Base de données canadienne SIG — indicateurs du rendement financier des hôpitaux, de 2008-2009 à 2012-2013

Notes méthodologiques

Dépenses et main-d'oeuvre de la santé

Institut canadien d'information sur la santé
Canadian Institute for Health Information

Notre vision

De meilleures données pour de meilleures décisions : des Canadiens en meilleure santé

Notre mandat

Exercer le leadership visant l'élaboration et le maintien d'une information sur la santé exhaustive et intégrée pour des politiques avisées et une gestion efficace du système de santé qui permettent d'améliorer la santé et les soins de santé

Nos valeurs

Respect, intégrité, collaboration, excellence, innovation

Table des matières

Introduction 2

Concepts 2

- Mission 2
- Variables et concepts 3

Principales limites des données 4

- Principales limites des données et incidence estimée ou résolution 5

Couverture 5

- Cadre de la Base de données canadienne SIG 5
- Mise à jour du cadre 6

Collecte et absence de réponse 6

- Collecte de données 6
- Principes de la méthodologie de surveillance de la qualité des données de la BDCS 6
- Réponse 7

Modifications majeures 7

Historique des révisions 7

- Révisions majeures 8

Comparabilité 8

- Géographie 8
- Information sur les établissements 8
- Durée 8
- Informations sur les personnes 9

Méthode relative aux indicateurs de rendement financier 9

- Méthodologie générale 9
- Unité d’analyse 10
- Méthode relative aux indicateurs de 2012-2013 11
- Moyenne pondérée des indicateurs de rendement 33
- Suppression des résultats provinciaux ou territoriaux 33
- Méthode de détermination des valeurs extrêmes 34
- Règles d’enlèvement des valeurs extrêmes (moyennes régionales, provinciales ou territoriales et nationales) 35

Annexe : Définitions des Normes SIG 36

Introduction

La Base de données canadienne SIG (BDCS) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) contient des renseignements financiers et statistiques issus d'hôpitaux et des données limitées provenant des régions sanitaires du Canada. Les données sont recueillies en fonction d'un cadre normalisé permettant d'obtenir des données financières et statistiques, et d'établir des rapports sur le fonctionnement quotidien des établissements prestataires de soins. Ce cadre est connu sous le nom de *Normes sur les systèmes d'information de gestion dans les organismes de santé du Canada (Normes SIG)*.

La plupart des renseignements contenus actuellement dans la BDCS se rapportent aux hôpitaux, y compris les établissements spécialisés en traitement du cancer et en santé mentale. Dans les provinces et les territoires où les hôpitaux font partie d'une régie régionale de la santé, les données provenant d'autres organismes de santé sont également soumises à la BDCS, offrant ainsi une image complète des services de santé dans ces provinces et territoires.

Pour assurer l'intégrité et la viabilité de ses bases de données, l'ICIS a conçu un cadre de qualité des données afin d'offrir à toutes les bases de données et à tous les registres une stratégie générale commune permettant d'évaluer la qualité des données et d'établir les priorités visant à l'améliorer de façon continue. Les renseignements suivants proviennent de l'évaluation de la qualité des données de la BDCS, et sont destinés à aider les utilisateurs externes de ces données à évaluer leur utilité. Pour plus de précisions, communiquez avec l'équipe de la BDCS par téléphone au 613-241-7860, par télécopieur au 613-241-8120 ou par courriel à bdcs@icis.ca.

Concepts

Mission

La BDCS contient des enregistrements de données financières et statistiques fondés sur un plan comptable normalisé, des pratiques et conventions comptables générales, des systèmes de mesure de la charge de travail, des statistiques sur l'activité reliée au service et des indicateurs qui aident à la prise de décisions dans les organismes de services de santé.

Les données contenues dans la BDCS peuvent servir à établir le coût des activités des organismes de services de santé. En outre, elles constituent la base de l'établissement de rapports de gestion, y compris les états financiers annuels à usage général, l'analyse du ratio financier et l'établissement du budget de fonctionnement. De plus, les données de la BDCS ont aussi servi de base aux modèles et aux méthodologies d'établissement des coûts, en plus d'être utilisées dans plusieurs rapports comparatifs et cartes de pointage du rendement financier dans l'ensemble du Canada.

Variables et concepts

Les variables et concepts utilisés pour recueillir des données dans la BDCS reposent sur les *Normes sur les systèmes d'information de gestion dans les organismes de santé du Canada* (Normes SIG). Les Normes SIG sont utilisées pour déclarer des données de gestion liées à la main-d'œuvre, aux coûts, à la charge de travail et aux services dispensés, données qui sont ensuite soumises à la BDCS. Les Normes SIG sont conçues pour l'ensemble des services — des hôpitaux aux organismes de services de santé communautaires — et fournissent un cadre permettant de générer, de mettre à jour et d'analyser les informations requises pour une responsabilisation et une prise de décision efficaces.

Les principales caractéristiques des Normes SIG sont les suivantes :

- un plan comptable : structure de codification des données, applicable dans différents milieux de prestation de services;
- des principes et des pratiques comptables qui assurent la cohérence avec les principes comptables généralement reconnus du manuel de l'Institut canadien des comptables agréés;
- des systèmes de mesure de la charge de travail : systèmes de gestion du temps qui offrent une méthode normalisée pour mesurer la production;
- des indicateurs : ratios normalisés qui illustrent l'utilisation possible des données pour la planification, le contrôle et la mesure du rendement.

Les hôpitaux et les régions sanitaires doivent soumettre à la BDCS des données financières et statistiques relatives aux services hospitaliers conformes aux Normes SIG. Les régions sanitaires soumettent également d'autres statistiques sur les activités de services de santé à l'extérieur des hôpitaux. Les provinces et territoires qui déclarent des données à l'aide des Normes SIG soumettent généralement leurs données à la BDCS par l'intermédiaire de leur ministère de la Santé, qui à son tour soumet les données à la BDCS.

La BDCS contient de l'information en matière de profil sur les régions sanitaires et les hôpitaux qui fournissent des données, à savoir l'identificateur unique de l'organisme, le nom et l'adresse de l'organisme, ainsi que sa taille et son propriétaire. La BDCS renferme également des données relatives à la situation (bilan) et aux opérations financières (état des résultats) des établissements concernés. Les données financières et statistiques sont enregistrées par centre d'activité, ainsi que par type de dépense et source de revenus. Les centres d'activité correspondent aux principales activités menées par l'organisme de services de santé. Ils comprennent les services administratifs et de soutien, les services de soins ambulatoires, les services de santé communautaires, les services diagnostiques et thérapeutiques, l'enseignement, les soins infirmiers aux patients hospitalisés, et la recherche.

Les regroupements globaux de dépenses comprennent les frais de personnel, les fournitures, les frais divers, l'équipement, les services impartis, ainsi que les dépenses liées aux bâtiments et aux terrains. La BDCS enregistre également des données statistiques, comme le nombre d'heures de travail par membre du personnel et le nombre de jours de présence des patients

hospitalisés déclarés dans les unités de soins infirmiers, ainsi que des données sur la charge de travail, utilisées pour mesurer le volume d'activités menées par les employés d'un centre d'activité en unité de temps normalisée.

L'annexe ci-jointe contient les définitions des termes couramment utilisés dans les Normes SIG.

Principales limites des données

En 1995, l'ICIS a commencé à recueillir des données financières et statistiques dans la BDCS (auparavant connue sous le nom de Rapport annuel des établissements de santé — hôpitaux) pour l'exercice 1995-1996. Jusqu'à cette date, une base de données similaire était gérée par Statistique Canada. Les données antérieures à l'exercice 1995-1996 ne sont pas disponibles dans la BDCS, mais peuvent être obtenues auprès de Statistique Canada.

Le taux de réponse des hôpitaux en ce qui concerne les soumissions de données était très faible au cours des exercices 1995-1996 et 1996-1997. Par conséquent, les données relatives à ces exercices sont incomplètes. En ce qui concerne les exercices suivants, le taux de réponse dépasse 90 % pour l'ensemble des hôpitaux canadiens. Cependant, les hôpitaux qui répondent ne fournissent pas tous des données complètes.

Parmi les autres limites qui ont une incidence sur la comparabilité des données déclarées, citons l'application, par les établissements, des Normes SIG et l'application des principes comptables généralement reconnus aux données avant leur transmission à l'ICIS. Par exemple, le Québec a mis en œuvre des normes à partir du Manuel de gestion financière du Québec, et non à partir des Normes SIG et ses données ne sont donc pas soumises dans le même format que les autres provinces; la comparabilité des données du Québec avec celles des autres provinces et territoires est par conséquent limitée.

La différence dans la structure administrative des services de santé entre les provinces et territoires doit aussi être considérée dans la comparaison des données. Par exemple, certaines provinces comme l'Ontario n'ont pas d'entités administratives régionales comparables à celles que l'on retrouve dans d'autres provinces ou territoires. Des provinces comme l'Alberta et l'Île-du-Prince-Édouard exploitent un système dans lequel la province entière est considérée comme une seule autorité sanitaire. Pour cette raison, les différences fondamentales entre les systèmes provinciaux ou territoriaux (comme la variation des structures administratives de gestion du système de santé et l'utilisation de ressources régionales centralisées) influenceront la comparabilité des données des provinces et des territoires, particulièrement les données qui décrivent les services administratifs.

Principales limites des données et incidence estimée ou résolution

Même si l'intégralité des soumissions à la BDCS s'est améliorée au fil des ans, les données des exercices allant de 1997-1998 à 2012-2013 doivent être interprétées avec prudence. Les utilisateurs doivent faire preuve de prudence quant à l'interprétation des résultats issus de l'analyse de ces données.

Un grand nombre des problèmes liés à ces limites sont résolus au moyen de l'analyse statistique des résultats des indicateurs. Une fois cette analyse terminée, les établissements dont les données sont incomplètes peuvent être éliminés de l'analyse approfondie des indicateurs spécifiques. De même, les établissements dont les valeurs des indicateurs sont situées en dehors des limites supérieures ou inférieures déterminées peuvent être marqués pour une analyse supplémentaire ou éliminés des résultats avant l'analyse comparative.

Le fait que certains établissements ne suivent pas rigoureusement les exigences des Normes SIG pose un autre problème dans la BDCS. Par exemple, les régions sanitaires de quelques provinces ou territoires n'ont pas l'obligation d'affecter les dépenses administratives régionales et les dépenses liées aux services partagés à tous les établissements de la région. Au besoin, l'ICIS a affecté de manière systématique les dépenses régionales, centralisées et liées aux services partagés avant d'utiliser les données pour calculer les indicateurs de rendement à l'échelle des hôpitaux et ainsi assurer la conformité aux Normes SIG.

Il est à noter que la province de Québec recueille les données financières et statistiques selon le *Manuel de gestion financière*, un standard qui est différent des Normes SIG utilisés dans le reste du Canada (à l'exclusion du Nunavut). Par conséquent, un exercice de concordance a préalablement été réalisé pour être en mesure d'utiliser les données du Québec dans plusieurs indicateurs financiers dans un contexte national. Les principales différences entre les données SIG et les données recueillies au Québec selon le *Manuel de gestion financière* sont présentées dans un document que l'ICIS a élaboré afin de décrire les principales limites des données.

Couverture

Cadre de la Base de données canadienne SIG

Le terme « cadre » désigne une liste des entités qui devraient soumettre des données à une base de données. Dans le cas de la BDCS, ce terme fait référence à tous les hôpitaux de l'ensemble des provinces et territoires qui soumettent des données SIG. À l'heure actuelle, toutes les provinces et tous les territoires du Canada, à l'exception du Nunavut, soumettent des données à la BDCS pour les hôpitaux publics qui relèvent de leur compétence.

Tous les organismes de santé du Canada sont invités et encouragés à soumettre des données conformes aux Normes SIG à la BDCS. La base contient actuellement des données de certains établissements de soins de longue durée, centres de santé communautaire et agences de services à domicile, mais celles-ci ne sont pas exhaustives. Le BDCS ne reçoit aucune donnée des hôpitaux privés pour le moment.

Mise à jour du cadre

L'ICIS revoit le cadre de la BDCS chaque année afin de déterminer quels changements chez les organismes déclarants pourraient avoir des répercussions sur les analyses. Ces changements comprennent le nombre de lits ainsi que les fermetures d'hôpitaux et les fusions. Une confirmation des changements est sollicitée des provinces et des territoires si la révision donne des résultats contradictoires ou douteux.

Collecte et absence de réponse

Collecte de données

Les données financières et statistiques des hôpitaux sont recueillies avec le concours des gouvernements provinciaux et territoriaux afin de garantir que la soumission de données régionales ou hospitalières est conforme aux Normes SIG. Les données liées à l'exercice terminé le plus récent sont généralement soumises à l'ICIS en format texte au plus tard à la fin du mois d'octobre suivant (c'est-à-dire à la fin d'octobre 2013 pour les données de 2012-2013). Une fois les données soumises, l'ICIS les vérifie à l'aide d'une méthodologie élaborée de surveillance de la qualité des données afin de s'assurer qu'elles sont conformes aux Normes SIG.

Principes de la méthodologie de surveillance de la qualité des données de la BDCS

La méthodologie de surveillance de la qualité des données s'applique aux données hospitalières, et inclut quatre questions ayant trait aux soumissions des provinces et territoires à la BDCS :

- La soumission a-t-elle été reçue selon la date d'échéance?
- La soumission est-elle conforme aux exigences minimales du plan comptable de la BDCS?
- La soumission inclut-elle la déclaration des statistiques minimales requises dans le cadre conceptuel des centres d'activité?
- Les données financières et statistiques semblent-elles raisonnables?

Chaque réponse est quantifiée de façon transparente et objective selon une échelle de 0 à 100. À quelques exceptions près, chaque question ne vise que la section de la BDCS ayant réussi les évaluations précédentes de la méthodologie. Par exemple, la vraisemblance des données est évaluée uniquement pour les centres d'activité valides comportant les statistiques minimales.

La cote globale d'évaluation de la surveillance de la qualité des données est calculée en multipliant les cotes attribuées à chaque question. De cette façon, on peut interpréter la cote globale (des soumissions produites à temps accompagnées de l'approbation du tableau de correspondances approuvé) comme une estimation du pourcentage des ressources hospitalières de la BDCS se trouvant dans les comptes principaux et secondaires valides et dont les statistiques minimales ont réussi un test général sur la vraisemblance des données.

En plus d'évaluer et de noter chaque soumission, la méthodologie permet de produire des rapports diagnostiques détaillés pouvant et devant servir

- à montrer tous les exemples de déclaration non conforme;
- à cerner les problèmes relatifs aux tableaux de correspondance provinciaux ou territoriaux pouvant être corrigés ultérieurement;
- à identifier les fournisseurs pouvant nécessiter un complément d'aide pour améliorer la déclaration à partir des Normes SIG;
- à cerner les problèmes communs à plusieurs fournisseurs d'une province ou d'un territoire donné, et à faciliter l'établissement des priorités concernant les déclarations à partir des Normes SIG à venir en vue d'améliorer les prochaines soumissions à la BDCS.

L'ICIS appuie l'emploi de la méthodologie comme outil servant à évaluer l'efficacité globale de la déclaration en vertu des normes SIG à la BDCS, reconnaissant toutefois que les normes SIG, en raison de leur vaste portée, comportent bon nombre d'aspects et de mesures de la qualité des données, dont certains ne sont pas abordés dans cette méthodologie. L'ICIS continuera d'étudier les moyens de développer des outils d'évaluation de la qualité des données afin que d'autres aspects puissent être évalués à l'avenir.

Réponse

Les taux de réponse des soumissions de données à la BDCS augmentent de façon régulière depuis 1995, année à laquelle la responsabilité de la base de données est passée de Statistique Canada à l'ICIS. En 2012-2013, 100 % de tous les hôpitaux canadiens dans les provinces et territoires participants ont soumis des données à la BDCS. Ces hôpitaux représentent 100 % de tous les lits d'hôpital dans ces provinces et territoires. En revanche, seuls 51 % des hôpitaux représentant 56 % des lits ont répondu à notre appel de soumission de données pour l'exercice 1995-1996.

Modifications majeures

Aucune modification majeure n'a été apportée aux outils de collecte des données ni aux fournisseurs de données (provinces et territoires) depuis la création de la BDCS en 1995. Les Normes SIG ont toutefois évolué avec le temps afin de mieux répondre aux besoins en matière de déclaration des intervenants de l'ICIS et de s'adapter aux changements survenus dans le milieu des soins de santé au Canada.

Historique des révisions

Les données de l'exercice 2012-2013 utilisées dans cette publication étaient à jour au 10 avril 2014.

Révisions majeures

- Tous les cas pondérés et les indicateurs utilisant des cas pondérés ont été reformulés en utilisant la méthodologie de regroupement la plus récente disponible au moment de la publication (méthodologie de regroupement GMA+ de 2014).
- Les valeurs de tous les indicateurs pour l'ensemble des années contenues dans le rapport ont été recalculées en tenant compte des changements aux données rétrospectives de la BDCS acceptées par l'ICIS depuis la publication de *Indicateurs du rendement financier des hôpitaux, de 2007-2008 à 2011-2012*.
- Les points de démarcation, les moyennes provinciales et les moyennes nationales ont aussi tous été recalculés à la suite des révisions décrites ci-dessus. Pour en savoir davantage, veuillez consulter la section « Méthode de détermination des valeurs extrêmes » du présent rapport.

Comparabilité

Géographie

Dans la BDCS, le code postal est recueilli auprès de tous les organismes répondants. Les renseignements sur les hôpitaux peuvent être présentés par code postal si ce code correspond au moins à cinq hôpitaux. La zone géographique la plus petite qui peut être déclarée à partir de la BDCS est généralement la région sanitaire. Les régions des provinces autres que l'Ontario sont définies en tant que régions sanitaires.

Dans la plupart des provinces et territoires, une régie régionale de la santé (entité déclarante) fournit des services de santé dans une région géographique donnée. Au Québec, de multiples régies régionales fournissent des services de santé au sein d'une même région géographique. En Ontario, des regroupements d'hôpitaux par réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) sont utilisés comme équivalents approximatifs des régions sanitaires depuis 2003-2004.

Information sur les établissements

Les données de la BDCS relatives aux établissements peuvent être liées aux données cliniques de la Base de données sur les congés des patients (BDCP) selon les codes distinctifs de chaque établissement. Bien que les hôpitaux puissent communiquer des informations à la BDCP à l'aide de plusieurs codes d'établissement, ces derniers ne peuvent correspondre qu'à une entité comptable déclarant des informations à la BDCS.

Durée

L'ensemble des provinces et territoires soumet les données sur la durée d'un exercice qui s'amorce le 1er avril d'une année et s'achève le 31 mars de l'année suivante.

Informations sur les personnes

Les renseignements contenus dans la BDCS sont recueillis au sein des établissements et ne comprennent pas de renseignements personnels de santé. Dans certains cas, il est possible de tirer d'autres renseignements sur les personnes à partir de la BDCS. Toutefois, le personnel de la BDCS a élaboré des processus d'assurance de la qualité des données pour veiller à ce que les renseignements utilisés dans les produits de la BDCS soient supprimés ou regroupés correctement.

Méthode relative aux indicateurs de rendement financier

Méthodologie générale

Les indicateurs de rendement financier utilisés dans le présent rapport ont été choisis parmi plus de 40 mesures tirées de la recherche et de la littérature. En 2001, un groupe d'experts a aidé l'ICIS à examiner et à déterminer les indicateurs les plus pertinents. Par la suite, le groupe de travail technique sur les Normes SIG de l'ICIS (un groupe de coordonnateurs provinciaux et territoriaux des Normes SIG) a été chargé de formuler des commentaires sur les définitions SIG des indicateurs. L'ICIS a tenu compte des commentaires de ce groupe lors de l'élaboration des indicateurs et le consulte depuis 2001 au sujet des modifications relatives à ces indicateurs.

En 2011, la liste d'indicateurs de rendement financier a été améliorée afin d'inclure des indicateurs qui permettent de comparer les données financières et statistiques fournies à l'ICIS par le Québec avec celles fournies par les autres provinces et territoires. Ces indicateurs sont les suivants :

- **Total** des heures travaillées dans les centres d'activité de soins aux patients en pourcentage du total des heures travaillées
- **Total** des heures travaillées par cas pondéré dans l'unité de soins infirmiers aux patients hospitalisés
- **Total** des heures travaillées par cas pondéré dans le service diagnostique
- **Total** des heures travaillées par cas pondéré dans le service de laboratoire clinique
- **Total** des heures travaillées par cas pondéré dans le service de pharmacie

De plus, nous disposons des valeurs du Québec pour les indicateurs existants suivants :

- Marge totale
- Dépenses liées aux services administratifs en pourcentage des dépenses totales
- Coût par cas pondéré (non ajusté)

Il est possible d'obtenir les valeurs de tous les indicateurs calculés (sauf pour la marge totale et le coût par cas pondéré) à partir des données du Québec pour l'ensemble des cinq années incluses dans le rapport. Les valeurs de la marge totale pour les données du Québec sont disponibles pour 2010-2011, 2011-2012 et 2012-2013. Les valeurs du coût par cas pondéré pour les données du Québec sont disponibles pour 2009-2010, 2010-2011, 2011-2012 et 2012-2013.

Les renseignements suivants donnent un aperçu général de la méthodologie adoptée pour calculer les indicateurs de rendement financier dans le rapport. Pour obtenir des précisions, contactez l'équipe de la BDCS par téléphone au 613-241-7860, par télécopieur au 613-241-8120 ou par courriel à bdcs@icis.ca.

Unité d'analyse

Les hôpitaux canadiens ne disposent pas du même statut juridique. Dans certaines situations, les hôpitaux sont sous l'égide d'une autorité sanitaire. Les autorités sanitaires peuvent comprendre les organismes de soins de longue durée, les organismes de soins communautaires et les autres organismes de prestation de services de santé. Dans d'autres situations, ils représentent l'entité juridique.

Dans le présent rapport, en Ontario et au Yukon, l'entité juridique est un hôpital. Dans le cas de l'Ontario, du Québec et du Yukon, les indicateurs sont représentés comme le groupe régional d'entités juridiques individuelles englobant des hôpitaux.

Les indicateurs suivants sont calculés à l'aide de l'entité juridique considérée comme unité d'analyse :

- marge totale
- ratio du fonds de roulement
- dépenses administratives en pourcentage des dépenses totales
- dépenses des systèmes d'information en pourcentage des dépenses totales
- âge moyen de l'équipement

Les indicateurs suivants sont calculés à l'aide de chacun des hôpitaux, quelle que soit l'entité juridique :

- heures travaillées par le personnel producteur d'unités (PPU) dans les centres d'activité de soins aux patients en pourcentage du total des heures travaillées
- coût par cas pondéré (deux versions)
- heures travaillées par le PPU par cas pondéré dans l'unité de soins infirmiers aux patients hospitalisés
- heures travaillées par le PPU par cas pondéré dans le service de diagnostic
- heures travaillées par le PPU par cas pondéré dans le service de laboratoire clinique
- heures travaillées par le PPU par cas pondéré dans le service de pharmacie

- **total** des heures travaillées dans les centres d'activité de soins aux patients en pourcentage du total des heures travaillées
- **total** des heures travaillées par cas pondéré dans l'unité de soins infirmiers aux patients hospitalisés
- **total** des heures travaillées par cas pondéré dans le service de diagnostic
- **total** des heures travaillées par cas pondéré dans le service de laboratoire clinique
- **total** des heures travaillées par cas pondéré dans le service de pharmacie

Méthode relative aux indicateurs de 2012-2013

1. **Marge totale :** Indicateur mesurant la viabilité financière. La marge totale est fortement influencée par les résultats financiers positifs sur une base annuelle. Une valeur positive indique que l'entité juridique avait des revenus supérieurs aux dépenses (c.-à-d. un surplus), tandis qu'une valeur négative indique que l'entité juridique avait des revenus inférieurs aux dépenses (c.-à-d. un déficit).

$$\frac{\text{Total des revenus} - \text{Total des dépenses}}{\text{Revenus, à l'exclusion des recouvrements internes}}$$

Les codes de compte SIG utilisés au niveau du numérateur sont les comptes principaux 7* et 8* et les comptes secondaires financiers 1* et 3* à 9*.

Les codes de compte SIG utilisés au niveau du dénominateur sont les comptes principaux 7* et 8* et les comptes secondaires financiers 1* (sauf 1 21 et 1 22).

2. **Ratio du fonds de roulement :** Indicateur des liquidités d'un hôpital, le ratio du fonds de roulement mesure le mode de gestion des actifs et du passif à court terme. L'incapacité à répondre aux obligations à court terme peut empêcher la prestation de soins de qualité aux patients. Un ratio du fonds de roulement inférieur à 1 indique que l'entité juridique ne détenait pas suffisamment d'actifs à court terme pour couvrir ses dettes à court terme.

$$\frac{\text{Actifs à court terme} + \text{Soldes débiteurs du passif à court terme, à l'exclusion de la tranche exigible à court terme des contributions reportées}}{\text{Passif à court terme, à l'exclusion de la tranche exigible à court terme des contributions reportées} + \text{Comptes créditeurs des actifs à court terme, à l'exclusion des comptes de contrepartie des actifs à court terme}}$$

Les codes de compte SIG utilisés au niveau du numérateur sont les comptes principaux 1* et les soldes débiteurs des comptes principaux 4* (sauf 4* 8).

Les codes de compte SIG utilisés au niveau du dénominateur sont les comptes principaux 4* (sauf 4* 8) et les soldes créditeurs des comptes principaux 1* (sauf 1* 4).

Remarque : Afin d'être cohérentes avec l'état financier, les données sont ajustées en fonction des montants qui ne sont pas réaffectés sur la balance des comptes (p. ex. une seule position créditrice nette sur les comptes de caisse courants est ajoutée au dénominateur).

Cet indicateur inclut les contributions reportées (contributions non gagnées du compte principal des Normes SIG 4* 6), mais exclut la tranche exigible à court terme des apports reportés (comptes principaux des Normes SIG 4* 8). La tranche exigible à court terme des apports reportés représente l'amortissement sur l'année suivante des subventions reçues à des fins d'investissement. Étant donné que les coûts d'amortissement des années suivantes relatifs aux actifs liés directement aux apports reportés ne sont pas comptabilisés comme actifs à court terme, l'inclusion de la tranche exigible à court terme des apports reportés n'est pas justifiée.

3. **Dépenses administratives en pourcentage des dépenses totales :** Dépenses administratives mesurant l'efficience d'un établissement. Cet indicateur représente les dépenses de l'entité juridique consacrées aux services administratifs, tels que les finances et les ressources humaines, en pourcentage des dépenses totales.

$$\frac{\text{Coûts des services administratifs, des services financiers, des ressources humaines et des communications, après recouvrements}}{\text{Dépenses totales, après recouvrements}}$$

Les codes de compte SIG utilisés au niveau du numérateur sont les comptes principaux 7* 1 10, 7* 1 15, 7* 1 20 et 7* 1 30 et les comptes secondaires financiers 1 2* et 3* à 9*.

Les codes de compte SIG utilisés au niveau du dénominateur sont les comptes principaux 7* et 8* et les comptes secondaires financiers 1 2* et 3* à 9*.

4. **Dépenses des systèmes d'information en pourcentage des dépenses totales :** Indicateur vérifiant les dépenses de l'entité juridique consacrées aux services d'information par rapport aux dépenses totales.

$$\frac{\text{Soutien des systèmes, après recouvrements}}{\text{Dépenses totales, après recouvrements}}$$

Les codes de compte SIG utilisés au niveau du numérateur sont les comptes principaux 7* 1 25 ainsi que les comptes secondaires financiers 1 2* et 3* à 9*.

Les codes de compte SIG utilisés au niveau du dénominateur sont les comptes principaux 7* et 8* et les comptes secondaires financiers 1 2* et 3* à 9*.

5. **Heures travaillées par le personnel producteur d'unités (PPU) dans les centres d'activité de soins aux patients en pourcentage du total des heures travaillées :** Indicateur mesurant le pourcentage du total des heures travaillées dans un hôpital (à l'exception des heures du personnel médical) qui ont été effectuées par le PPU (c.-à-d. les employés dont la fonction principale est d'exécuter des activités qui contribuent directement à la réalisation du mandat du centre d'activité où ils travaillent) dans les centres d'activité de soins aux patients.

$$\frac{\text{Heures travaillées et heures de services achetés pour le PPU dans l'unité de soins infirmiers aux patients hospitalisés, l'unité de soins ambulatoires et les services diagnostiques et thérapeutiques,}}{\text{Total des heures travaillées, à l'exclusion des heures du personnel médical}}$$

Les codes de compte SIG utilisés au niveau du numérateur sont les comptes principaux 7* 2, 7* 3 et 7* 4 et les comptes secondaires statistiques 3 50 10 et 3 50 90.

Les codes de compte SIG utilisés au niveau du dénominateur sont les comptes principaux 7* et 8* et excluent le compte principal 7* 5 et les comptes secondaires statistiques 3 10 10, 3 10 90, 3 50 10 et 3 50 90.

6. ***Total* des heures travaillées dans les centres d'activité de soins aux patients en pourcentage du total des heures travaillées :** Indicateur mesurant le pourcentage du total des heures travaillées dans un hôpital (à l'exclusion des heures du personnel médical) qui ont été effectuées par l'ensemble du personnel (c.-à-d. le personnel producteur d'unités et le personnel de gestion et de soutien opérationnel) dans les centres d'activité de soins aux patients.

$$\frac{\text{Total des heures travaillées et des heures de services achetés dans l'unité de soins infirmiers aux patients hospitalisés, l'unité de soins ambulatoires et les services diagnostiques et thérapeutiques}}{\text{Total des heures travaillées, à l'exclusion des heures du personnel médical}}$$

Les codes de compte SIG utilisés au niveau du numérateur sont les comptes principaux 7* 2, 7* 3 et 7* 4 et les comptes secondaires statistiques 3 10 10, 3 10 90, 3 50 10 et 3 50 90.

Les codes de compte SIG utilisés au niveau du dénominateur sont les comptes principaux 7* et 8* et excluent le compte principal 7* 5 et les comptes secondaires statistiques 3 10 10, 3 10 90, 3 50 10 et 3 50 90.

7. **Heures travaillées par le personnel producteur d'unités (PPU) par cas pondéré dans l'unité de soins infirmiers aux patients hospitalisés :** Indicateur mesurant le nombre d'heures travaillées nécessaires au PPU des unités de soins infirmiers des hôpitaux pour générer un cas pondéré.

$$\frac{\text{Heures travaillées et heures de services achetés pour le PPU dans l'unité de soins infirmiers aux patients hospitalisés (à l'exclusion des soins de longue durée et des soins aux malades chroniques)}}{\text{Total des cas pondérés de patients hospitalisés}}$$

Les codes de compte SIG utilisés au niveau du numérateur sont le compte principal 7* 2 (sauf 7* 2 76 et 7* 2 92) et les comptes secondaires statistiques 3 50 10 et 3 50 90.

Le dénominateur inclut le nombre total de cas pondérés de soins de courte durée (obtenu à partir de la BDCP), à l'exception de la chirurgie d'un jour. **Remarques :** Idéalement, cet indicateur portera sur les soins de courte durée uniquement. Pour certains hôpitaux, il pourrait être difficile de supprimer de l'indicateur les heures travaillées et les cas pondérés pour les services en santé mentale ou de réadaptation. Pour ces hôpitaux, les données liées aux services en santé mentale ou de réadaptation pourront être incluses dans l'indicateur.

8. ***Total* des heures travaillées par cas pondéré dans l'unité de soins infirmiers aux patients hospitalisés :** Indicateur mesurant le nombre d'heures travaillées nécessaires à l'ensemble du personnel des unités de soins infirmiers des hôpitaux (à l'exclusion du personnel médical) pour générer un cas pondéré.

$$\frac{\text{Total des heures travaillées et des heures de services achetés dans l'unité de soins infirmiers aux patients hospitalisés (à l'exclusion des soins de longue durée et des soins aux malades chroniques)}}{\text{Total des cas pondérés de patients hospitalisés}}$$

Les codes de compte SIG utilisés au niveau du numérateur sont le compte principal 7* 2 (sauf 7* 2 76 et 7* 2 92) et les comptes secondaires statistiques 3 10 10, 3 10 90, 3 50 10 et 3 50 90.

Le dénominateur inclut le nombre total de cas pondérés de soins de courte durée (obtenu à partir de la BDCP), à l'exception de la chirurgie d'un jour. **Remarques :** Idéalement, cet indicateur portera sur les soins de courte durée uniquement. Pour certains hôpitaux, il pourrait être difficile de supprimer de l'indicateur les heures travaillées et les cas pondérés pour les services en santé mentale ou de réadaptation. Pour ces hôpitaux, les données liées aux services en santé mentale ou de réadaptation pourront être incluses dans l'indicateur.

9. **Heures travaillées par le personnel producteur d'unités (PPU) par cas pondéré dans le service de diagnostic :** Indicateur mesurant le nombre d'heures travaillées nécessaires au PPU des services de diagnostic des hôpitaux pour générer un cas pondéré.

$$\frac{\text{Heures travaillées et heures de services achetés pour le PPU dans le service de diagnostic (ajustées en fonction des activités reliées aux patients hospitalisés)}}{\text{Total des cas pondérés de patients hospitalisés}}$$

Les codes de compte SIG utilisés au niveau du numérateur sont les comptes principaux 7* 4 05, 7* 4 15, 7* 4 25 et 7* 4 30 ainsi que les comptes secondaires statistiques 3 50 10 et 3 50 90. Le numérateur est ajusté pour refléter la proportion de l'activité reliée aux patients hospitalisés, déterminée par les statistiques sur la charge de travail de l'hôpital. Si la charge de travail n'est pas disponible, les statistiques sur l'activité reliée au service sont utilisées. Si ces données sont également non disponibles, une proportion nationale calculée en fonction de la charge de travail fournie par les provinces et territoires qui soumettent des données SIG est utilisée. Veuillez prendre note que la proportion du numérateur reliée aux soins de longue durée est supprimée pour tous les hôpitaux.

Le dénominateur inclut le nombre total de cas pondérés de soins de courte durée (obtenu à partir de la BDCP), à l'exception de la chirurgie d'un jour. **Remarque :** Idéalement, cet indicateur portera sur les services de diagnostic fournis pour les soins de courte durée uniquement. Pour certains hôpitaux, il pourrait être difficile de supprimer de l'indicateur les heures travaillées et les cas pondérés pour les services en santé mentale ou de réadaptation. Pour ces hôpitaux, les données liées aux services en santé mentale ou de réadaptation pourront être incluses dans l'indicateur.

10. ***Total* des heures travaillées par cas pondéré dans le service de diagnostic :** Indicateur mesurant le nombre d'heures travaillées nécessaires à l'ensemble du personnel des services de diagnostic des hôpitaux (à l'exclusion du personnel médical) pour générer un cas pondéré.

$$\frac{\text{Total des heures travaillées et des heures de services achetés dans le service de diagnostic (ajustées en fonction des activités reliées aux patients hospitalisés)}}{\text{Total des cas pondérés de patients hospitalisés}}$$

Les codes de compte SIG utilisés au niveau du numérateur sont les comptes principaux 7* 4 05, 7* 4 15, 7* 4 25 et 7* 4 30 ainsi que les comptes secondaires statistiques 3 10 10, 3 10 90, 3 50 10 et 3 50 90. Le numérateur est ajusté pour refléter la proportion de l'activité reliée aux patients hospitalisés, déterminée par les statistiques sur la charge de travail de l'hôpital. Si la charge de travail n'est pas disponible, les statistiques sur l'activité reliée au service sont utilisées. Si ces données sont également non disponibles, une proportion nationale calculée en fonction de la charge de travail fournie par les provinces et territoires qui soumettent des données SIG est utilisée. Veuillez prendre note que la proportion du numérateur reliée aux soins de longue durée est supprimée pour tous les hôpitaux.

Le dénominateur inclut le nombre total de cas pondérés de soins de courte durée (obtenu à partir de la BDCP), à l'exception de la chirurgie d'un jour. **Remarques :** Idéalement, cet indicateur portera sur les services de diagnostic fournis pour les soins de courte durée uniquement. Pour certains hôpitaux, il pourrait être difficile de supprimer de l'indicateur les heures travaillées et les cas pondérés pour les services en santé mentale ou de réadaptation. Pour ces hôpitaux, les données liées aux services en santé mentale ou de réadaptation pourront être incluses dans l'indicateur.

11. **Heures travaillées par le personnel producteur d'unités (PPU) par cas pondéré dans le service de laboratoire clinique :** Indicateur mesurant le nombre d'heures travaillées nécessaires au PPU des laboratoires des hôpitaux pour générer un cas pondéré.

$$\frac{\text{Heures travaillées et heures de services achetés pour le PPU dans le service de laboratoire (ajustées en fonction des activités reliées aux patients hospitalisés)}}{\text{Total des cas pondérés de patients hospitalisés}}$$

Les codes de compte SIG utilisés au niveau du numérateur sont les comptes principaux 7* 4 10 et les comptes secondaires statistiques 3 50 10 et 3 50 90. Le numérateur est ajusté pour refléter la proportion de l'activité reliée aux patients hospitalisés, déterminée par les statistiques sur la charge de travail de l'hôpital. Si la charge de travail n'est pas disponible, les statistiques sur l'activité reliée au service sont utilisées. Si ces données sont également non disponibles, une proportion nationale calculée en fonction de la charge de travail fournie par les provinces et territoires qui soumettent des données SIG est utilisée. Veuillez prendre note que la proportion du numérateur reliée aux soins de longue durée est supprimée pour tous les hôpitaux.

Le dénominateur inclut le nombre total de cas pondérés de soins de courte durée (obtenu à partir de la BDCP), à l'exception de la chirurgie d'un jour. **Remarques :** Idéalement, cet indicateur portera sur les services de laboratoire clinique pour les soins de courte durée uniquement. Pour certains hôpitaux, il pourrait être difficile de supprimer de l'indicateur les heures travaillées et les cas pondérés pour les services en santé mentale ou de réadaptation. Pour ces hôpitaux, les données liées aux services en santé mentale ou de réadaptation pourront être incluses dans l'indicateur.

12. ***Total* des heures travaillées par cas pondéré dans le service de laboratoire clinique :** Indicateur mesurant le nombre d'heures travaillées nécessaires à l'ensemble du personnel des laboratoires des hôpitaux (à l'exclusion du personnel médical) pour générer un cas pondéré.

$$\frac{\text{Total des heures travaillées et des heures de services achetés dans le service de laboratoire (ajustées en fonction des activités reliées aux patients hospitalisés)}}{\text{Total des cas pondérés de patients hospitalisés}}$$

Les codes de compte SIG utilisés au niveau du numérateur sont les comptes principaux 7* 4 10 et les comptes secondaires statistiques 3 10 10, 3 10 90, 3 50 10 et 3 50 90. Le numérateur est ajusté pour refléter la proportion de l'activité reliée aux patients hospitalisés, déterminée par les statistiques sur la charge de travail de l'hôpital. Si la charge de travail n'est pas disponible, les statistiques sur l'activité reliée au service sont utilisées. Si ces données sont également non disponibles, une proportion nationale calculée en fonction de la charge de travail fournie par les provinces et territoires qui soumettent des données SIG est utilisée. Veuillez prendre note que la proportion du numérateur reliée aux soins de longue durée est supprimée pour tous les hôpitaux.

Le dénominateur inclut le nombre total de cas pondérés de soins de courte durée (obtenu à partir de la BDCP), à l'exception de la chirurgie d'un jour. **Remarque :** Idéalement, cet indicateur portera sur les services de laboratoire clinique pour les soins de courte durée uniquement. Pour certains hôpitaux, il pourrait être difficile de supprimer de l'indicateur les heures travaillées et les cas pondérés pour les services en santé mentale ou de réadaptation. Pour ces hôpitaux, les données liées aux services en santé mentale ou de réadaptation pourront être incluses dans l'indicateur.

13. **Heures travaillées par le personnel producteur d'unités (PPU) par cas pondéré dans le service de pharmacie :** Indicateur mesurant le nombre d'heures travaillées nécessaires au PPU des centres d'activité de pharmacies des hôpitaux pour générer un cas pondéré.

$$\frac{\text{Heures travaillées et heures de services achetés pour le PPU dans le service de pharmacie (ajustées en fonction des activités reliées aux patients hospitalisés)}}{\text{Total des cas pondérés de patients hospitalisés}}$$

Les codes de compte SIG utilisés au niveau du numérateur sont les comptes primaires 7* 4 40 et les comptes secondaires statistiques 3 50 10 et 3 50 90. Le numérateur est ajusté pour refléter la proportion de l'activité reliée aux patients hospitalisés, déterminée par les statistiques sur la charge de travail de l'hôpital. Si la charge de travail n'est pas disponible, les statistiques sur l'activité reliée au service sont utilisées. Si ces données sont également non disponibles, une proportion nationale calculée en fonction de la charge de travail fournie par les provinces et territoires qui soumettent des données SIG est utilisée. Veuillez prendre note que la proportion du numérateur reliée aux soins de longue durée est supprimée pour tous les hôpitaux.

Le dénominateur inclut le nombre total de cas pondérés de soins de courte durée (obtenu à partir de la BDCP), à l'exception de la chirurgie d'un jour. **Remarque :** Idéalement, cet indicateur portera sur les services de pharmacie pour les soins de courte durée uniquement. Pour certains hôpitaux, il pourrait être difficile de supprimer de l'indicateur les heures travaillées et les cas pondérés pour les services en santé mentale ou de réadaptation. Pour ces hôpitaux, les données liées aux services en santé mentale ou de réadaptation pourront être incluses dans l'indicateur.

14. ***Total* des heures travaillées par cas pondéré dans le service de pharmacie :** Indicateur mesurant le nombre d'heures travaillées nécessaires à l'ensemble du personnel des centres d'activité de pharmacies des hôpitaux (à l'exception du personnel médical) pour générer un cas pondéré.

$$\frac{\text{Total des heures travaillées et des heures de services achetés dans le service de pharmacie (ajustées en fonction des activités reliées aux patients hospitalisés)}}{\text{Total des cas pondérés de patients hospitalisés}}$$

Les codes de compte SIG utilisés au niveau du numérateur sont les comptes primaires 7* 4 40 et les comptes secondaires statistiques 3 10 10, 3 10 90, 3 50 10 et 3 50 90. Le numérateur est ajusté pour refléter la proportion de l'activité reliée aux patients hospitalisés, déterminée par les statistiques sur la charge de travail de l'hôpital. Si la charge de travail n'est pas disponible, les statistiques sur l'activité reliée au service sont utilisées. Si ces données sont également non disponibles, une proportion nationale calculée en fonction de la charge de travail fournie par les provinces et territoires qui soumettent des données SIG est utilisée. Veuillez prendre note que la proportion du numérateur reliée aux soins de longue durée est supprimée pour tous les hôpitaux.

Le dénominateur inclut le nombre total de cas pondérés de soins de courte durée (obtenu à partir de la BDCP), à l'exception de la chirurgie d'un jour. **Remarques :** Idéalement, cet indicateur portera sur les services de pharmacie pour les soins de courte durée uniquement. Pour certains hôpitaux, il pourrait être difficile de supprimer de l'indicateur les heures travaillées et les cas pondérés pour les services en santé mentale ou de réadaptation. Pour ces hôpitaux, les données liées aux services en santé mentale ou de réadaptation pourront être incluses dans l'indicateur.

15. **Âge moyen de l'équipement :** Mesure du capital permettant de vérifier la relation entre les dépenses annuelles liées à l'amortissement de l'équipement de l'entité juridique et le montant total de l'amortissement cumulé des biens associés à l'équipement.

$$\frac{\text{Amortissement cumulé de l'équipement (réparti/non réparti)}}{\text{Coût de l'amortissement de l'équipement (réparti/non réparti)}}$$

Les codes de compte SIG utilisés au niveau du numérateur sont les comptes primaires 3* 8 53 et 3* 8 63.

Les codes de compte SIG utilisés au niveau du dénominateur sont les comptes principaux 7* et 8*, ainsi que le compte secondaire financier 7 50.

Coût par cas pondéré : Le coût par cas pondéré (CPCP) mesure la rentabilité relative d'un hôpital par rapport à sa capacité à fournir des soins de courte durée aux patients hospitalisés. Cet indicateur compare les dépenses totales d'un hôpital pour les patients hospitalisés en soins de courte durée avec le nombre de cas pondérés de patients hospitalisés qui ont obtenu des soins de courte durée. On obtient ainsi le total des dépenses engagées par l'établissement pour le traitement d'un patient moyen hospitalisé en soins de courte durée.

L'indicateur CPCP peut être utilisé en conjonction avec la pondération de la consommation des ressources (PCR) afin d'estimer le coût du séjour d'un patient hospitalisé en soins de courte durée pour un groupe de maladies analogues (GMA) ou encore un patient en particulier. La PCR est une valeur relative de la pondération des coûts dérivée des données sur les coûts des patients soumises à la Base de données canadienne sur les coûts par patient de l'ICIS. Le terme « cas pondérés » s'applique à la PCR totale au sein d'un groupe de cas défini ou d'un hôpital, d'une région ou d'une province ou un territoire.

Toutes les valeurs de PCR sont relatives au coût moyen d'un cas typique de patient hospitalisé auquel on attribue une PCR de 1,0. Par exemple, un patient avec une PCR de 2,0 aura eu besoin de deux fois plus de ressources au cours de son séjour à l'hôpital que la moyenne des patients hospitalisés.

Les utilisateurs devraient toutefois connaître les mises en garde associées à l'interprétation de l'indicateur CPCP. Même si le numérateur du CPCP comprend la vaste majorité des coûts des patients hospitalisés d'un hôpital, il exclut la rémunération des médecins. La rémunération des médecins au sein du milieu hospitalier est traitée et déclarée différemment dans les provinces et territoires en raison des différentes politiques qui y sont appliquées. C'est pourquoi elle a été supprimée du modèle du CPCP afin d'assurer une meilleure comparabilité entre les provinces et territoires. Il faut remarquer également que la rentabilité d'un hôpital, et par extension son CPCP, peut être influencée par une gamme de facteurs, y compris :

- la composition du personnel
- le volume des services administratifs et de soutien
- le statut d'enseignement
- le milieu rural ou urbain
- la taille

- le type (pédiatrie, spécialité, etc.)
- la prestation des soins
- le pourcentage des charges sociales
- les taux de rémunération

La variation des taux de rémunération nuit particulièrement à la comparaison des valeurs du CPCP pour des hôpitaux provenant de provinces ou territoires différents. Les différents taux de rémunération partout au Canada peuvent faire monter ou descendre les valeurs du CPCP. Par exemple, les provinces maritimes ont tendance à avoir des taux de rémunération moins élevés que d'autres provinces ou territoires, tandis que ceux de l'Ontario et l'Alberta tendent à être plus élevés. Si aucun ajustement n'est effectué en fonction des taux de rémunération, la valeur comparative du CPCP demeurera limitée.

Pour traiter cette question, deux indicateurs du CPCP sont ajoutés dans ce rapport. La première méthodologie (indicateur 16) dresse le portrait du CPCP de chaque hôpital selon leurs propres taux de rémunération. La deuxième méthodologie (indicateur 17) permet d'ajuster la composante du taux de rémunération du CPCP de chaque hôpital au moyen d'un index national du taux de rémunération calculé à partir des données de la BDCS, produisant ainsi des valeurs qui éliminent la variation du taux de rémunération d'une province ou d'un territoire à l'autre. Les deux méthodologies utilisent de nouvelles techniques permettant d'améliorer la qualité des données des estimations du CPCP. Vous trouverez ci-dessous un résumé des changements généraux apportés à la méthodologie du CPCP au fil des ans, de même qu'une description des méthodologies et une explication des ajustements mis en place pour permettre l'utilisation des données du Québec dans les calculs du CPCP non ajusté.

Modifications à la méthodologie précédente du CPCP

Allocations pour les soins aux patients

Un principe clé du CPCP est l'extraction des coûts relatifs aux patients hospitalisés de la soumission des données SIG d'un hôpital, peu importe l'endroit dans l'hôpital où ces coûts ont été engagés. Pour certains centres d'activité, la détermination des coûts relatifs aux patients hospitalisés est simple en raison de la nature même du centre d'activité (p. ex. unité de soins intensifs). D'autres centres d'activité, de par leur nature, servent autant pour les populations de patients hospitalisés en soins de courte durée d'un hôpital que d'autres types de patients (p. ex. imagerie médicale). Il est plus difficile de déterminer les coûts relatifs aux patients hospitalisés pour ces centres d'activité.

Dans la BDCS, les données statistiques qui servent à mesurer la charge de travail ou les volumes d'activité par catégorie de patient peuvent être utilisées pour identifier les coûts comme étant pour les patients hospitalisés. La méthodologie précédente du CPCP utilisait les propres données statistiques de l'hôpital pour effectuer le calcul, mais la vraisemblance de ces données n'était pas examinée. La méthodologie précédente utilisait également les données statistiques afin de développer les allocations nationales moyennes à utiliser dans les hôpitaux qui n'avaient pas leurs propres données statistiques, mais encore sans se préoccuper de la vraisemblance des données. En regardant vers l'avenir, la méthodologie du CPCP évaluera les données statistiques utilisées pour les allocations par l'intermédiaire d'une régression linéaire. Les

hôpitaux qui réussissent ces tests de vraisemblance utiliseront leurs propres statistiques pour l'allocation des coûts. Pour les hôpitaux où la déclaration statistique est insuffisante ou incertaine, on utilisera plutôt des facteurs d'allocation adaptés aux provinces calculés à partir des données des hôpitaux qui ont réussi les régressions. Ces facteurs d'allocation s'appuieront donc uniquement sur les données qui ont été jugées vraisemblables.

Ajustements supplémentaires de la qualité des données

D'autres ajustements de la qualité des données ont aussi été mis en œuvre dans le nouveau CPCP afin d'améliorer la robustesse de la méthodologie. Le tableau ci-dessous affiche un résumé des différences supplémentaires entre les deux méthodologies.

Méthodologie précédente du CPCP	Nouvelle méthodologie du CPCP
Aucune répartition des comptes provisoires	Répartition des comptes provisoires aux centres d'activité consommateurs
Utilisation de toutes les dépenses, peu importe le bilan	Suppression des dépenses avec un bilan négatif
Utilisation de tous les recouvrements, peu importe le bilan	Suppression des recouvrements avec un bilan positif
Utilisation d'une seule année de données à la fois	Utilisation de deux années de données (l'exercice en cours et l'exercice précédent) pour remplir la taille des échantillons des régressions et calcul du CPCP en fonction des dépenses et des cas pondérés de l'exercice en cours
Allocation des services cliniques déclarés à l'échelle régionale à tous les établissements au sein de cette région	Aucune allocation des services cliniques déclarés à l'échelle régionale; ces services restent dans l'entité régionale et reçoivent leur part d'autres dépenses allouées (par exemple, les services administratifs)

Des ajustements précis sont apportés aux données du Québec mises en correspondance avec les Normes SIG afin de les harmoniser davantage aux pratiques de déclaration des autres provinces et territoires. Les dépenses liées à l'amortissement de l'équipement, déclarées dans les données du Québec à titre de montants non répartis, sont regroupées dans les centres d'activité des Normes SIG à l'aide des données provenant des provinces et territoires qui participent aux Normes SIG.

Au Québec, la cotisation de l'employeur au régime de retraite est fournie directement par le gouvernement. Par conséquent, cette partie des dépenses n'est pas incluse dans les données de la province. Les provinces et territoires qui se conforment aux pratiques des Normes SIG déclarent cette dépense sous le compte financier secondaire 3 ** 44 (Régime provincial de pensions). À partir de l'information fournie par l'organisme qui gère les régimes de retraite, les cotisations ont été estimées pour chaque centre d'activité de chacun des organismes, puis utilisées dans l'analyse du CPCP.

Conformément aux pratiques des Normes SIG mises en application dans les autres provinces et territoires, les données du Québec virées sous les comptes provisoires ont été réparties dans des centres de coûts d'amortissement.

Rajustement du taux de rémunération

La méthodologie précédente du CPCP ne comportait aucun ajustement de l'indicateur en fonction des écarts entre les taux de rémunération. Les valeurs obtenues représentaient de façon précise le coût moyen réel engagé par un hôpital pour traiter un patient moyen hospitalisé en soins de courte durée. Toutefois, comme la rémunération compte pour environ les deux tiers des dépenses d'un hôpital, le taux de rémunération était la composante la plus importante des différences dans les comparaisons du CPCP.

Afin d'atténuer l'effet des écarts entre les taux de rémunération sur le CPCP, la composante des taux de rémunération dans la valeur du CPCP des hôpitaux dans chaque province ou territoire est maintenant rajustée afin que les taux de rémunération provinciaux et territoriaux soient équivalents. Dans les hôpitaux des provinces et territoires dont les taux de rémunération sont inférieurs à la moyenne nationale, la rémunération est ajustée à la hausse afin de s'harmoniser à la moyenne nationale; dans les hôpitaux des provinces et territoires dont les taux de rémunération sont supérieurs à la moyenne nationale, la rémunération est ajustée à la baisse pour la même raison. Ce rajustement est la fonction principale de l'indicateur 17, mais il est aussi utilisé dans les étapes intérimaires du calcul de l'indicateur 16 chaque fois que le calcul du coût national par unité est effectué ou que des données invraisemblables sont supprimées par régression linéaire.

Une approche à étapes multiples est utilisée afin de déterminer le facteur d'échelle pour chaque centre d'activité, dans chacune des provinces et chacun des territoires. La première étape du processus est d'enlever tous les centres d'activité extrêmes — ceux dont les taux de rémunération sont supérieurs à 500 $/heure ou inférieurs au salaire minimum provincial ou territorial. Les centres d'activité restants sont ensuite traités dans une analyse de régression afin d'enlever des valeurs extrêmes additionnelles et d'obtenir un taux de rémunération national ainsi qu'un taux de rémunération provincial pour chaque centre d'activité de niveau 3. Les taux national et provincial sont ensuite utilisés ensemble pour établir un facteur d'échelle qui déterminera si les taux de rémunération provinciaux ou territoriaux pour un centre d'activité devraient être rajustés à la hausse ou à la baisse.

16. **Coût par cas pondéré (non ajusté en fonction de l'écart des taux de rémunération)**

Préparation des données

Avant le calcul de l'indicateur CPCP, les données de la BDCS sont traitées afin d'assurer une uniformité dans les données des provinces et des territoires pour les calculs des indicateurs et de promouvoir des pratiques appropriées en matière de qualité des données. Cette préparation des données comprend les ajustements décrits dans la section « Ajustements supplémentaires de la qualité des données ». Elle comprend également la distribution de toutes les données régionalisées non réparties aux organismes de services de santé pour l'ensemble des régies régionales de la santé participant à la BDCS et la conversion de tous les types de fonds des centres d'activité et de comptabilité en fonds de fonctionnement.

Calcul des coûts totaux

1. La première étape du calcul du CPCP est de déterminer les coûts totaux pour les patients hospitalisés de chaque hôpital qui soumet des données à la BDCS. La majorité des dépenses déclarées à la BDCS sont utilisées dans ce calcul, à l'exception de certaines dépenses dans les soumissions des hôpitaux qui doivent être enlevées afin de faciliter la comparabilité des valeurs du CPCP. Les ajustements suivants sont effectués :

Compte secondaire financier	Description	Mesure
1 20 **1 21** **1 22**	Recouvrements provenant de sources externes Recouvrements au sein de l'entité juridique Recouvrements internes	Débiter des dépenses
3 10 85 **3 50 85**	Heures rémunérées, personnel de gestion et de soutien opérationnel, autres indemnités de cessation d'emploi Heures rémunérées, personnel producteur d'unités, autres indemnités de cessation d'emploi	Exclure
3 90	Heures rémunérées, personnel médical	Exclure
9 50 20	Amortissement, non réparti, améliorations des terrains[i]	Exclure
9 50 40	Amortissement, non réparti, bâtiments[i]	Exclure
9 50 60	Amortissement, non réparti, équipement de service des bâtiments[i]	Exclure
9 55	Intérêts sur éléments de passif à long terme	Exclure

Les données du Québec comprennent le coût du sang et des produits sanguins, qui n'est pas déclaré par les autres provinces et territoires. Ces données ont été regroupées sous un centre d'activité spécial, retiré de l'ensemble des données aux fins de la présente analyse.

2. Une fois ces ajustements effectués, tous les coûts restant des hôpitaux doivent être assignés à un des trois regroupements de coûts suivants :

- Regroupement de coûts pour les patients hospitalisés — Coûts engagés dans les soins directs aux patients hospitalisés.
- Regroupement de coûts pour les autres patients — Coûts engagés dans les soins directs aux patients non hospitalisés, comme les clients de l'hôpital.
- Regroupement de coûts non reliés aux patients — Coûts engagés dans les activités non reliées aux soins des patients.

i. L'amortissement non réparti est parfois inclus comme compte secondaire financier 9 50 00, donc la portion qui s'applique à l'amélioration des terrains, aux bâtiments et à l'équipement de service des bâtiments ne peut pas être vérifiée. À l'échelle nationale, l'ICIS a établi que 70 % de l'amortissement non réparti déclaré s'applique à ce type de biens; ce pourcentage est alors exclu et seuls les coûts associés au matériel principal — non réparti serviront aux fins d'allocation.

Afin de bien allouer les coûts hospitaliers de la BDCS à ces regroupements de coûts, les coûts dans les centres d'activité sont assignés au regroupement de coût qui lui convient le mieux. Cette tâche s'effectue principalement avec les cinq premiers chiffres (niveau 3) du centre d'activité, malgré que la tâche peut devenir compliquée pour les centres d'activité dont les services touchent plus d'un regroupement de coûts.

Pour décrire comment ces coûts sont déterminés, les centres d'activité et de comptabilité sont groupés en sept sections logiques et seront traités séparément. Ces sections sont :

- Soins infirmiers aux patients hospitalisés
- Salles d'opération et de réveil
- Services d'urgence
- Centres d'activité de soins ambulatoires précisés
- Centres d'activité diagnostiques et thérapeutiques
- Centres d'activité de soins aux autres patients
- Centres d'activité et de comptabilité restants

La section suivante décrit comment les coûts dans chacune de ces sept sections seront alloués aux regroupements de coûts pour les patients hospitalisés, pour les autres patients et non reliés aux patients.

a) Soins infirmiers aux patients hospitalisés

La grande majorité des coûts déclarés pour les soins infirmiers aux patients hospitalisés devraient être des coûts pour les patients hospitalisés. Toutefois, d'autres activités à l'endroit des patients sont parfois déclarées dans les soins infirmiers aux patients hospitalisés sous la forme de charge de travail ou de visites.

Numéro de compte	Description	Coûts pour les patients hospitalisés	Coûts d'autres patients	Coûts non-patients
71 2 10	Unité de soins infirmiers en médecine	Oui	Potentiellement	Non
71 2 20	Unité de soins infirmiers en chirurgie	Oui	Potentiellement	Non
71 2 30	Unité de soins infirmiers, soins médicaux et chirurgicaux combinés	Oui	Potentiellement	Non
71 2 40	Unité de soins intensifs	Oui	Potentiellement	Non
71 2 50	Unité de soins infirmiers en obstétrique	Oui	Potentiellement	Non
71 2 70	Unité de soins infirmiers en pédiatrie	Oui	Potentiellement	Non
71 2 75	Unité de soins infirmiers en santé mentale et en toxicomanie	Oui	Potentiellement	Non
71 2 80	Unité de soins infirmiers de réadaptation physique	Oui	Potentiellement	Non
71 2 90	Unité de soins infirmiers palliatifs	Oui	Potentiellement	Non

Pour déterminer la quantité de dépenses qui devraient être allouées au regroupement de coûts pour les autres patients, tous les centres d'activité ci-dessus déclarant des visites d'autres patients ou une charge de travail reliée aux services pour les autres patients doivent être identifiés. Les données de ces centres d'activité sont traitées à l'aide d'un algorithme en deux phases afin de déterminer une allocation appropriée pour le regroupement de coûts pour les autres patients.

Phase 1 : Tous les centres d'activité de soins infirmiers aux patients hospitalisés qui déclarent une charge de travail passent par une régression linéaire qui utilise le coût par unité de charge de travail ajusté selon le taux de rémunération comme variable dépendante et l'exercice et le centre d'activité comme variables indépendantes.

Tous les centres d'activité qui réussissent cette régression sont jugés aptes à démontrer une relation raisonnable entre la charge de travail totale et les dépenses ajustées selon le taux de rémunération. Leur allocation au regroupement de coûts pour les autres patients est calculée en fonction de leur proportion de la charge de travail déclarée par catégorie de bénéficiaires de services.

Phase 2 : Tous les centres d'activité de soins infirmiers aux patients hospitalisés qui déclarent les visites et la charge de travail des autres patients passent par trois modèles de régression linéaire consécutifs, où uniquement les centres d'activité qui réussissent un modèle passent au modèle suivant. Les variables indépendantes pour chaque modèle sont l'exercice fiscal et le centre d'activité. Les variables dépendantes sont :

- Charge de travail pour les autres patients par visite des autres patients
- Dépenses ajustées selon le taux de rémunération par unité de charge de travail
- La portion des autres patients des dépenses ajustées selon le taux de rémunération par visite des autres patients

Les centres d'activité qui réussissent les trois régressions sont jugés aptes à démontrer une relation raisonnable entre les trois variables et sont utilisés afin de calculer un coût national par visite d'autres patients. Ce coût national par visite d'autres patients est ensuite adapté à chaque province ou territoire afin de s'harmoniser à ses propres taux de rémunération et est multiplié par les visites d'autres patients de chaque centre d'activité qui a échoué à la phase 1.

Les centres d'activité qui déclarent une charge de travail et des visites dans des catégories de bénéficiaires de services qui se contredisent sont jugés compter pour 100 % des dépenses pour les patients hospitalisés.

On considère que les données du Québec regroupées sous les centres d'activité de soins infirmiers aux patients hospitalisés des Normes SIG comprennent uniquement des coûts pour les patients hospitalisés; elles sont donc toutes attribuées au regroupement de coûts pour les patients hospitalisés. Les données du Québec regroupées sous le centre d'activité de l'unité de soins infirmiers en obstétrique (71 2 50*) font cependant exception à cette règle. Le bien-fondé de ces centres d'activité est déterminé à partir d'un modèle de régression linéaire qui utilise l'exercice comme variable indépendante et le coût par personne traitée dans le centre d'activité comme variable dépendante. Les centres d'activité qui réussissent cette régression sont jugés

aptes à démontrer une relation raisonnable entre les dépenses et les personnes traitées. Leur allocation aux regroupements de coûts pour les patients hospitalisés et les autres patients est calculée en fonction du volume de patients traités par catégorie de bénéficiaires de services. Dans le cas des centres d'activité qui échouent la régression, on utilise un pourcentage de répartition provincial fondé sur les centres d'activité qui ont réussi la régression.

b) Salles d'opération et de réveil

Il est raisonnable pour la section des salles d'opération et de réveil de contenir un mélange de dépenses reliées aux patients hospitalisés et aux autres patients.

Numéro de compte	Description	Coûts pour les patients hospitalisés	Coûts d'autres patients	Coûts non-patients
71 2 60	Salle d'opération	Oui	Potentiellement	Non
71 2 62	Salles d'opération et de réveil combinées	Oui	Potentiellement	Non
71 2 65	Salle de réveil	Oui	Potentiellement	Non
71 3 60	Chirurgie d'un jour, salle d'opération	Potentiellement	Oui	Non
71 3 62	Chirurgie d'un jour, salles d'opération et de réveil combinées	Potentiellement	Oui	Non
71 3 65	Chirurgie d'un jour, salle de réveil	Potentiellement	Oui	Non
71 3 69	Salles d'opération et de réveil combinées et soins préopératoires et postopératoires, chirurgie d'un jour	Potentiellement	Oui	Non

Pour déterminer la quantité de dépenses qui devraient être allouées au regroupement de coûts pour les autres patients dans ces centres d'activité, on identifie tous les centres d'activité énumérés ci-dessus qui déclarent une charge de travail et dont cette dernière n'entraîne pas de conflit dans la catégorie de bénéficiaires de services avec les statistiques sur l'activité reliée au service. Les données de ces centres d'activité sont traitées à l'aide d'un algorithme en deux étapes afin de déterminer une allocation appropriée pour le regroupement de coûts pour les autres patients.

Phase 1 : Tous les centres d'activité de salles d'opération et de salles de réveil qui déclarent une charge de travail passent par une régression linéaire qui utilise les dépenses ajustées selon le taux de rémunération par unité de charge de travail du centre d'activité comme variable dépendante et l'exercice et le centre d'activité comme variables indépendantes. Les régressions sont menées séparément pour les salles d'opération et les salles de réveil.

Tous les centres d'activité qui réussissent cette régression sont jugés aptes à démontrer une relation raisonnable entre la charge de travail totale et les dépenses ajustées selon le taux de rémunération. Leur allocation au regroupement de coûts pour les autres patients est calculée en fonction de leur proportion de la charge de travail déclarée par catégorie de bénéficiaires de services. Une proportion nationale des activités pour les patients hospitalisés et les autres patients en fonction des centres d'activité qui ont réussi la régression est appliquée aux centres d'activité qui ont échoué la régression et n'ont pas déclaré les statistiques sur l'activité reliée au service dans le centre d'activité. Cette moyenne nationale est également utilisée pour les centres d'activité dont la charge de travail entraînait un conflit dans la catégorie de bénéficiaires

de services en raison des statistiques sur l'activité reliée au service, ainsi que pour les centres d'activité ne comportant pas de charge de travail ou d'activité reliée au service.

Phase 2 : Pour les centres d'activité de salles d'opération et de réveil qui déclarent des visites en chirurgie, en salle de réveil et en personne, mais sans déclarer de charge de travail, les estimations des coûts nationales ajustées selon le taux de rémunération sont alors calculés pour une visite en chirurgie, en salle de réveil et en personne. Ces estimations sont ensuite appliquées à l'activité reliée au service des centres d'activité qui sont admis à la phase 2 afin d'en calculer l'allocation du regroupement de coûts pour les autres patients.

Les données du Québec regroupées sous les centres d'activité de salles d'opération sont attribuées aux regroupements de coûts pour les patients hospitalisés et les autres patients à partir d'un modèle de régression linéaire qui utilise l'exercice comme variable indépendante et les heures en chirurgie pondérées comme variable dépendante. Les centres d'activité qui réussissent cette régression sont jugés aptes à démontrer une relation raisonnable entre les dépenses et les heures en chirurgie pondérées. Leur allocation aux regroupements de coûts pour les patients hospitalisés et les autres patients est calculée en fonction du volume d'heures en chirurgie pondérées par catégorie de bénéficiaires de services. Dans le cas des centres d'activité qui échouent la régression, on utilise un pourcentage de répartition provincial fondé sur les centres d'activité qui ont réussi la régression.

c) Service d'urgence

Numéro de compte	Description	Coûts pour les patients hospitalisés	Coûts d'autres patients	Coûts non-patients
71 3 10	Service d'urgence	Potentiellement	Oui	Non

Un centre d'activité de services d'urgence peut contenir des données sur l'activité liée aux patients hospitalisés, comme le reflètent les volumes de jours de présence des patients hospitalisés et de visites en personne des patients hospitalisés qui y sont déclarés. Pour estimer le coût de ces volumes, les données sont passées dans un algorithme à deux phases.

Phase 1 : Les centres d'activité de services d'urgence qui déclarent une charge de travail passent dans une régression linéaire qui utilise le coût par unité de charge de travail ajusté selon le taux de rémunération comme variable dépendante et l'exercice, le centre d'activité et la cohorte hospitalière comme variables indépendantes. Ces centres d'activité qui réussissent la régression utilisent leur propre charge de travail par catégorie de bénéficiaires de service afin d'allouer des dépenses dans les regroupements de coûts pour les patients hospitalisés et les autres patients.

Phase 2 : Pour les centres d'activité de services d'urgence qui déclarent des activités reliées aux services aux patients hospitalisés sans déclarer de charge de travail ou pour les charges de travail qui entraînent un conflit avec l'activité reliée au service en raison de la catégorie de bénéficiaires de services déclarée, les estimations des coûts nationales ajustées selon le taux de rémunération sont alors calculées pour les jours de présence des patients hospitalisés, les visites des patients hospitalisés et les visites des « autres patients ». Ces estimations sont

multipliées par les volumes d'activité reliée au service des centres d'activité qui ne déclarent pas la charge de travail de façon appropriée afin de calculer la proportion de l'activité des patients hospitalisés sur l'activité totale. Cette proportion est ensuite comparée aux dépenses totales du centre d'activité, permettant de calculer les allocations pour les regroupements de coûts pour les patients hospitalisés et les autres patients.

Les centres d'activité de services d'urgence qui ne déclarent pas d'activité reliée au service ou de charge de travail sont jugés contenir 100 % de leurs dépenses comme étant reliées aux autres patients.

On considère que les données du Québec regroupées sous les centres d'activité de services d'urgence des Normes SIG comprennent uniquement des coûts pour les autres patients; elles sont donc toutes attribuées au regroupement de coûts pour les autres patients.

d) Centres d'activité de soins ambulatoires précisés

Numéro de compte	Description	Coûts pour les patients hospitalisés	Coûts d'autres patients	Coûts non-patients
71 3 40	Soins spécialisés de jour et de nuit	Potentiellement	Oui	Non
71 3 50	Cliniques spécialisées	Potentiellement	Oui	Non
71 3 55	Cabinets de consultation des cliniques	Potentiellement	Oui	Non
71 3 67	Soins préopératoires et postopératoires, chirurgie d'un jour	Potentiellement	Oui	Non

D'autres centres d'activité de soins ambulatoires peuvent contenir des données sur l'activité liée aux patients hospitalisés, comme le reflètent les volumes de jours de présence des patients hospitalisés et de visites en personne des patients hospitalisés qui y sont déclarés. Pour estimer les coûts de ces volumes, les centres d'activité de soins ambulatoires précisés ci-dessus sont passés dans un algorithme à deux phases.

Phase 1 : Les centres d'activité de soins ambulatoires précisés qui déclarent une charge de travail passent dans une régression statistique qui utilise le coût par unité de charge de travail ajusté selon le taux de rémunération comme variable dépendante et l'exercice, le centre d'activité comme variables indépendantes. Ces centres d'activité qui réussissent la régression utilisent leur propre charge de travail par catégorie de bénéficiaires de service afin d'allouer des dépenses dans les regroupements de coûts pour les patients hospitalisés et les autres patients.

Phase 2 : Pour les centres d'activité dans la liste qui déclarent une activité reliée au service aux patients hospitalisés sans déclarer de charge de travail ou pour les charges de travail qui entraînent un conflit avec l'activité reliée au service en raison de la catégorie de bénéficiaires de services déclarée, les estimations des coûts nationales ajustées selon le taux de rémunération sont alors calculées pour les visites et les jours de présence des patients hospitalisés. Ces estimations sont multipliées par les volumes d'activité reliée au service des centres d'activité qui ne déclarent pas la charge de travail de façon appropriée afin de calculer la proportion de l'activité des patients hospitalisés sur l'activité totale. Cette proportion est ensuite comparée aux dépenses totales du centre d'activité, permettant de calculer les allocations pour les regroupements de coûts pour les patients hospitalisés et les autres patients.

Les centres d'activité de soins ambulatoires dans cette liste qui ne déclarent ni l'activité reliée au service ni la charge de travail sont jugés contenir 100 % de leurs dépenses comme étant reliées aux autres patients.

On considère que les données du Québec regroupées sous les centres d'activité de soins ambulatoires des Normes SIG comprennent uniquement des coûts pour les autres patients; elles sont donc toutes attribuées au regroupement de coûts pour les autres patients.

e) Centres d'activité diagnostiques et thérapeutiques

Numéro de compte	Description	Coûts pour les patients hospitalisés	Coûts d'autres patients	Coûts non-patients
71 4 05	Soins infirmiers diagnostiques et thérapeutiques	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 10	Laboratoire clinique	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 15	Imagerie médicale	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 20	Onco-radiologie	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 25	Laboratoires d'électrodiagnostic	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 30	Laboratoires de cardiologie non effractive et laboratoires vasculaires	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 35	Services d'inhalothérapie	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 40	Pharmacie	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 45	Nutrition clinique	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 50	Physiothérapie	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 55	Ergothérapie	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 60	Audiologie et orthophonie	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 65	Aspect technique de la réadaptation	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 70	Travail social	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 75	Psychologie	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 76	Consultation génétique	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 80	Services de la pastorale	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 85	Thérapie par les loisirs	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 90	Milieu thérapeutique de l'enfance	Potentiellement	Potentiellement	Non

Il est attendu que la plupart (sinon la totalité) des centres d'activité diagnostiques et thérapeutiques serviront les populations de patients hospitalisés et d'autres patients. Afin de déterminer la quantité de dépenses dans ces centres d'activité qui devraient être allouées aux regroupements de coûts pour les patients hospitalisés et les autres patients, tous les centres d'activité dans le tableau ci-dessus sont passés dans un algorithme à trois phases.

Phase 1 : Tous les centres d'activité diagnostiques et thérapeutiques qui déclarent une charge de travail passent dans une régression linéaire qui utilise le coût par unité de charge de travail ajusté selon le taux de rémunération comme variable dépendante et la cohorte hospitalière comme variable indépendante. Cette régression est effectuée pour chaque type de centre d'activité diagnostique et thérapeutique. Tous les centres d'activité qui réussissent cette régression sont jugés aptes à démontrer une relation raisonnable entre la charge de travail totale et les dépenses ajustées selon le taux de rémunération. Leur allocation aux regroupements de coûts pour les patients hospitalisés et les autres patients est calculée en fonction de leur proportion de la charge de travail déclarée par catégorie de bénéficiaires de services.

Phase 2 : Tous les centres d'activité diagnostiques et thérapeutiques qui déclarent une activité reliée au service passent dans une régression linéaire qui utilise le coût par unité d'activité reliée au service ajusté selon le taux de rémunération comme variable dépendante et la cohorte hospitalière comme variable indépendante. Cette régression est effectuée pour chaque type de centre d'activité diagnostique et thérapeutique. Tous les centres d'activité qui réussissent la régression de la phase 2 sont jugés aptes à démontrer une relation raisonnable entre l'activité reliée au service et les dépenses ajustées selon le taux de rémunération. Les centres d'activité qui n'étaient pas admissibles à la phase 1 ou qui ont échoué cette dernière utilisent leur valeur de l'activité reliée au service pour allouer les dépenses dans les regroupements de coûts pour les patients hospitalisés et les autres patients par catégorie de bénéficiaires de services.

Phase 3 : Tous les centres d'activité diagnostiques et thérapeutiques qui déclarent une activité reliée au service et une charge de travail sont traités par trois modèles consécutifs de régression linéaire au cours desquels uniquement les centres d'activités qui réussissent un modèle avancent au modèle suivant. Les modèles vont comme suit :

- Charge de travail pour les autres patients par activité reliée au service pour les autres patients
- Dépenses ajustées selon le taux de rémunération par l'unité totale de charge de travail
- La portion des autres patients des dépenses ajustées selon le taux de rémunération par activité reliée au service pour les autres patients

Les centres d'activité qui réussissent les trois régressions sont utilisés pour calculer le pourcentage national moyen de la charge de travail pour les patients hospitalisés sur la charge de travail totale. Ce pourcentage est appliqué à chaque centre d'activité qui a échoué à la phase 1 ou 2 afin de déterminer l'allocation des dépenses dans les regroupements de coûts pour les patients hospitalisés et les autres patients.

Les données du Québec regroupées sous les centres d'activité diagnostiques et thérapeutiques des Normes SIG sont également attribuées aux regroupements de coûts pour les patients hospitalisés et les autres patients à partir de modèles de régression. On utilise essentiellement les statistiques sur l'activité reliée au service qui se rapportent à chaque centre d'activité. Dans chaque modèle et chaque centre d'activité, on utilise l'exercice comme variable indépendante et le coût par activité reliée au service comme variable dépendante. Les centres d'activité qui réussissent cette régression sont jugés aptes à démontrer une relation raisonnable entre les dépenses et le volume d'activité reliée au service. Leur allocation aux regroupements de

coûts pour les patients hospitalisés et les autres patients est calculée en fonction du volume de l'activité reliée au service par catégorie de bénéficiaires. Dans le cas des centres d'activité qui échouent la régression, on utilise des modèles de régression basés sur d'autres types de statistiques sur l'activité reliée au service. Lorsqu'un centre d'activité échoue ces modèles de régression, on utilise un pourcentage moyen de patients hospitalisés calculé à partir des données du Québec regroupées sous tous les centres d'activité identiques qui ont réussi la régression selon le modèle initial.

f) Centres d'activité de soins aux autres patients

Numéro de compte	Description	Coûts pour les patients hospitalisés	Coûts d'autres patients	Coûts non-patients
71 2 76	Unité de soins infirmiers de longue durée en santé mentale	Non	Oui	Non
71 2 92	Unité de soins infirmiers de longue durée	Non	Oui	Non
71 2 96	Services chirurgicaux impartis	Non	Oui	Non
71 3 14	Services de santé par téléphone	Non	Oui	Non
71 3 20	Services d'information sur les poisons et les médicaments	Non	Oui	Non
71 3 96	Services de chirurgie d'un jour impartis	Non	Oui	Non
Tous les comptes 71 5*	Services de santé communautaires	Non	Oui	Non

Tous les autres centres d'activité reliés aux soins aux patients dans le domaine des soins infirmiers, des soins ambulatoires et des services diagnostiques et thérapeutiques sont assignés au regroupement de coût pour les autres patients.

g) Autres coûts hospitaliers

Numéro de compte	Description	Coûts pour les patients hospitalisés	Coûts d'autres patients	Coûts non-patients
71 7*	Recherche	Non	Non	Oui
Tous les comptes 71 8*, sauf 71 8 40 Formation interne	Enseignement	Non	Non	Oui
Tous les comptes 71 9*	Non réparti	Non	Non	Oui

Toutes les dépenses de ces centres d'activité sont allouées au regroupement de coûts non reliés aux patients.

h) Centres d'activité et de comptabilité restants

Numéro de compte	Description	Coûts pour les patients hospitalisés	Coûts d'autres patients	Coûts non-patients
Tous les comptes 71 1*	Services administratifs et de soutien	Répartition	Répartition	Répartition
71 8 40*	Formation interne	Répartition	Répartition	Non
Tous les comptes 81 9*	Non réparti	Répartition	Répartition	Répartition

Pour ces centres d'activité, les coûts sont alloués dans les regroupements de coûts en vertu des étapes 5, 6 et 7.

3. Pour les hôpitaux pour lesquels les données cliniques sur les patients en santé mentale peuvent être séparées (p. ex. lorsqu'un numéro d'établissement distinct est utilisé dans la BDCP, lorsque les données sont déclarées à une autre base de données ou lorsque l'établissement dispense uniquement des services de santé mentale), les dépenses déclarées dans le regroupement de coûts pour les patients hospitalisés du centre d'activité 71 2 75 (unité de soins infirmiers en santé mentale et en toxicomanie) sont transférées au regroupement de coûts pour les autres patients. Pour l'ensemble des centres d'activité liés aux services diagnostiques et thérapeutiques (71 4*) de ces mêmes hôpitaux, la portion des dépenses du regroupement de coûts pour les patients hospitalisés qui appartient aux patients hospitalisés en santé mentale (en fonction de la proportion des dépenses pour les patients hospitalisés en santé mentale sur les dépenses totales du regroupement de coûts pour les patients hospitalisés) est calculée et transférée au regroupement de coûts pour les autres patients. Ce calcul vise à établir un CPCP en soins de courte durée. Lorsque les données financières ou les données cliniques pour les services en santé mentale ne peuvent être séparées, l'existence de certaines dépenses en santé mentale et des cas pondérés de santé mentale qui y sont associés ne devraient pas représenter une différence substantielle pour les coûts par cas pondéré.
4. Pour les hôpitaux pour lesquels les données cliniques sur les patients en réadaptation peuvent être séparées (p. ex. lorsqu'un numéro d'établissement distinct est utilisé dans la BDCP, lorsque les données sont déclarées à une autre base de données ou lorsque l'établissement dispense uniquement des services de réadaptation), les dépenses déclarées dans le regroupement de coûts pour les patients hospitalisés 71 2 80 (unité de soins infirmiers de réadaptation physique) sont transférées au regroupement des coûts pour les autres patients. Pour tous les centres d'activité diagnostiques et thérapeutiques (71 4*) de ces mêmes hôpitaux, la portion des dépenses du regroupement de coûts pour les patients hospitalisés qui appartient aux patients hospitalisés en réadaptation (en fonction de la proportion des dépenses pour les patients hospitalisés en réadaptation sur les dépenses totales du regroupement de coûts pour les patients hospitalisés) est calculée et transférée au regroupement de coûts pour les autres patients. Ce calcul vise à établir un CPCP en soins de courte durée. Lorsque les données financières ou les données cliniques des services de réadaptation ne peuvent être séparées, l'existence de certaines dépenses en réadaptation et des cas pondérés en réadaptation qui y sont associés ne devraient pas représenter une différence substantielle pour les coûts par cas pondéré.

5. Les dépenses des centres d'activité de services administratifs et de soutien (71 1*) sont réparties dans les trois regroupements de coûts en fonction de la portion des dépenses totales dans le regroupement de coûts de chaque hôpital sur les dépenses totales de l'hôpital.
6. Les dépenses du centre de comptabilité (81 9*) et de sa portion de 71 1* sont réparties dans les trois regroupements de coûts en fonction de la portion des dépenses totales dans le regroupement de coûts de chaque hôpital sur les dépenses totales de l'hôpital.
7. Les dépenses liées à la formation interne (71 8 40*) sont allouées aux regroupements de coûts pour les patients hospitalisés et les autres patients en fonction de la portion de chacun de ces regroupements de coûts sur leur somme combinée à l'échelle des hôpitaux, avant l'allocation 71 1 et 81 9 aux étapes 5 et 6.
8. Le total des coûts du regroupement pour les patients hospitalisés est calculé. Le chiffre obtenu sert à déterminer le CPCP.

Calcul des cas pondérés

1. Obtention du nombre total de cas pondérés de patients hospitalisés en soins de courte durée, en réadaptation et en santé mentale à partir des dossiers médicaux (calculés par l'ICIS au moyen des données de la BDCP).
2. Suppression des cas pondérés de patients hospitalisés en santé mentale pour les hôpitaux dont les coûts calculés pour les patients hospitalisés dans le centre d'activité 71 2 75 sont appariés (c.-à-d. hôpitaux qui déclarent des données sur les patients hospitalisés en santé mentale au Système d'information ontarien sur la santé mentale ou à la BDCP au moyen d'un numéro d'établissement unique à cette catégorie de patients).
3. Suppression des cas pondérés de patients hospitalisés en réadaptation pour les hôpitaux dont les coûts calculés pour les patients hospitalisés dans le centre d'activité 71 2 80 sont appariés (c.-à-d. hôpitaux qui déclarent des données sur les patients en réadaptation au Système national d'information sur la réadaptation ou à la BDCP au moyen d'un numéro d'établissement unique à cette catégorie de patients).

Calcul du coût par cas pondéré

1. Apparier le coût imputable aux patients hospitalisés et les données relatives aux cas pondérés pour chaque hôpital.
2. Calculer le CPCP :

$$\text{Coût par cas pondéré} = \frac{\text{Total des coûts des patients hospitalisés}}{\text{Total des cas pondérés}}$$

Veuillez prendre note que les cas pondérés utilisés pour cette méthodologie sont regroupés au moyen de la méthodologie de regroupement GMA+ 2014, la plus récente méthodologie des groupes de maladies analogues de l'ICIS.

17. **Coût par cas pondéré (ajusté selon le taux de rémunération)**

Le CPCP ajusté selon le taux de rémunération suit la même méthodologie que le CPCP non ajusté (indicateur 16), avec une étape additionnelle : après l'étape 7 (détermination des coûts complets), toute la rémunération dans l'ensemble des centres d'activité est ajustée selon les différences dans les taux de rémunération.

Un facteur d'ajustement des taux de rémunération de la province ou du territoire est déterminé pour chaque centre d'activité de niveau 3 en comparant les taux de rémunération provinciaux ou territoriaux avec les taux de rémunération nationaux pour ce centre d'activité. Le facteur provincial ou territorial d'ajustement des taux de rémunération est ensuite multiplié par le taux de rémunération applicable à ce centre d'activité au sein de chaque établissement dans cette province ou ce territoire.

La rémunération applicable aux centres d'activité sera ajustée à la hausse si le taux de rémunération à l'échelle provinciale ou territoriale est inférieur à celui utilisé à l'échelle nationale. La rémunération applicable aux centres d'activité sera ajustée à la baisse si le taux de rémunération à l'échelle provinciale ou territoriale est supérieur à celui utilisé à l'échelle nationale.

Une fois l'ajustement effectué pour tous centres d'activité, le regroupement de coûts pour les patients hospitalisés peut être résumé à l'étape 8 (détermination des coûts complets). Les étapes restantes du calcul du CPCP non ajusté peuvent être ensuite être menées.

Les valeurs du CPCP ajusté selon le taux de rémunération ne sont pas disponibles pour le Québec à l'heure actuelle.

Moyenne pondérée des indicateurs de rendement

Toutes les valeurs moyennes des indicateurs mentionnées dans le rapport *Base de données canadienne SIG — indicateurs de rendement financier des hôpitaux, de 2008-2009 à 2012-2013, notes méthodologiques* sont des moyennes pondérées. On applique la pondération en calculant la valeur de l'indicateur : la somme de tous les numérateurs est divisée par celle de tous les dénominateurs.

Pour obtenir la valeur moyenne des indicateurs provinciaux ou territoriaux, on divise la somme de tous les numérateurs des établissements provinciaux ou territoriaux par celle de tous les dénominateurs des mêmes établissements, excluant les valeurs extrêmes. Pour obtenir la valeur moyenne des indicateurs nationaux, on divise la somme de tous les numérateurs des établissements par celle de tous les dénominateurs de ces établissements, excluant les valeurs extrêmes.

Suppression des résultats provinciaux ou territoriaux

Un avis de suppression est fourni pour une moyenne régionale d'indicateurs propres aux hôpitaux (c'est-à-dire les indicateurs relatifs aux heures travaillées et aux cas pondérés) si, après le retrait des valeurs extrêmes, cette moyenne représente moins de 50% des dépenses hospitalières totales de la région.

Un avis de suppression est fourni pour les moyennes des RLISS de l'Ontario et des régions sociosanitaires du Québec pour les indicateurs propres aux régions (c'est-à-dire la marge totale, les dépenses administratives, etc.) si, après le retrait des valeurs extrêmes, ces moyennes représentent moins de 50% des dépenses totales des organisations des RLISS en Ontario ou des régions sociosanitaires au Québec, respectivement.

Un avis de suppression est fourni pour une moyenne provinciale ou territoriale des indicateurs propres aux hôpitaux (c'est-à-dire les indicateurs relatifs aux heures travaillées et aux cas pondérés) si, après le retrait des valeurs extrêmes, cette moyenne représente moins de 50% des dépenses hospitalières totales de la province ou du territoire.

Un avis de suppression est fourni pour une moyenne provinciale ou territoriale des indicateurs propres aux régions (c'est-à-dire le ratio du fonds de roulement, la marge totale, les dépenses administratives, etc.) si, après le retrait des valeurs extrêmes, cette moyenne représente moins de 50% des dépenses totales de la province ou du territoire.

Tandis que l'avis de suppression est fourni afin de faciliter une meilleure interprétation des résultats, les valeurs sont toujours utilisées pour calculer les moyennes régionales pour les indicateurs propres aux hôpitaux et les moyennes provinciales et nationales pour les indicateurs propres aux hôpitaux et propres aux régions.

Méthode de détermination des valeurs extrêmes

Une valeur aberrante est définie comme une valeur d'indicateur supérieure ou inférieure à une plage déterminée de valeurs acceptables. Pour ce rapport, la plage de valeurs acceptables est déterminée comme suit :

$$1^{er} \text{ quartile } (25^{e} \text{ percentile}) - 1{,}5 \times \text{IQR sur } 3^{e} \text{ quartile } (75^{e} \text{ percentile}) + 1{,}5 \times \text{IQR}$$

où IQR correspond à l'intervalle interquartile.

Les indicateurs situés en dehors de cette plage acceptable sont soigneusement examinés. Ces valeurs sont enlevées pour l'analyse ultérieure, sauf si une raison impérieuse justifie de les garder.

Règles d'enlèvement des valeurs extrêmes (moyennes régionales, provinciales ou territoriales et nationales)

Les règles suivantes s'appliquent à toutes les moyennes régionales, provinciales/territoriales et nationales qui sont publiées dans le rapport :

- Pour les indicateurs propres aux hôpitaux (c.-à-d. les indicateurs relatifs aux heures travaillées et aux cas pondérés), les valeurs hospitalières sont retirées si elles se situent en dehors des valeurs acceptables.
- Pour les indicateurs propres aux régions (c.-à-d. le ratio du fonds de roulement, la marge totale, les dépenses administratives, etc.), les valeurs régionales sont retirées si elles se situent en dehors des valeurs acceptables. Puisque l'Ontario et le Québec n'ont pas d'entités régionales semblables à ce qui existe dans d'autres provinces ou territoires, leurs données sont enlevées à l'échelle des hôpitaux et des établissements, respectivement. Les résultats suivant l'enlèvement sont ensuite groupés en valeurs régionales pour les provinces ou territoires. Il s'agit d'une modification aux règles d'enlèvement traditionnelles pour ces provinces ou territoires et elle a été appliquée à toutes les années de résultats des indicateurs mentionnées dans ce rapport.

Annexe : Définitions des Normes SIG

admissions des patients hospitalisés (compte secondaire statistique des Normes SIG 4 01*) : Admissions officielles à l'organisme de services de santé des adultes, des enfants et des nouveau-nés qui nécessite des services médicaux ou de santé pour un temps limité. Le processus d'admission comprend l'attribution d'un lit, d'un berceau ou d'un incubateur. L'admission d'un nouveau-né se produit au moment de sa naissance ou, s'il s'agit d'une admission postnatale, lorsque la mère est admise à l'organisme de services de santé.

centre d'activité : Subdivision d'un organisme, en comptabilité sectorielle, où l'on enregistre les dépenses directes prévisionnelles et réelles, les statistiques ou les revenus, s'il y en a, reliés au secteur d'activité dont il s'agit.

client d'un établissement communautaire

Personne :

- qui a été acceptée officiellement pour recevoir un ou plusieurs services de santé d'un organisme de services de santé communautaire (autre que des services à domicile) ou d'un organisme de santé publique sans avoir été admise à titre de résident;
- dont les données identifiables sont enregistrées dans le système d'inscription ou d'information de l'organisme et à qui l'on a attribué un identificateur unique pour enregistrer et suivre les services; ou
- dont la consultation est enregistrée dans un fichier ou un dossier papier doté d'un identificateur unique (plutôt que dans le système d'inscription ou d'information de l'organisme) utilisé pour enregistrer et suivre les services.

Il peut s'agir :

- d'un homme qui se présente à un centre de soins d'urgence d'un établissement communautaire;
- d'une femme qui reçoit des services chirurgicaux impartis d'un fournisseur externe pour une chirurgie de la cataracte;
- d'une future mère qui assiste à des cours prénataux;
- d'un adolescent qui a été vacciné contre les oreillons par l'infirmière de l'école;
- d'une femme qui est vue par l'équipe d'intervention en santé mentale;
- d'une personne âgée qui participe à un programme communautaire de jour en gériatrie.

client d'un hôpital

Personne :

- qui a été acceptée officiellement par un hôpital et qui reçoit un ou plusieurs services de santé sans avoir été admise à titre de patient hospitalisé;
- dont les données identifiables sont enregistrées dans le système d'inscription ou d'information de l'organisme et à qui l'on a attribué un identificateur unique pour enregistrer et suivre les services;
- qui, si l'hôpital souhaite distinguer les clients de l'hôpital de ceux ayant été adressés par un autre organisme de santé pour recevoir des services, n'est pas un bénéficiaire de services adressé à l'organisme.

Sont inclus les clients qui reçoivent des services hospitaliers d'urgence, des services de chirurgie d'un jour saisie, des services de soins spécialisés de jour et de nuit, des services d'une clinique spécialisée, des services d'approche, des services de santé mentale, des services de réadaptation et des services diagnostiques et thérapeutiques « autonomes ».

Sont exclus les clients qui reçoivent des services d'un organisme de santé publique ou de santé communautaire, y compris ceux qui se spécialisent dans les services à domicile.

client des services à domicile

Personne :

- qui a été acceptée officiellement par un organisme structuré offrant un programme de services à domicile afin qu'elle reçoive un ou plusieurs services à son lieu de résidence (p. ex. résidence privée ou résidence avec services), à un autre endroit offrant des services de santé (p. ex. clinique ou hôpital) ou à un endroit adapté à ses besoins (p. ex. école ou lieu public);
- dont les données identifiables sont enregistrées dans le système d'inscription ou d'information de l'organisme et à qui l'on a attribué un identificateur unique pour enregistrer et suivre les services.

Il peut s'agir de personnes qui reçoivent des soins de courte durée à domicile et des services d'aide ménagère à leur résidence privée.

Sont exclus les services d'approche dispensés par des professionnels de la santé d'un hôpital ou d'un établissement communautaire (p. ex. les services de dialyse à domicile dispensés par le personnel d'un hôpital, les services de santé mentale dispensés par le personnel d'un programme d'intervention en santé mentale).

établissements de soins en hébergement : Établissements qui offrent des services de santé aux personnes âgées, y compris les centres de soins infirmiers, aux personnes atteintes d'une déficience physique, d'un retard de développement, d'une déficience en santé mentale, ou d'un problème de toxicomanie, et aux enfants atteints d'un trouble affectif. Les établissements offrant exclusivement des services de garde ou de nature domiciliaire et les établissements pour délinquants ou itinérants sont exclus.

financement global (compte secondaire financier des Normes SIG 1 10 10) : Compte utilisé pour enregistrer les revenus provenant de la prestation de services aux bénéficiaires de services qui sont la responsabilité du ministère de la Santé de la province où l'organisme de services de santé est situé, et qui ne sont pas liées au régime provincial d'assurance-maladie. Ces revenus prendront habituellement la forme de subventions de fonctionnement reçues directement de la province ou de la région sanitaire qui a conclu un contrat d'affiliation avec un organisme de services de santé.

frais de personnel : Somme des frais des salaires bruts, des frais de charges sociales, des frais de personnel dont les services ont été achetés et des honoraires versés aux médecins. Ces frais découlent de la rémunération du personnel de gestion et de soutien opérationnel, du personnel producteur d'unités et du personnel médical engagé par l'organisme de services de santé ou travaillant à forfait.

heures travaillées : Heures pendant lesquelles les employés de l'organisme de services de santé se consacrent aux activités reliées au mandat du centre d'activité, par exemple, heures travaillées régulières, heures supplémentaires, heures de rappel au travail.

hôpital : Établissement où les patients sont hébergés en fonction de leurs besoins en soins médicaux et infirmiers et à qui on dispense de façon continue des soins médicaux et infirmiers et les services diagnostiques et thérapeutiques connexes. L'établissement détient à cet effet un permis ou l'approbation d'un gouvernement provincial ou territorial, ou est géré par le gouvernement canadien. Il s'agit d'établissements qui dispensent des soins de courte durée, des soins aux patients souffrant de maladies chroniques et prolongées, des soins de réadaptation, des services de convalescence et des soins en santé mentale.

Les types d'hôpitaux dans la BDCS sont précisés comme suit :

Type d'hôpital	Description
Hôpital général	Hôpital qui offre surtout des services de diagnostic et de traitement de courte durée à des patients hospitalisés et des clients atteints d'un vaste éventail de maladies ou de blessures. Les services d'un hôpital général ne sont pas limités à un groupe d'âge ou à un sexe précis.
Hôpital pédiatrique	Hôpital spécialisé, groupe de lits ou de salles, pavillon séparé ou bâtiment reconnu en tant qu'unité pédiatrique distincte de l'hôpital, consacré aux services diagnostiques et thérapeutiques à court terme aux patients hospitalisés ou aux clients qui ont en général 18 ans ou moins.
Hôpital de traitement du cancer	Hôpital spécialisé, groupe de lits ou de salles, pavillon séparé ou bâtiment reconnu en tant qu'unité de thérapie distincte de l'hôpital, consacré aux services diagnostiques et thérapeutiques aux patients hospitalisés et aux clients atteints de tumeurs ou de maladies néoplasiques.
Hôpital psychiatrique et de traitement de la toxicomanie	Hôpital spécialisé, groupe de lits ou de salles, pavillon séparé ou bâtiment reconnu en tant qu'unité de thérapie distincte de l'hôpital, consacré essentiellement à l'évaluation et au traitement des patients hospitalisés, les clients et les résidents souffrant de troubles psychiatriques ou de toxicomanie à long ou à court terme.
Autre hôpital spécialisé	Hôpital spécialisé, groupe de lits ou de salles, pavillon séparé ou bâtiment reconnu en tant qu'unité de thérapie distincte de l'hôpital et dont la spécialité n'est pas classée ailleurs, consacré aux services diagnostiques et thérapeutiques aux patients hospitalisés ou aux clients recevant des soins spécialisés non classés ailleurs (p. ex. obstétrique, orthopédie).
Hôpital de réadaptation	Hôpital spécialisé, groupe de lits ou de salles, pavillon séparé ou bâtiment reconnu en tant qu'unité de thérapie distincte de l'hôpital, consacré aux services d'évaluation continue et de traitement aux patients hospitalisés et aux clients dont l'état devrait s'améliorer considérablement grâce à la physiatrie et à d'autres services de réadaptation.
Hôpital de soins prolongés (y compris pour malades chroniques)	Hôpital spécialisé qui fournit des services de traitement continu aux bénéficiaires de services atteints de maladies de longue durée ou dont le potentiel de rétablissement est faible et qui ont besoin d'évaluations médicales régulières et de soins infirmiers continus.

jours de présence des patients hospitalisés (compte secondaire statistique des Normes SIG 4 03*) : Jours pendant lesquels des services sont offerts à un patient hospitalisé entre deux dénombrements des bénéficiaires de services effectués au cours de deux journées consécutives. La journée d'admission est considérée comme un jour de présence, mais le jour de sortie ne l'est pas. Lorsque le bénéficiaire de services fait l'objet d'une admission et d'une sortie (congé ou décès) au cours de la même journée, cette journée est comptée comme un jour de présence.

nombre approuvé de lits disponibles et dotés de personnel (comptes secondaires statistiques des Normes SIG 8 25*) : Lits et lits d'enfant disponibles et dotés de personnel pour dispenser le niveau et le type de services nécessaires aux patients hospitalisés ou aux résidents au début de l'exercice. Inclut les berceaux installés à l'extérieur de la pouponnière et normalement utilisés pour des enfants autres que les nouveau-nés.

organismes communautaires de services de santé : Organisme qui se consacre surtout à la prestation de services de soins de santé directement aux clients dans la collectivité qui n'ont pas besoin de services aux patients hospitalisés. Inclut les organismes spécialisés dans les programmes de traitement d'un jour et dans la prestation de services de soins à domicile. De tels organismes ne dispensent normalement pas de services aux patients hospitalisés.

organismes de programmes de services sociaux : Organismes qui administrent et offrent des programmes de services sociaux.

organisme de santé publique : Organisme qui administre et offre des programmes de santé publique (p. ex. de promotion et de protection de la santé).

organismes de services de santé : Dispensateurs de soins regroupant les établissements de soins communautaires, les hôpitaux, les établissements de santé publique, les établissements de soins en hébergement et les établissements de programmes de services sociaux.

personnel producteur d'unités : Personnel dont le rôle principal est d'exécuter les activités qui contribuent directement à la réalisation du mandat du service. Ce groupe comprend notamment les infirmières autorisées, les infirmières auxiliaires autorisées, les technologues de laboratoire, les commis aux comptes créditeurs, les pharmaciens, le personnel de l'entretien ménager, les travailleurs en services à domicile et les agents de santé publique. Sont exclus les médecins exerçants, les résidents, les internes, les étudiants et, dans la plupart des cas, les étudiants en formation dans les services diagnostiques, thérapeutiques, de soins infirmiers et de soutien.

plan comptable : Liste des numéros de compte et des désignations dans un grand livre.

recherche : Section du cadre conceptuel du centre d'activité concernant la recherche formellement organisée.

revenus (compte secondaire financier des Normes SIG 1*) : Le regroupement global 1 sert à enregistrer les revenus de l'organisme de services de santé provenant de toutes les sources, y compris les paiements pour les services aux bénéficiaires de services, les recouvrements, les services rendus, les donations, les subventions, les revenus de placement, etc.

services administratifs et de soutien : Section du cadre conceptuel du centre d'activité concernant tous les services administratifs et de soutien requis par l'organisme de services de santé incluant la prestation et l'administration de tous les biens matériels et services nécessaires à sa dotation en personnel, à son fonctionnement et à son entretien

services de santé communautaires : Section du cadre conceptuel du centre d'activité concernant la prestation de services de santé (p. ex. promotion, prévention, bien-être, santé mentale, toxicomanie et services de soins en hébergement) dans un contexte ambulatoire ou de service d'approche à des individus, des groupes ou des collectivités. L'accès à ces services est généralement autodéterminé.

Incluent

- les services curatifs, de rétablissement, de soutien, de prévention des maladies, de promotion de la santé, d'éducation et de protection.

Excluent

- les services de dialyse, d'oncologie, de chirurgie et de soins d'urgence en milieu communautaire. (Voir 71 3 40 **.)

services de soins ambulatoires : Section du cadre conceptuel du centre d'activité concernant les services où le diagnostic, les services de consultation, le traitement et l'enseignement sont offerts principalement aux clients inscrits de consultations externes et à leurs proches. L'accès à ces services se fait généralement sur recommandation d'un praticien de soins primaires ou d'un spécialiste. Ces services sont généralement dispensés dans un contexte hospitalier.

Incluent

- la dialyse en milieu communautaire, l'oncologie, la chirurgie et les services de soins d'urgence.

Excluent

- les services fournis aux bénéficiaires de soins ambulatoires qui relèvent des centres d'activité des soins infirmiers aux patients hospitalisés ou des services diagnostiques et thérapeutiques;
- les cliniques et programmes communautaires, les soins communautaires de jour et de nuit, les services à domicile et les services de santé publique fournis aux clients des services communautaires et sociaux.

services diagnostiques et thérapeutiques : Section de la structure des centres d'activité concernant les services diagnostiques et thérapeutiques. Les services diagnostiques comprennent les services professionnels et techniques qui contribuent à l'examen clinique des bénéficiaires de services, soit pour détecter la présence d'une maladie, d'une invalidité ou d'un traumatisme, soit pour évaluer la gravité d'une maladie, d'une invalidité ou d'un traumatisme connu.

Les services thérapeutiques comprennent les services professionnels et techniques qui contribuent à diminuer ou à éliminer les causes, les symptômes ou les séquelles d'une maladie, d'une invalidité ou d'un traumatisme chez les bénéficiaires de services.

Excluent

- les services professionnels et techniques fournis par le personnel qui relève des soins infirmiers aux patients hospitalisés et dont les frais sont imputés aux soins infirmiers aux patients hospitalisés dans la structure des centres d'activité.

services de soins infirmiers aux patients hospitalisés : Section du cadre conceptuel du centre d'activité concernant les soins infirmiers dispensés aux patients hospitalisés et à leurs proches afin de répondre à leurs besoins physiques et psychosociaux.

Incluent

- les clients des soins ambulatoires recevant des services dans des unités de soins infirmiers aux patients hospitalisés ,s'il n'existe pas de centre d'activité de soins ambulatoires distincts pour ces services;
- les dépenses directes pour les médecins contractuels qui dispensent des services au sein d'un centre d'activité précis de niveau 3, 4 ou 5 des services de soins infirmiers aux patients hospitalisés et résidents.

statut d'enseignement : Dans la BDCS, un hôpital est considéré comme étant un hôpital d'enseignement s'il offre des programmes de formation en médecine approuvés par les autorités compétentes, en vue de dispenser aux étudiants en médecine une formation clinique de base en médecine interne et en chirurgie générale au cours de leurs deux dernières années d'études.

système de mesure de la charge de travail : Système servant à mesurer le volume d'activité fourni par un centre d'activité donné, exprimé en unités de temps standard.

visites aux services de soins ambulatoires (comptes principaux des Normes SIG 71 3* et comptes secondaires statistiques des Normes SIG 4 50*) : Occasions au cours desquelles des activités reliées aux bénéficiaires de services sont dispensées en personne ou par vidéoconférence, à un individu ou à un groupe, au sein des centres d'activité des services de soins ambulatoires. Ces services sont documentés selon la politique de l'organisme de services de santé et sont dispensés pour plus de cinq minutes.

visites aux urgences (comptes principaux des Normes SIG 71 3 10* et comptes secondaires statistiques des Normes SIG 4 50*) : Visites des bénéficiaires de services ou à ceux-ci, fixées avec ou sans rendez-vous ou dans le cadre d'un système officiel d'établissement des horaires aux urgences, excluant les soins chirurgicaux de jour ou de nuit aux patients.

visites des clients : Visites des bénéficiaires de services, fixées par ou sans rendez-vous ou dans le cadre d'un système officiel d'établissement des horaires, excluant les patients hospitalisés et les résidents.

visites en soins spécialisés de jour ou de nuit (comptes principaux des Normes SIG 71 3 40*, 71 3 60*, 71 3 62*, 71 3 65*, 71 3 67* et 71 3 69* et comptes secondaires statistiques des Normes SIG 4 50*) : Occasions au cours desquelles des activités reliées aux bénéficiaires de services sont dispensées en personne ou par vidéoconférence, à un individu ou à un groupe, au sein des centres d'activité des soins spécialisés de jour ou de nuit. Ces services sont documentés selon la politique de l'organisme de services de santé. Les personnes inscrites dans ces centres d'activité sont présentes pendant 3 à 12 heures en moyenne, en général sur recommandation d'un praticien de soins primaire.

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

Tous droits réservés.

Le contenu de cette publication peut être reproduit tel quel, en tout ou en partie et par quelque moyen que ce soit, uniquement à des fins non commerciales pourvu que l'Institut canadien d'information sur la santé soit clairement identifié comme le titulaire du droit d'auteur. Toute reproduction ou utilisation de cette publication et de son contenu à des fins commerciales requiert l'autorisation écrite préalable de l'Institut canadien d'information sur la santé. La reproduction ou l'utilisation de cette publication ou de son contenu qui sous-entend le consentement de l'Institut canadien d'information sur la santé, ou toute affiliation avec celui-ci, est interdite.

Pour obtenir une autorisation ou des renseignements, veuillez contacter l'ICIS :

Institut canadien d'information sur la santé
495, chemin Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860
Télécopieur : 613-241-8120
www.icis.ca
droitdauteur@icis.ca

ISBN 978-1-77109-285-2 (PDF)

© 2014 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :
Institut canadien d'information sur la santé. *Base de données canadienne SIG — indicateurs du rendement financier des hôpitaux, de 2008-2009 à 2012-2013, notes méthodologiques*. Ottawa, ON : ICIS; 2014.

This publication is also available in English under the title *Canadian MIS Database: Hospital Financial Performance Indicators, 2008–2009 to 2012–2013—Methodological Notes*.
ISBN 978-1-77109-284-5 (PDF)

Parlez-nous

ICIS Ottawa
495, rue Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6
Téléphone : 613-241-7860

ICIS Toronto
4110, rue Yonge, bureau 300
Toronto (Ontario) M2P 2B7
Téléphone : 416-481-2002

ICIS Victoria
880, rue Douglas, bureau 600
Victoria (Colombie-Britannique) V8W 2B7
Téléphone : 250-220-4100

ICIS Montréal
1010, rue Sherbrooke Ouest, bureau 300
Montréal (Québec) H3A 2R7
Téléphone : 514-842-2226

ICIS St. John's
140, rue Water, bureau 701
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1C 6H6
Téléphone : 709-576-7006

7691-0514

ANS • YEARS 1994 • 2014

www.icis.ca
Au cœur des données

ICIS CIHI
Institut canadien d'information sur la santé
Canadian Institute for Health Information