essere presi a carico da un servizio Spitex.

Indice di case-mix (CMI) e Day Mix Index (DMI)

L'indice di case-mix (CMI) nel sistema SwissDRG e il Day Mix Index (DMI) nei sistemi TARPSY e ST Reha corrispondono alla gravità media dei casi trattati in un ospedale. Rappresentano una misura sintetica importante per esprimere i costi di trattamento, corretti per la gravità dei casi.⁹

Nel sistema SwissDRG, ai singoli gruppi di casi sono attribuiti costi relativi (cost-weight) in base alla gravità dei rispettivi casi, mentre nelle strutture tariffarie TARPSY e ST Reha, ai singoli gruppi di casi sono attribuiti diversi valori di costi relativi in base alla durata di degenza («cost-weight giornalieri»).

Nel sistema SwissDRG, il CMI di un ospedale è la somma dei costi relativi dei casi divisa per il numero dei casi:

$$CMI = \frac{\text{Somma dei costi relativi dei casi}}{\text{Numero dei casi}}$$

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

Con

i = casi; CW : cost weight; n : numero totale di casi nell'ospedale

6 Thompson JD, Fetter RB, Mross C D. Case mix and resource use. *Inquiry*, 1975; 12: 300-12

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

8 www.swissdr.org

9 Le gravità in base al tipo di ospedale sono state presentate in BFS Aktuell: Spitalaufenthalte im Überblick. Ergebnisse aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser 2005, 532-0705-05, marzo 2007, Neuchâtel

I casi con una durata della degenza fuori dai limiti attesi sono definiti «outlier» (valori estremi). La ponderazione degli outlier nel calcolo del CMI consente di distinguere tra CMI lordo e CMI netto.¹⁰ Il CMI lordo corrisponde al cost weight medio di tutti i casi trattati nell'ospedale senza ponderazione degli outlier. Il CMI netto si calcola considerando separatamente i valori estremi inferiori e superiori: per ogni singolo caso si calcola un cost-weight ponderato in base alla degenza effettiva del caso.

Nei sistemi TARPSY und ST Reha, il DMI di un ospedale è la somma dei valori relativi dei casi divisa per la somma della durata di degenza dei casi. Il valore relativo dei casi si ottiene moltiplicando il cost-weight giornalieri per la durata della degenza:

$$DMI = \frac{\text{Somma dei valori relativi dei casi}}{\text{Somma della durata di degenza dei casi.}}$$

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

Con

i = casi i; CWT: cost-weight giornalieri; D: durata della degenza

¹⁰ Per una descrizione più approfondita del CMI lordo e netto si rimanda alla pubblicazione dell'UST: UST: Der Case Mix Index – ein Mass für den durchschnittlichen Schweregrad der Krankenhausfälle, StatSanté 3/2004

Panoramica svizzera

Le tabelle 7A e 7B sono una panoramica sulle cifre chiave degli ospedali svizzeri nella loro totalità.

Tabella 7A: Panoramica sulle cifre chiave di tutta la Svizzera – indicazioni generali

	2020	2021
Prestazioni e cure		
Numero di consulti ambulatoriali	19'720'821	23'153'357
Giorni di cura (stazionari, senza giorno della dimissione)	11'053'801	11'449'686
Pazienti dimessi durante l'anno (stazionari)	1'363'421	1'437'669
Numero di neonati sani (cura ospedaliera)	77'105	80'836
Sale operatorie	1'020	1'035
Numero di sale parto	352	348
Percentuale di pazienti con domicilio all'estero (stazionari)	2,2%	2,2%
Percentuale di pazienti di altri cantoni (stazionari)	18,5%	18,9%
Percentuale di pazienti nei reparti privati e semiprivati (stazionari)	20,9%	20,4%
Percentuale di pazienti con AMal obbligatoria come garante principale (stazionari)	92,2%	92,4%
Cura per pazienti lungodegenti		
Giorni di cura	398'501	273'985
Uscite	10'565	8'250
Totale costi della cura per pazienti lungodegenti, in 1000 fr.	236'400	180'634
Infrastruttura medico-tecnica, numero di esami per apparecchio		
MRI, ambulatoriale	2'638	2'975
MRI, stazionario	434	463
Tomografia computerizzata, (TAC), ambulatoriale	2'884	3'205
Tomografia computerizzata, (TAC), stazionario	1'792	1'968
Angiografia, ambulatoriale	394	380
Angiografia, stazionario	498	488
Dialisi, ambulatoriale	311	308
Dialisi, stazionario	28	26
Personale		
Medici	25'542	26'165
– di cui medici in perfezionamento	11'164	11'559
Personale sanitario	70'442	71'575
Altro personale medico	24'499	25'197
Totale personale	173'923	177'882
Medici accreditati (ore)	2'416'584	2'218'168
Altro personale accreditato (ore)	848'175	872'967
Dati finanziari e d'esercizio, in 1000 fr.		
Costi del personale	20'028'482	20'700'391
Costi d'investimento	2'687'853	2'762'266
Altri costi d'esercizio	9'097'890	9'640'744
Totale costi	32'010'564	33'293'550
Ricavi per degenze e cure	26'190'139	27'916'570
Altri ricavi	2'187'362	2'332'940
Contributi, sussidi, copertura del disavanzo	3'272'003	3'319'183
– di cui Totale copertura del deficit (riserve e fondi privati, contributo pubblico)	396'186	196'654
Risultato annuale	-548'831	74'716

Tabella 7B: Panoramica sulle cifre chiave di tutta la Svizzera – indicazioni per tipo di attività (A e P)

	Cure acute A		Psichiatria P	
	2020	2021	2020	2021
Prestazioni e cure				
Numero di consulti ambulatoriali	16'120'815	19'292'461	2'707'891	2'914'497
Giorni di cura (stazionari, senza giorno della dimissione) – Acuto/Psi	6'330'366	6'536'542	2'577'678	2'671'338
Pazienti dimessi durante l'anno (stazionari) – Acuto/Psi	1'190'827	1'254'665	76'492	80'394
Posti letto (stazionari)	22'624	22'596	7'924	8'233
Durata media di degenza (giorni, stazionaria)	5,3	5,2	33,7	33,2
Tasso d'occupazione dei letti (stazionari)	74,8%	77,5%	90,10%	90,00%
Casemix Index lordo (CMI)	1,09	1,09	–	–
Casemix Index netto (CMI)	1,11	1,11	–	–
Day Mix Index (DMI)	–	–	–	–
Dati finanziari e d'esercizio, in 1000 fr.				
Totale costi del settore ambulatoriale	7'831'938	8'289'039	722'686	764'371
– di cui costi a carico dell'AOMS	6'914'307	7'329'072	679'016	704'943
Totale costi del settore stazionario	15'502'449	15'931'263	1'985'601	2'057'175
– di cui costi a carico dell'AOMS, solo pazienti con assicurazione di base LAMal	10'380'628	10'776'855	1'773'184	1'815'211
– di cui costi di utilizzo delle immobilizzazioni	769'720	761'166	145'162	148'112
– di cui costi a carico dell'AOMS, pazienti con assicurazioni complementari	3'337'954	3'322'769	125'760	135'451
– di cui costi di utilizzo delle immobilizzazioni	270'489	254'939	13'002	14'287
Costi della formazione	191'329	204'865	15'352	17'138
Costi del perfezionamento	330'700	360'716	31'218	32'090
Costi della ricerca	603'528	616'289	49'437	58'484
Ricavi complessivi, compresi ricavi legati ai casi e non	25'239'376	26'803'789	3'008'278	3'143'232
– di cui ricavi AOMS del settore ambulatoriale	5'929'701	6'544'694	455'641	486'434
– di cui ricavi AOMS stazionario, solo pazienti con assicurazione di base LAMal	9'377'440	9'999'041	1'725'966	1'780'735
– di cui percentuale assicurazione	45,80%	45,50%	46,20%	45,60%
– di cui ricavi AOMS stazionario, pazienti con assicurazioni complementari	3'215'603	3'332'031	143'785	154'475
– di cui percentuale assicurazione	56,90%	56,50%	54,20%	52,60%

Tabella 7B: Panoramica sulle cifre chiave di tutta la Svizzera – indicazioni per tipo di attività (R e B)

	Riabilitazione R		Case nascita B	
	2020	2021	2020	2021
Prestazioni e cure				
Numero di consulti ambulatoriali	871'780	922'492	20'335	23'907
Giorni di cura (stazionari, senza giorno della dimissione) – Riab/CN	2'113'722	2'208'780	17'623	19'774
Pazienti dimessi durante l'anno (stazionari) – Riab/CN	90'483	96'129	5'619	6'425
Posti letto (stazionari)	6'883	6'965	51	52
Durata media di degenza (giorni, stazionaria)	23,4	23	3,1	3,1
Tasso d'occupazione dei letti (stazionari)	84,30%	88,60%	66,60%	80,50%
Casemix Index lordo (CMI)	–	–	1,09	1,09
Casemix Index netto (CMI)	–	–	1,11	1,11
Day Mix Index (DMI)	–	–	–	–
Dati finanziari e d'esercizio, in 1000 fr.				
Totale costi del settore ambulatoriale	138'209	137'832	2'843	3'093
– di cui costi a carico dell'AOMS	97'493	95'409	2'823	2'989
Totale costi del settore stazionario	1'857'430	1'916'130	20'407	22'612
– di cui costi a carico dell'AOMS, solo pazienti con assicurazione di base LAMal	1'265'711	1'319'026	19'939	22'049
– di cui costi di utilizzo delle immobilizzazioni	118'514	121'776	1'315	1'379
– di cui costi a carico dell'AOMS, pazienti con assicurazioni complementari	402'587	411'774	282	376
– di cui costi di utilizzo delle immobilizzazioni	46'271	45'113	18	22
Costi della formazione	8'876	7'930	–	–
Costi del perfezionamento	15'201	14'618	–	–
Costi della ricerca	24'843	22'863	–	–
Ricavi complessivi, compresi ricavi legati ai casi e non	2'137'599	2'168'993	24'421	27'917
– di cui ricavi AOMS del settore ambulatoriale	70'148	78'105	2'849	3'515
– di cui ricavi AOMS stazionario, solo pazienti con assicurazione di base LAMal	1'065'543	1'145'099	19'159	21'787
– di cui percentuale assicurazione	45,80%	46,10%	45,10%	45,10%
– di cui ricavi AOMS stazionario, pazienti con assicurazioni complementari	403'817	388'735	311	414
– di cui percentuale assicurazione	56,50%	53,40%	54,20%	55,30%

4 Descrizione delle cifre chiave

Nella parte delle tabelle è presentata una selezione di cifre chiave per ciascun ospedale. I singoli stabilimenti sono riportati nel seguente ordine: alfabetico per Cantone e tipo di ospedale e discendente per numero di giorni di cura nel 2021. Nei dati sullo stabilimento, oltre al nome e all'indirizzo dello stabilimento e al Cantone da cui dipende sono indicati anche il tipo di ospedale, il tipo di attività e di prestazioni e altre informazioni sull'infrastruttura dell'istituto e sul mandato di perfezionamento.

Le cifre chiave degli ospedali svizzeri sono calcolate sulla base dei dati della statistica ospedaliera (KS) e della statistica medica degli stabilimenti ospedalieri (MS) raccolti dall'UST presso gli ospedali. Ogni anno, questi dati vengono messi a disposizio-

ne dell'UFSP dall'UST. Le cifre chiave si basano su dati statistici relativi all'anno in rassegna e all'anno precedente. In questa edizione sono riportati i dati degli anni 2020 e 2021. Nel caso di stabilimenti che hanno subito mutazioni quali ristrutturazioni o fusioni (tabella 2), le divergenze nelle serie temporali vanno valutate con prudenza. Nella colonna «Differenza %» appare la differenza percentuale dall'anno precedente. I valori nelle colonne «Mediana» e «Distribuzione» si riferiscono solo al 2021. La mediana riguarda gli ospedali svizzeri della stessa tipologia. Quindi i valori di uno stabilimento possono essere confrontati con i dati di un gruppo comparabile. Il box-plot nella colonna «Distribuzione» riproduce graficamente il confronto: La legenda si trova nella figura 1.

Di seguito sono descritte nel dettaglio le cifre chiave. Le spiegazioni si basano sui questionari delle indagini effettuate presso gli ospedali dall'UST. Per esempio, «KS A.06.01.05» indica la variabile A.06.01.05 del questionario della statistica ospedaliera (KS) e «MS 0.1.V04» la variabile 0.1.V04 del questionario della statistica medica degli stabilimenti ospedalieri (MS). L'indicazione «UST» significa che questa caratteristica non proviene direttamente da un questionario ma è stata calcolata dall'UST.

Figura 1: Segni grafici nella colonna «Distribuzione»

● —* Nel box plot sono rappresentate le cifre del 2021. I gruppi di riferimento riuniscono gli ospedali svizzeri appartenenti allo stesso tipo ospedaliero.

* **Mediana** (valore del 50 per cento): la mediana divide esattamente a metà un gruppo di riferimento. Il 50 per cento del gruppo presenta valori superiori, il 50 per cento inferiori.

○ **Valore zero**: se l'intervallo di valori descritto contiene lo zero, quest'ultimo viene indicato con un cerchio.

● **Stabilimento**: simbolo che indica la cifra chiave per lo stabilimento descritto.

▶ **Outlier superiore**: la cifra chiave per lo stabilimento descritto supera l'intervallo del 95 per cento nel rispettivo gruppo di riferimento. Ciò significa che il valore rappresenta statisticamente un'anomalia e che può essere definito «chiaramente superiore» nei confronti degli altri ospedali.

◀ **Outlier inferiore**: la cifra chiave per lo stabilimento descritto è inferiore all'intervallo del 95 per cento nel rispettivo gruppo di riferimento. Ciò significa che il valore rappresenta statisticamente un'anomalia e che può essere definito «chiaramente inferiore» nei confronti degli altri ospedali.

— **Intervallo del 50 per cento**: comprende il 50 per cento degli stabilimenti del gruppo di riferimento.

— **Intervallo del 95 per cento**: comprende il 95 per cento degli stabilimenti del gruppo di riferimento.

I cost-weight medi CMlb, CMIn, DMI psichiatria e DMI riabilitazione vengono suddivisi per tipo di attività

A partire dall'edizione dei dati 2021, l'UST calcola i cost-weight medi CMlb, CMIn, DMI psichiatria e DMI riabilitazione sulla base delle informazioni sulle tariffe per la tariffazione (4.8.V01) riportate nella MS. Questo nuovo metodo di calcolo consente di presentare per la prima volta queste cifre chiave alla rubrica «Prestazioni e cure per tipo di attività A/P/R/B».

Solo i casi per i quali la tariffa per la tariffazione (4.8.V01) è conosciuta sono presi in considerazione nel calcolo dei cost-weight medi. I casi con tariffe per la tariffazione zero (4.8.V01 = 0) non sono quindi considerati.

Cost-weight medi per la psichiatria e riabilitazione (DMI)

Per l'edizione dei dati 2021, i DMI per la psichiatria e la riabilitazione non sono ancora disponibili. I valori saranno presentati con le cifre chiave del 2022.

Dati «stabilimento»

Cifra chiave	Spiegazione	Fonte/formula ¹¹
<i>KT</i> Cantone	Cantone sotto la cui giurisdizione amministrativa si trova l'ospedale.	KS A.02.10
<i>Inst/Adr/Ort</i> Stabilimento e indirizzo	Nome e indirizzo dello stabilimento.	KS A.02.01 KS A.02.02 KS A.02.03 KS A.02.04
<i>Typ</i> Tipo di ospedale secondo la tipologia ospedaliera UST	Tipo di ospedale secondo la tipologia ospedaliera UST. Si distinguono ospedali universitari, stabilimenti con presa a carico centralizzata (ospedali cantonali), stabilimenti per cure di base e cliniche specializzate (psichiatria, riabilitazione, chirurgia, ginecologia/neonatologia, geriatria, pediatria e diverse). ¹²	KS A.02.08 / UST
<i>LA</i> Offerta di prestazioni	Offerta di prestazioni dello stabilimento	«Amb»: KS A.02.15 = 1 «Stat»: KS A.02.16 = 1
<i>RForm</i> Forma giuridica	Ripartizione conformemente alla nomenclatura delle forme giuridiche dell'UST. Le forme giuridiche sono suddivise in quattro gruppi: «SA / Sagl» con società in nome collettivo, società in accomandita, società in accomandita per azioni, società anonima, società a garanzia limitata (Sagl), «Associazione / fondazione» con società cooperativa, associazione, fondazione, «Ditta individuale / società» con ditta individuale, società semplice inoltre «Impresa pubblica» con istituto di diritto pubblico, amministrazione federale / cantonale / distrettuale / comunale o altre corporazioni di diritto pubblico, impresa pubblica federale / cantonale / distrettuale / comunale o di una corporazione.	«Ditta individuale / società»: KS A.03 = 1, 2 «SA / Sagl»: KS A.03 = 3 a 7 «Associazione / fondazione»: KS A.03 = 8 a 10 «Impresa pubblica»: KS A.03 = 17, 20 a 34
<i>Akt</i> Tipo di attività	Ripartizione per tipo di attività secondo le prestazioni fornite dagli stabilimenti. Gli ospedali possono operare nei settori di attività «cure acute» (A), «psichiatria» (P) e «riabilitazione / geriatria» (R); le case nascita (B) indipendenti da istituzioni cliniche vengono rilevate in un tipo di attività proprio.	«A»: KS A.01.01 = 1 «P»: KS A.01.02 = 1 «R»: KS A.01.03 = 1 «B»: KS A.01.04 = 1
<i>SL</i> Prestazioni specifiche	Indicazione se l'ospedale dispone di un servizio di pronto soccorso (NF) riconosciuto o di un reparto di cure intense (IPS).	«NF»: KS A.06.01.01 = 1 «IPS»: KS A.06.01.05 = 1
<i>WB</i> Formazione e perfezionamento	Indicazione se l'ospedale è sede di formazione e perfezionamento per studenti di medicina (MSt), medici (Arzt) o altri professionisti della salute (BGs).	«MSt»: KS A.06.01.08 = 1 «Arzt»: KS A.06.01.09 = 1 «BGs»: KS A.06.01.10 = 1
<i>AnzStand</i> Numero di sedi	Numero delle sedi geografiche nelle quali un centro ospedaliero distribuito su più sedi organizza le sue attività come unità giuridica unica dotata di una direzione centrale.	KS A.11.00
<i>SA</i> Infrastruttura speciale	Indicazione se l'ospedale possiede apparecchi e infrastrutture speciali. Tra questi apparecchi si annoverano: tomografo a risonanza magnetica (MRI), tomografo computerizzato (CT), tomografo a emissione di positroni (PET), gamma camera inclusi scintigrafia e SPECT (CC), acceleratore lineare (LB) e litotritore (LITO).	«MRI»: KS A.13.001 «CT»: KS A.13.002 «PET»: KS A.13.003 «CC»: KS A.13.004 «LB»: KS A.13.005 «LITO»: KS A.13.006

11 UST: Statistica ospedaliera – Progetto dettagliato (versione 2.1, 2020)

12 UST: Typologie des hôpitaux 2006

Dati generali «prestazioni e cure»

Cifra chiave	Spiegazione	Fonte/formula
<i>AmbKonsT</i> Numero di consulti ambulatoriali	Numero totale dei consulti ambulatoriali in tutti tipi di attività	(KS X1.01.05)
<i>PtageStatMST</i> Giorni di cura (stazionari, senza giorno della dimissione)	Numero totale dei giorni di cura (senza cura per pazienti lungodegenti) di tutti i casi amministrativi conclusi dal 1° gennaio al 31 dicembre (casi di tipo A) o aperti prima del 1° gennaio e non ancora conclusi il 31 dicembre (casi di tipo C), senza tener conto del giorno di dimissione e di tutti i giorni di congedo, limitatamente a un massimo di 365 giorni per caso.	Secondo MS con MS 1.3.V01 = 3 (trattamento stazionario) AND MS 0.2.V02 = «A» (dimissione entro l'anno) OR «C» (ammissione prima del 1° gennaio e dimissione dopo il 31 dicembre) AND MS 4.8.V01 IN c(0, 1, 2, 3, 4, 5, 6) Somma della durata di degenza di tutti i casi (senza giorno della dimissione, senza il totale dei giorni di congedo, limitatamente a un massimo di 365 giorni)
<i>AustStatMST</i> Pazienti dimessi durante l'anno (stazionari)	Numero totale dei casi amministrativi (senza i casi lungodegenti) liquidati dal 1° gennaio al 31 dicembre in tutti tipi di attività.	Secondo MS con MS 1.3.V01 = 3 (trattamento stazionario) AND MS 0.2.V02 = «A» (dimissione entro l'anno) AND MS 4.8.V01 IN c(0, 1, 2, 3, 4, 5, 6) Totale dei casi
<i>NeugStatMST</i> Numero di neonati sani (cura ospedaliera)	Corrisponde al numero totale dei neonati sani dimessi dal 1° gennaio al 31 dicembre, secondo la definizione di SwissDRG.	Secondo MS con codice SwissDRG = «P66D» OR «P67D»: Totale dei casi
<i>Ops</i> Sale operatorie	Numero di sale operatorie in funzione nell'ospedale.	KS A.13.09
<i>Gebs</i> Numero di sale parto	Numero di sale parto in funzione.	KS A.13.11
<i>pPatWAU</i> Percentuale di pazienti con domicilio all'estero (%, stazionari)	La percentuale di pazienti con domicilio all'estero viene calcolata in base alla statistica medica degli ospedali e si ottiene dividendo il numero di persone ricoverate domiciliante all'estero per il totale delle persone ricoverate.	Secondo MS con MS 1.3.V01 = 3 (trattamento stazionario): Numero di casi con MS 1.1.V04 regione di domicilio straniera / Totale dei casi * 100
<i>pPatWAK</i> Percentuale di pazienti di altri Cantoni (%, stazionari)	Percentuale di pazienti provenienti da altri cantoni. Il dato viene calcolato in base alla statistica medica degli ospedali dividendo il numero dei casi di ricovero fuori cantone di persone domiciliate in Svizzera per il totale dei casi di ricovero di persone domiciliate in Svizzera.	Secondo MS con MS 1.3.V01 = 3 (trattamento stazionario): Numero di casi con MS 1.1.V04 al di fuori di MS 0.1.V04 (regione di domicilio fuori Cantone in Svizzera) / Totale dei casi regione di domicilio in Svizzera * 100
<i>pPatLKP</i> Percentuale di pazienti nei reparti privati e semiprivati (%, stazionari)	Percentuale di pazienti che, durante la degenza in ospedale, occupano un letto nel reparto semiprivato o privato. Il dato viene calcolato in base alla statistica medica degli ospedali e si ottiene dividendo il numero dei casi di ricovero in reparto semiprivato o privato per il totale dei casi di ricoveri trattati.	Secondo MS con MS 1.3.V01 = 3 (trattamento stazionario): Numero di casi con (MS 1.3.V02 = 2 OR MS 1.3.V02 = 3) (classe di degenza semiprivata o privata) / Totale dei casi * 100
<i>pPatHOK</i> Percentuale di pazienti con AMal obbligatoria come garante principale (%, stazionari)	Percentuale di pazienti per i quali l'assicurazione malattie obbligatoria assume essenzialmente i costi delle prestazioni dell'assicurazione di base durante la degenza in ospedale. Il dato viene calcolato in base alla statistica medica degli ospedali e si ottiene dividendo il numero di casi con assicurazione malattie obbligatoria come garante principale per le prestazioni dell'assicurazione di base per il numero complessivo dei casi di ricoveri trattati.	Secondo MS con MS 1.3.V01 = 3 (trattamento stazionario): Numero di casi con MS 1.4.V02 = 1 (assicurazione malattie obbligatoria come garante principale per i costi delle prestazioni dell'assicurazione di base) / Totale dei casi * 100

Dati generali «cura per pazienti lungodegenti»

Cifra chiave	Spiegazione	Fonte/formula
<i>pTageLang</i> Giorni di cura	Numero totale dei giorni di cura per pazienti lungodegenti.	KS A.10.01
<i>AustLang</i> Uscite	Numero totale dei casi amministrativi nella cura per pazienti lungodegenti.	KS A.10.02
<i>KostLangT</i> Totale costi della cura per pazienti lungo-degenti	Costi generati dai pazienti lungodegenti di tutte le categorie assicurative (p.es. assicurazione di base, complementare, militare, per l'invalidità ecc.), inclusi i pazienti paganti in proprio e quelli con una copertura assicurativa estera.	KS X2.01.50.03

Dati generali «infrastruttura medico-tecnica, numero di esami per apparecchio»

Cifra chiave	Spiegazione	Fonte/formula
<i>pMRI_AMB</i> Numero di esami MRI per MRI, ambulatoriale	Rapporto tra il numero di esami MRI nel settore ambulatoriale e il numero di apparecchi RMI.	KS A.13.201 / KS A.13.001
<i>pMRI_STAT</i> Numero di esami MRI per MRI, stazionario	Rapporto tra il numero di esami MRI nel settore stazionario e il numero di apparecchi RMI.	KS A.13.301 / KS A.13.001
<i>pCT_AMB</i> Numero di esami CT per tomografo computerizzato, ambulatoriale	Rapporto tra il numero di esami CT nel settore ambulatoriale e il numero di tomografi computerizzati (TAC).	KS A.13.202 / KS A.13.002
<i>pCT_STAT</i> Numero di esami CT per tomografo computerizzato, stazionario	Rapporto tra il numero di esami CT nel settore stazionario e il numero di tomografi computerizzati (TAC).	KS A.13.302 / KS A.13.002
<i>pANGIO_AMB</i> Numero di angiografie per angiografo, ambulatoriale	Rapporto tra il numero di angiografie nel settore ambulatoriale e il numero di angiografi.	KS A.13.207 / KS A.13.007
<i>pANGIO_STAT</i> Numero di angiografie per angiografo, stazionario	Rapporto tra il numero di angiografie nel settore stazionario e il numero di angiografi.	KS A.13.307 / KS A.13.007
<i>pDIA_AMB</i> Numero di dialisi per apparecchio per dialisi, ambulatoriale	Rapporto tra il numero di dialisi nel settore ambulatoriale e il numero di apparecchi per dialisi.	KS A.13.208 / KS A.13.008
<i>pDIA_STAT</i> Numero di dialisi per apparecchio per dialisi, stazionario	Rapporto tra il numero di dialisi nel settore stazionario e il numero di apparecchi per dialisi.	KS A.13.308 / KS A.13.008

Dati generali «personale»

Cifra chiave	Spiegazione	Fonte/formula
<i>PersA</i> Medici	Medici che operano nelle diverse discipline mediche per l'assistenza ai pazienti. Il numero di medici espresso in ETP indica le ore di lavoro prestate in un anno in rapporto a un normale posto al 100 per cento.	(KS A.14.05.02) con KS A.14.04=1 a 6
<i>di cui PersAWB</i> medici in perfezionamento	Medici in perfezionamento (da medico assistente a primario) che operano nelle diverse discipline mediche per l'assistenza ai pazienti. Il numero di medici espresso in ETP indica le ore di lavoro prestate in un anno in rapporto a un normale posto al 100 per cento.	(KS A.14.05.02) con KS A.14.04 = 1 à 5 e KS A.14.09 = 1
<i>PersP</i> Personale sanitario	Comprende le persone che si occupano della cura dei pazienti, quindi infermieri, levatrici, assistenti di cura, specialisti della salute, specialisti in assistenza ecc. Il numero di addetti del personale sanitario espresso in ETP indica le ore di lavoro prestate in un anno in rapporto a un normale posto al 100 per cento.	(KS A.14.05.02) con KS A.14.04=7 a 12
<i>PersMT</i> Altro personale medico	Questo gruppo comprende il personale medico-tecnico e medico-terapeutico nonché il personale di sala operatoria, gli specialisti in radiologia, i tecnici di analisi biomediche, soccorritori, il personale accademico (p.es. farmacisti, biologi, chimici), i fisioterapisti, ergoterapisti e terapeuti della riattivazione, i dietisti, i logopedisti, gli psicologi ecc. Il numero di addetti appartenenti a questo gruppo espresso in ETP indica le ore di lavoro prestate in un anno in rapporto a un normale posto al 100 per cento.	(KS A.14.05.02) con KS A.14.04=13 a 27, 32
<i>PersT</i> Totale personale	Medici, personale sanitario, altro personale medico PIÙ servizi sociali (consulenza e sostegno), addetti alla manutenzione, servizi tecnici e personale amministrativo. Il numero espresso in ETP indica le ore di lavoro prestate in un anno in rapporto a un normale posto al 100 per cento.	(KS A.14.05.02)
<i>StdBelA</i> Medici accreditati (ore)	Ore di lavoro dei medici liberi professionisti che vengono remunerati, dietro emissione di fattura, per il trattamento dei propri pazienti in ospedale.	(KS A.14.05.04) con KS A.14.04=33
<i>StdBelP</i> Altro personale accreditato (ore)	Ore di lavoro delle ostetriche accreditate e di altre persone che vengono remunerate, dietro emissione di fattura, per il trattamento dei propri pazienti in ospedale.	(KS A.14.05.04) con KS A.14.04=34, 35

Le indicazioni sul personale si riferiscono all'intero organico, senza ulteriori suddivisioni secondo il settore di occupazione (ambulatoriale, ricerca o insegnamento, docenza e perfezionamento o altre mansioni pubbliche). Per i collaboratori, la funzione assunta è registrata sulla base delle otto categorie di personale predefinite: medici, personale sanitario, personale medico-tecnico, personale medico-terapeutico, servizi sociali (consulenza e sostegno), personale di servizio, servizi logistici

e tecnici e personale amministrativo: in questo ambito non è determinante la formazione ma il lavoro effettivamente svolto. Per le cifre chiave relative al personale vengono riunite diverse categorie di funzione. Il grado di occupazione dei dipendenti viene indicato in equivalenti a tempo pieno (ETP). Per esempio, una persona che lavora all'80 per cento corrisponde a 0,8 ETP. Per quanto riguarda i medici accreditati e l'altro personale accreditato sono indicate espressamente le ore di lavoro.

Dati generali «dati finanziari e d'esercizio»

Cifra chiave	Spiegazione	Fonte/formula
<i>AwBesold</i> Costi del personale	Salari del personale addetto alla manutenzione, onorari dei medici e altre spese per il personale, incluse le prestazioni sociali, secondo i conti 30 (costi salariali), 37 (costi delle assicurazioni sociali), 38 (costi degli onorari medici [obbligo di assicurazione sociale]) e 39 (altri costi del personale) del piano contabile di H+.	KS A.15.01
<i>AwInvest</i> Costi d'investimento	Costi d'investimento (utilizzo delle installazioni) e interessi passivi, corrispondenti ai conti 44 e 46 del piano contabile di H+.	KS A.15.06 + KS A.15.08
<i>AwSonst</i> Altri costi d'esercizio	Tutte le spese d'esercizio dell'ospedale meno i costi salariali, di investimento, gli oneri finanziari, le imposte, i costi straordinari e i costi estranei all'esercizio.	KS A.15.02 + KS A.15.03 + KS A.15.04 + KS A.15.05 + KS A.15.07 + KS A.15.09 + KS A.15.10 + KS A.15.11
<i>AwT</i> Totale costi	Corrisponde all'insieme dei costi (inclusi le imposte, i costi straordinari e i costi estranei all'esercizio corrispondenti ai conti 77–79 del piano contabile di H+).	KS A.15.20
<i>EtMedL</i> Ricavi per degenze e cure	Il ricavo totale d'esercizio derivante dall'ospedalizzazione e dalla cura comprende i ricavi da prestazioni mediche, infermieristiche e terapeutiche fornite ai pazienti, prestazioni mediche singole e altre prestazioni singole ospedaliere secondo i conti dal 60 al 62 del piano contabile di H+. Sono compresi anche i ricavi del settore ambulatoriale.	KS A.15.30 + KS A.15.31 + KS A.15.32
<i>EtSonst</i> Altri ricavi	Prestazioni destinate ai pazienti che non possono essere contabilizzate tra i ricavi per degenze e cure (conti 60–62 del piano contabile di H+), ricavi da affitti e da interessi direttamente collegati all'esercizio ospedaliero, e ricavi da prestazioni fornite al personale e a terzi, terzi, imposte, ricavi straordinari ed estranei all'esercizio e variazione nelle rimanenze di prodotti.	KS A.15.33 + KS A.15.34 + KS A.15.35 + KS A.15.41 + KS A.15.42
<i>EtSubv</i> Contributi, sussidi, copertura del disavanzo	Tutti i contributi da parte della mano pubblica o di organizzazioni di diritto privato sotto forma di quote, sovvenzioni ed eventuali coperture del disavanzo contabilizzate separatamente.	KS A.15.36 + KS A.16.40
di cui <i>EtDef</i> totale copertura del deficit (riserve e fondi privati; contributo pubblico)	Tutti i contributi da parte della mano pubblica o di organizzazioni di diritto privato come riserve, comune, cantoni, Confederazione, fondi privati sotto forma di eventuali coperture del deficit contabilizzate separatamente.	KS A.16.40 (KS A.16.31 + KS A.16.35 + KS A.16.32 + KS A.16.33 + KS A.16.34)
<i>EtT</i> Totale ricavi	Insieme dei ricavi (inclusi. imposte, ricavi straordinari ed estranei all'esercizio è le variazioni nelle rimanenze di prodotti)	KS 15.50
<i>FiErg</i> Risultato annuale	Risultato d'esercizio (utile netto o perdita netta) con l'esclusione di un'eventuale copertura del deficit.	KS A.16.10 – KS A.16.20

Prestazioni e cure per tipo di attività A/P/R/B

Cifra chiave	Spiegazione	Fonte/formula
<i>AmbKonsA/P/R/B</i> Numero di consulti ambulatoriali	Numero totale dei consulti ambulatoriali suddivisi per tipo di attività.	KS X1.01.05
<i>PtageStatMSA/P/R/B</i> Giorni di cura (stazionari, senza giorno della dimissione) – Acuto/Psi/Riab/CN	Numero totale dei giorni di cura (senza cura per pazienti lungodegenti) di tutti i casi amministrativi conclusi dal 1° gennaio al 31 dicembre (casi di tipo A) o aperti prima del 1° gennaio e non ancora conclusi il 31 dicembre (casi di tipo C), senza tener conto del giorno di dimissione e di tutti i giorni di congedo, limitatamente a un massimo di 365 giorni per caso; suddiviso per tipo di attività.	Secondo MS con MS 1.3.V01 = 3 (trattamento stazionario) AND MS 0.2.V02 = «A» (dimissione entro l'anno) OR «C» (ammissione prima del 1° gennaio e dimissione dopo il 31 dicembre) AND (MS 4.8.V01 = 1 OR 2 OR (MS 4.8.V01 = 0 AND MS 1.4.V01 <> M500 OR M900 OR M950) (tipo di attività A, B) OR MS 4.8.V01 = 5 OR 6 OR (MS 4.8.V01 = 0 AND MS 1.4.V01 = M500) (tipo di attività P) OR MS 4.8.V01 = 3 OR 4 OR (MS 4.8.V01 = 0 AND MS 1.4.V01 = M900 OR M950) (tipo di attività R) Somma della durata di degenza di tutti i casi (senza giorno della dimissione, senza il totale dei giorni di congedo, limitatamente a un massimo di 365 giorni)
<i>AustStatMSA/P/R/B</i> Pazienti dimessi durante l'anno (stazionari) – Acuto/Psi/Riab/CN	Numero totale dei casi (senza i casi lungodegenti) amministrativi liquidati dal 1° gennaio al 31 dicembre; suddiviso per tipo di attività.	Secondo MS con MS 1.3.V01 = 3 (trattamento stazionario) AND MS 0.2.V02 = «A» (dimissione entro l'anno) AND (MS 4.8.V01 = 1 OR 2 OR (MS 4.8.V01 = 0 AND MS 1.4.V01 <> M500 OR M900 OR M950) (tipo di attività A, B) OR MS 4.8.V01 = 5 OR 6 OR (MS 4.8.V01 = 0 AND MS 1.4.V01 = M500) (tipo di attività P) OR MS 4.8.V01 = 3 OR 4 OR (MS 4.8.V01 = 0 AND MS 1.4.V01 = M900 OR M950) (tipo di attività R) Totale dei casi
<i>BettenStatA/P/R/B</i> Posti letto (stazionari)	Il numero medio dei letti a disposizione per l'esercizio corrisponde al numero dei giorni di occupazione dei letti all'anno diviso per 365 risp. 366 per anno bisestile; suddiviso per tipo di attività.	KS X1.02.01/365 risp. 365 o KS X1.02.01/365 risp. 366
<i>DADStatMSA/P/R/B</i> Durata media di degenza (giorni, stazionaria)	La durata media di degenza si ottiene dividendo il numero totale di giorni di cura per il numero dimissioni all'anno; suddivisa per tipo di attività.	PtageStatMSA/P/R/B/ AustStatMSA/P/R/B
<i>pBettenBelStatA/P/R/B</i> Tasso d'occupazione dei letti (%, stazionari)	Il tasso d'occupazione dei letti (eccetto i neonati sani e i pazienti lungodegenti) si ottiene dividendo il numero dei giorni di cura per il numero di giorni-letto (numero dei giorni di occupazione dei letti; suddiviso per tipo di attività.	KS X1.01.01/ KS X1.02.01 * 100

Prestazioni e cure per tipo di attività A/P/R/B

Cifra chiave	Spiegazione	Fonte/formula
<i>CMl_b</i> Casemix Index lordo (CMI)	Valore medio della gravità dei casi stazionari trattati, senza compensazione degli outlier (che presentano una degenza fuori dei limiti attesi); suddiviso per tipo di attività. Il calcolo del CMI viene effettuato dall'UST e si basa sui dati della statistica medica (MS).	Secondo MS con MS 4.8.V01 = 1 OR 2 AND MS 0.2.V02 = «A» (dimissione entro l'anno): Totale dei cost-weight senza ponderazione degli outlier/numero di casi Solo i casi con una tariffa per la tariffazione 4.8.V01 sconosciuta sono presi in considerazione
<i>CMl_n</i> Casemix Index netto (CMI)	Valore medio della gravità dei casi stazionari trattati rettificato per gli outlier. Il CMI lordo è ponderato per tenere conto delle degenze con durata superiore o inferiore a quella attesa; suddiviso per tipo di attività. Il calcolo del CMI viene effettuato dall'UST e si basa sui dati della statistica medica (MS).	Secondo MS con MS 4.8.V01 = 1 OR 2 AND MS 0.2.V02 = «A» (dimissione entro l'anno): Totale dei cost-weight con ponderazione degli outlier / numero di casi Solo i casi con una tariffa per la tariffazione 4.8.V01 sconosciuta sono presi in considerazione
<i>DMI_{PIR}</i> Day Mix Index (DMI)	Grado di gravità medio di un determinato ospedale; suddiviso per tipo di attività. Il calcolo del CMI viene effettuato dall'UST e si basa sui dati della statistica medica (MS).	Secondo MS con MS 4.8.V01 = 5 OR 6 AND MS 0.2.V02 = «A» (dimissione entro l'anno): OR MS 4.8.V01 = 3 OR 4 AND MS 0.2.V02 = «A» (dimissione entro l'anno): Totale dei cost-weight effettivi / Somma della durata di degenza dei casi Solo i casi con una tariffa per la tariffazione 4.8.V01 sconosciuta sono presi in considerazione

Dati finanziari e d'esercizio per tipo di attività A/P/R/B

Cifra chiave	Spiegazione	Fonte/formula
<i>KostAmbA/PIR/B</i> Totale costi del settore ambulatoriale	Costi generati per il settore ambulatoriale dai pazienti di tutte le categorie assicurative (p.es. assicurazione di base, complementare, militare, per l'invalidità ecc.) inclusi i pazienti paganti in proprio e quelli con una copertura assicurativa estera; suddivisi per tipo di attività.	KS X2.01.50.01
di cui <i>KostOKPAmbA/PIR/B</i> costi a carico dell'AOMS	Tutti i costi a carico dell'AOMS di pazienti ambulatoriali (esclusivamente con assicurazione di base LAMal o con assicurazioni complementari); suddivisi per tipo di attività.	KS X2.01.50.04 + KS X2.01.50.09
<i>KostStatA/PIR/B</i> Totale costi del settore stazionario	Costi generati per il settore stazionario dai pazienti di tutte le categorie assicurative (p.es. assicurazione di base, complementare, militare, per l'invalidità ecc.) inclusi i pazienti paganti in proprio e quelli con una copertura assicurativa estera; suddivisi per tipo di attività.	KS X2.01.50.02
di cui <i>KostKVGStatA/PIR/B</i> costi a carico dell'AOMS, solo pazienti con assicurazione di base LAMal	Tutti i costi a carico dell'AOMS di pazienti stazionari che dispongono esclusivamente dell'assicurazione di base LAMal; suddivisi per tipo di attività.	KS X2.01.50.05

Cifra chiave	Spiegazione	Fonte/formula
di cui <i>AnIKVGStatA/PIR/B</i> costi di utilizzo delle immobilizzazioni	Costi a carico dell'AOMS derivanti dall'utilizzo delle installazioni da parte di pazienti stazionari che dispongono esclusivamente dell'assicurazione di base LAMal; suddivisi per tipo di attività.	KS X2.01.39.05
di cui <i>KostZvOKPStatA/PIR/B</i> costi a carico dell'AOMS, pazienti con assicurazioni complementari	Costi derivanti da prestazioni a carico dell'AOMS erogate a pazienti stazionari con assicurazioni complementari; suddivisi per tipo di attività.	KS X2.01.50.10
di cui <i>AnIzvOKPStatA/PIR/B</i> costi di utilizzo delle immobilizzazioni	Costi a carico dell'AOMS derivanti dall'utilizzo delle installazioni da parte di pazienti stazionari con assicurazioni complementari; suddivisi per tipo di attività.	KS X2.01.39.10
<i>KostAWLFA/PIR/B</i> Costi della formazione	Costi derivanti dall'insegnamento universitario per la formazione; suddivisi per tipo di attività.	KS X2.01.9010
<i>KostWBLFA/PIR/B</i> Costi del perfezionamento	Costi derivanti dall'insegnamento universitario per il perfezionamento; suddivisi per tipo di attività.	KS X2.01.9011
<i>KostForLFA/PIR/B</i> Costi della ricerca	Costi derivanti dalla ricerca universitaria; suddivisi per tipo di attività.	KS X2.01.9012
<i>ErlAmbStatLangA/PIR/B</i> Ricavi complessivi, compresi ricavi legati ai casi e non	Ricavi delle prestazioni erogate nel settore ambulatoriale, stazionario e della lungodegenza ai pazienti di tutte le categorie assicurative (p.es. assicurazione di base, complementare, militare, per l'invalidità ecc.) inclusi i pazienti paganti in proprio e quelli con una copertura assicurativa estera; suddivisi per tipo di attività.	KS X2.02.60.00
di cui <i>ErlOKPAmbA/PIR/B</i> Ricavi AOMS del settore ambulatoria	Ricavi derivanti da prestazioni a carico dell'AOMS erogate a pazienti ambulatoriali (esclusivamente con assicurazione di base LAMal o con assicurazioni complementari); suddivisi per tipo di attività.	KS X2.02.31.03 + KS X2.02.31.10
di cui <i>ErlKVGStatA/PIR/B</i> Ricavi AOMS stazionario, solo pazienti con assicurazione di base LAMal	Ricavi (quotaparte degli assicuratori e cantonale) derivanti da prestazioni a carico dell'AOMS erogate a pazienti stazionari che dispongono esclusivamente dell'assicurazione di base LAMal; suddivisi per tipo di attività.	KS X2.02.31.04 + KS X2.02.31.05
di cui <i>ErlKVGStatVA/PIR/B</i> percentuale assicurazione (%)	Percentuale a carico degli assicuratori dei ricavi derivanti da prestazioni a carico dell'AOMS erogate a pazienti stazionari che dispongono esclusivamente dell'assicurazione di base LAMal; suddivisi per tipo di attività.	KS X2.02.31.04/ (KS X2.02.31.04 + KS X2.02.31.05) * 100
di cui <i>ErlZvOKPStatA/PIR/B</i> ricavi AOMS stazionario, pazienti con assicurazioni complementari	Ricavi (quotaparte degli assicuratori e cantonale) derivanti da prestazioni a carico dell'AOMS erogate a pazienti stazionari con assicurazioni complementari; suddivisi per tipo di attività.	KS X2.02.31.11 + KS X2.02.31.12
di cui <i>ErlZvOKPStatVA/PIR/B</i> percentuale assicurazione (%)	Percentuale a carico degli assicuratori dei ricavi derivanti da prestazioni a carico dell'AOMS erogate a pazienti stazionari con assicurazioni complementari; suddivisi per tipo di attività.	KS X2.02.31.11/ (KS X2.02.31.11 + KS X2.02.31.12) * 100

Indicazioni per tipo di attività

I tipi di attività sono «cure acute» (A), «psichiatria» (P), «riabilitazione/geriatria» (R) e/o «case nascita» (B).

Per ogni tipo di attività attribuito allo stabilimento sono rilevate, in parte separatamente, indicazioni relative a prestazioni e trattamenti, nonché dati finanziari e d'esercizio.