Base de données canadienne SIG — indicateurs du rendement financier des hôpitaux, de 1999-2000 à 2008-2009

Notes méthodologiques

Révisé en juillet 2010

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

Qui nous sommes

Fondé en 1994, l'ICIS est un organisme autonome sans but lucratif qui fournit de l'information essentielle sur le système de santé du Canada et sur la santé des Canadiens. Il est financé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et supervisé par un conseil d'administration formé de dirigeants du secteur de la santé de partout au pays.

Notre vision

Contribuer à améliorer le système de santé canadien et le bien-être des Canadiens en étant un chef de file de la production d'information impartiale, fiable et comparable qui permet aux dirigeants du domaine de la santé de prendre des décisions mieux éclairées.

Table des matières

Introduction 1
Concepts 2
Mission 2
Population 2
Variables et concepts 2
Principales limites des données 4
Principales limites des données et incidence estimée ou résolution 4
Couverture 5
Cadre de la Base de données canadienne SIG 5
Mise à jour du cadre 5
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 7
Comparabilité 8
Géographie 8
Information sur les établissements 8
Durée 8
Informations sur les personnes 8
Méthode relative aux indicateurs de rendement financier 9
Méthodologie générale 9
Méthode relative aux indicateurs de 2008-2009 10
Méthodologie du coût par cas pondéré 15
Annexe A — Définitions des Normes SIG 25

Introduction

La Base de données canadienne SIG (BDCS) 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. Un hôpital est généralement défini comme un établissement qui accueille des patients nécessitant des soins médicaux, infirmiers et qui leur offre des soins continus, ainsi que des services thérapeutiques et diagnostiques. L'établissement détient à cet effet un permis ou l'approbation d'un gouvernement provincial, ou est géré par le gouvernement canadien. Cette définition inclut les établissements psychiatriques. Dans les provinces et les territoires où les hôpitaux font partie d'une régie régionale de la santé, les données régionales sont également soumises à la BDCS, offrant ainsi une image complète des services de santé de la région en question. Des données statistiques sont également recueillies. Elles incluent, par exemple, le nombre d'heures rémunérées, les visites des patients, ainsi que les lits disponibles, dotés de personnel et utilisés.

Pour assurer l'intégrité et la viabilité de ses bases de données, l'Institut canadien d'information sur la santé 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 la section 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 procédures et conventions comptables générales, des systèmes de mesure de la charge de travail, des statistiques sur l'activité des services 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 servi de base aux modèles d'établissement des coûts et aux méthodologies, comme elles ont servi dans plusieurs rapports comparatifs et cartes de pointage du rendement financier dans l'ensemble du Canada.

Population

La population cible de la BDCS (c.-à-d. la population pour laquelle on souhaite obtenir de l'information) se compose de tous les organismes de services de santé dans l'ensemble des provinces et des territoires canadiens. La population de référence (c.-à-d. la population sur laquelle sont axées les analyses de la BDCS) se compose des hôpitaux de l'ensemble des provinces et territoires qui fournissent des données financières et statistiques à la BDCS.

À l'heure actuelle, toutes les provinces et tous les territoires fournissent des données à la BDCS à l'exception du Nunavut, et ce, pour pratiquement tous les hôpitaux publics qui relèvent de leur compétence.

Dans le passé, certains hôpitaux privés du Canada ont soumis des données à la BDCS. En revanche, cette base de données n'inclut pas certains hôpitaux spécialisés privés.

Variables et concepts

Les variables et concepts utilisés pour recueillir des données dans la BDCS reposent sur le rapport *Normes sur les systèmes d'information de gestion dans les organismes de santé du Canada* (Normes SIG). Les Normes SIG représentent un ensemble complet de normes utilisées pour déclarer des données sur la gestion qui sont ensuite soumises à la BDCS et concernent l'effectif, les coûts, la charge de travail et les services dispensés. Les Normes SIG sont conçues pour l'ensemble des services, des hôpitaux aux organismes de services de santé communautaires. Leur cadre permet 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 méthodes comptables qui assurent la cohérence avec les principes comptables généralement reconnus du manuel de l'Institut canadien des comptables agréés;
- des systèmes de mesure du travail : système de gestion du temps qui offre 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 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 thérapeutiques et diagnostiques, la formation, les soins infirmiers aux patients hospitalisés et aux pensionnaires, et la recherche.

Les recettes par source et les dépenses par type sont également enregistrées dans la BDCS. Les regroupements globaux de dépenses comprennent les frais de personnel, les fournitures et les articles divers, le matériel, 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-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 A contient une liste de 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 décrites dans les Normes SIG et l'application des principes comptables généralement reconnus aux données avant leur transmission à l'ICIS. Par exemple, le Québec n'a pas mis en œuvre les 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.

Principales limites des données et incidence estimée ou résolution

En raison des faibles taux de réponse pour les exercices financiers 1995-1996 et 1996-1997, les données correspondantes sont considérées comme incomplètes. Les utilisateurs doivent donc être particulièrement prudents quant à leur interprétation des résultats de ces exercices ou à la comparaison qu'ils font des données de ces exercices par rapport à celle d'autres exercices.

Le taux de participation à la base de données pour l'exercice 1997-1998 et les exercices suivants a été plus élevé, mais les établissements n'ont pas tous soumis des données complètes. Par exemple, nombreux sont ceux qui ont choisi de ne pas soumettre les statistiques de fonctionnement. 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 2007-2008 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, des régions sanitaires d'une province ou d'un territoire 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, les dépenses régionales, centralisées et liées aux services partagés ont été affectées de manière systématique par l'ICIS avant que les données soient utilisées pour calculer les indicateurs de rendement et ainsi assurer la conformité aux Normes SIG.

Le Québec n'utilise pas les Normes SIG pour la publication de rapports sur les hôpitaux. Dans le passé, les données transmises à l'ICIS par le Québec nécessitaient une mise en correspondance des codes de compte de la province et du plan comptable des Normes SIG. Lorsqu'il était impossible d'établir une correspondance, ces codes étaient associés à un compte de retenue. Grâce aux comptes de retenue, les données de la balance des comptes du Québec sont équilibrées dans la BDCS.

Les changements apportés aux normes provinciales de déclaration au Québec ont nécessité une révision détaillée de cette mise en correspondance. Par conséquent, les données du Québec de 2006-2007 ne sont pas comprises dans le présent rapport.

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. La BDCS contient des données financières et statistiques provenant d'hôpitaux de l'ensemble du pays. L'ICIS gère la liste des hôpitaux canadiens qui soumettent des données à la BDCS, que l'on nomme liste BDCS des hôpitaux. La BDCS ne demande pas encore de données aux organismes de services de santé de soins de longue durée, aux centres de services de santé communautaires ou aux centres de soins à domicile. Cependant, la plupart des provinces régionalisées transmettent des données extra-hospitalières.

Mise à jour du cadre

Chaque année, l'ICIS revoit l'information contenue dans la base de sondage de la BDCS afin de déterminer quels changements d'une année à l'autre dans les organismes déclarants pourraient avoir des répercussions sur les analyses. Ces changements comprennent notamment le nombre de lits, 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 de la même année. 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 cinq questions ayant trait aux soumissions des provinces et territoires à la BDCS :

1. Le cas échéant, la province ou le territoire a-t-il approuvé un tableau de correspondance entre ses comptes principaux et secondaires et le plan comptable de la BDCS?
2. La soumission a-t-elle été reçue selon la date d'échéance?
3. La soumission utilise-t-elle le plan comptable minimal de la BDCS?
4. La soumission inclut-elle la déclaration des statistiques minimales requises dans la structure du centre d'activité?
5. 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, seule la qualité des données des comptes principaux valides comportant les statistiques minimales est évaluée.

La cote globale d'évaluation de la surveillance de la qualité des données repose sur la multiplication des 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 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;

- cerner les problèmes relatifs aux tableaux de correspondance provinciaux ou territoriaux pouvant être corrigés ultérieurement;
- identifier les fournisseurs pouvant nécessiter un complément d'aide pour améliorer la déclaration du SIG;
- 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 du 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 2008-2009, 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, aux normes ou aux fournisseurs de données (provinces et territoires) depuis la création de la BDCS en 1995.

Historique des révisions

Les données de l'exercice 2008-2009 utilisées dans cette publication étaient à jour au 11 juin 2010.

Révisions majeures

Quatre révisions historiques ont été effectuées dans les données du présent rapport :

- Les indicateurs du rendement financier relatifs à l'office régional de la santé de Winnipeg au Manitoba ont été recalculés pour refléter correctement les pratiques de déclaration de l'information de sa BDCS.
- L'indicateur de la marge totale en Saskatchewan a été reformulé pour toutes les années étant donné que cette province utilise une méthode comptable axée sur le type de fonds. Seuls les fonds d'exploitation sont utilisés dans le calcul de cet indicateur pour la Saskatchewan.

- L'âge moyen de l'indicateur de l'équipement pour tous les organismes en 2007-2008 et 2008-2009 a été recalculé pour refléter correctement les spécifications techniques les plus récentes de cet indicateur.
- Tous les cas pondérés et les indicateurs utilisant des cas pondérés ont été reformulés en utilisant la méthodologie de regroupement la plus récente qui était disponible au moment de la publication (GMA+ 2010).

Les points de démarcation, les moyennes provinciales et les moyennes nationales ont aussi tous été recalculés à la suite de ces révisions.

Comparabilité

Géographie

Le code postal des établissements est recueilli auprès de tous les répondants. Les renseignements sur les hôpitaux peuvent être comparés 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. En Ontario, le groupement par réseaux locaux d'intégration des services de santé a été utilisé pour créer des régions à partir de 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 débute 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, depuis 2001, le consulte au sujet des modifications relatives à ces indicateurs.

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 le service 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 provinces, les hôpitaux sont sous l'égide d'une autorité sanitaire alors que dans d'autres, ils représentent l'entité juridique.

Les indicateurs calculés à l'aide de l'entité juridique considérée comme unité d'analyse sont la marge totale, le ratio du fonds de roulement, les dépenses administratives de soutien en pourcentage des dépenses totales, les dépenses des systèmes d'information en pourcentage des dépenses totales, et l'âge moyen du matériel.

Les indicateurs qui sont calculés à l'aide de chacun des hôpitaux, quelle que soit l'entité juridique, sont les suivants : heures travaillées du personnel producteur d'unités de service des centres d'activité de soins aux patients en pourcentage du total des heures travaillées; coût par cas pondéré; heures travaillées du personnel producteur d'unités de service en soins infirmiers aux patients hospitalisés par cas pondéré; heures travaillées du personnel producteur d'unités de service des services diagnostiques par cas pondéré; heures travaillées du personnel producteur d'unités de service des laboratoires cliniques par cas pondéré; et heures travaillées du personnel producteur d'unités de service des pharmacies, par cas pondéré.

Méthode relative aux indicateurs de 2008-2009

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 recettes supérieures aux dépenses (c.-à-d. un surplus), tandis qu'une valeur négative indique que l'entité juridique avait des recettes inférieures aux dépenses (c.-à-d. un déficit).

$$\frac{\textit{Total des recettes - Total des dépenses}}{\textit{Recettes, à l'exclusion des recouvrements internes}}$$

Les codes de compte SIG utilisés au niveau du numérateur comprennent tous les types de fonds, 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 comprennent tous les types de fonds, 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.

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

Les codes de compte SIG utilisés au niveau du numérateur comprennent 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 comprennent 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'efficacité d'un établissement. Cet indicateur représente le pourcentage des dépenses totales de l'entité juridique qui ont été consacrées à des services administratifs tels que les Finances et les Ressources humaines.

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

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

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

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

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

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

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

5. Heures travaillées du personnel producteur d'unités de service des centres d'activité de soins aux patients en pourcentage du total des heures travaillées : Indicateur mesurant le pourcentage des heures travaillées dans les centres d'activité de soins aux patients (à l'exception des heures du personnel médical) par le personnel producteur d'unités de service (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).

$$\frac{\textit{Heures travaillées du personnel producteur d'unités de service et heures de services contractuels en soins infirmiers aux patients hospitalisés, en soins ambulatoires et en services diagnostiques et thérapeutiques}}{\textit{Total des heures travaillées, à l'exclusion des heures du personnel médical}}$$

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

Les codes de compte SIG utilisés au niveau du dénominateur comprennent tous les types de fonds, à l'exception du compte principal 7* 5, des comptes principaux 7* et 8* et des comptes secondaires statistiques 3 10 10, 3 10 90, 3 50 10 et 3 50 90.

6. **Heures travaillées du personnel producteur d'unités (PPU) de service en soins infirmiers aux patients hospitalisés par cas pondéré :** Indicateur mesurant le nombre d'heures travaillées nécessaires au personnel producteur d'unités des services infirmiers des hôpitaux pour générer un cas pondéré.

$$\frac{\textit{Heures travaillées du personnel producteur d'unités de service et heures de services contractuels en soins infirmiers aux patients hospitalisés (à l'exclusion des soins de longue durée et des soins aux malades chroniques)}}{\textit{Total des cas pondérés de patients hospitalisés}}$$

Les codes de compte SIG utilisés au niveau du numérateur comprennent le compte principal 7* 2 (sauf 71 2 95) 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.

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

$$\frac{\textit{Heures travaillées et heures de services contractuels du personnel producteur d'unités de service des services diagnostiques (ajustées en fonction des activités liées aux patients hospitalisés)}}{\textit{Total des cas pondérés de patients hospitalisés}}$$

Les codes de compte SIG utilisés au niveau du numérateur comprennent les comptes principaux 71 4 05, 71 4 15, 71 4 25 et 71 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 liée aux patients hospitalisés, déterminée par les statistiques de charge de travail/d'activité telles qu'elles sont indiquées dans la méthode ci-dessous relative au coût par cas pondéré.

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.

8. **Heures travaillées du personnel producteur d'unités de service des laboratoires cliniques par cas pondéré :** Indicateur mesurant le nombre d'heures travaillées nécessaires au personnel producteur d'unités de service des laboratoires des hôpitaux pour générer un cas pondéré.

$$\frac{\textit{Heures travaillées et heures de services contractuels du personnel producteur d'unités de service des laboratoires (ajustées en fonction des activités liées aux patients hospitalisés)}}{\textit{Total des cas pondérés de patients hospitalisés}}$$

Les codes de compte SIG utilisés au niveau du numérateur comprennent les comptes principaux 71 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 liée aux patients hospitalisés, déterminée par les statistiques de charge de travail/d'activité telles qu'elles sont indiquées dans la méthode ci-dessous relative au coût par cas pondéré.

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.

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

$$\frac{\textit{Heures travaillées et heures de services contractuels des services pharmaceutiques (ajustées en fonction des activités liées aux patients hospitalisés)}}{\textit{Total des cas pondérés de patients hospitalisés}}$$

Les codes de compte SIG utilisés au niveau du numérateur comprennent les comptes primaires 71 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 liée aux patients hospitalisés, déterminée par les statistiques de charge de travail/d'activité telles qu'elles sont indiquées dans la méthode ci-dessous relative au coût par cas pondéré.

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.

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

$$\frac{\textit{Amortissement cumulé du matériel (réparti/non réparti)}}{\textit{Coût de l'amortissement du matériel (réparti/non réparti)}}$$

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

Les codes de compte SIG utilisés au niveau du dénominateur comprennent les comptes principaux 7* et 8*, ainsi que les comptes secondaires financiers 9 50 80 et 7 50.

11. **Coût par cas pondéré :** Le coût par cas pondéré (CPCP) est un indicateur qui 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 en soins de courte durée pour patients hospitalisés 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 varier en fonction de l'augmentation de l'intensité de l'utilisation relative des ressources ou du coût moyen par cas pondéré. Par conséquent, il peut s'avérer utile comme mesure comparative. Par exemple, il permet de comparer la rentabilité relative d'hôpitaux ou de régions sanitaires similaires.

    Utilisé en conjonction avec la pondération de la consommation des ressources (PCR), le CPCP permet également 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.

    Les utilisateurs devraient toutefois connaître les mises en garde associées à l'interprétation de l'indicateur CPCP. Ils devraient notamment faire preuve de prudence lorsqu'ils comparent les établissements d'une province et d'un territoire à l'autre, car les coûts de la main-d'œuvre, une composante relativement importante du numérateur de l'indicateur CPCP, peuvent varier grandement selon la province ou le territoire. De plus, les coûts varient généralement selon le type d'établissement. Par exemple, le coût d'un séjour moyen en soins de courte durée peut être plus élevé dans un grand hôpital d'enseignement que dans un petit établissement.

    De plus, il n'est généralement pas recommandé d'utiliser l'indicateur CPCP pour l'établissement des tendances. Comme la méthodologie GMA change au fil des ans, le dénominateur de l'indicateur CPCP n'est pas directement comparable dans une série chronologique.

    L'information qui suit décrit la méthode employée par l'ICIS pour calculer le coût par cas pondéré (CPCP). Les données financières utilisées sont celles de l'exercice 2008-2009, soumises à la BDCS. Les cas pondérés proviennent de la BDCP. Ils sont regroupés au moyen de la méthodologie de regroupement GMA+ 2010, la méthodologie remaniée des groupes de maladies analogues (GMA) de l'ICIS. Les cas de chirurgie d'un jour ne sont pas pris en compte. L'indicateur CPCP est calculé pour les établissements qui ont transmis à la fois leurs données cliniques et financières.

Méthodologie du coût par cas pondéré

Calcul des coûts totaux

Le but est de déterminer le coût total imputable aux patients hospitalisés pour chaque hôpital qui déclare des données à la BDCS. Voici les étapes suivies :

1. Procéder aux ajustements de coûts suivants pour les données des centres d'activité et de comptabilité soumises par l'hôpital :

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	Frais de personnel — Personnel de gestion et de soutien opérationnel — Autres indemnités de cessation d'emploi Frais de personnel — Personnel producteur d'unités de service — Autres indemnités de cessation d'emploi	Exclure
3 90	Frais du personnel médical	Exclure
9 50 20	Amortissement — Non réparti — Améliorations[i] des terrains	Exclure
9 50 40	Amortissement — Non réparti — Bâtiments[i]	Exclure
9 50 60	Amortissement — Non réparti — Matériel de service des bâtiments[i]	Exclure
9 55	Intérêts sur éléments de passif à long terme	Exclure

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 au matériel de service des bâtiments ne peut pas être vérifiée. À l'échelle nationale, l'ICIS a établi que 70 % de l'amortissement non réparti s'applique à ce type de biens, alors ce pourcentage est exclu, et que seuls les coûts associés au matériel principal — non réparti serviront aux fins d'allocation.

2. Cumuler les centres d'activité déclarés par chaque organisme au niveau 3 dans le but d'établir les trois regroupements des coûts énoncés ci-dessous :

Numéro de compte	Description du centre d'activité
Regroupement des coûts des patients hospitalisés	
71 2 05	Gestion des soins infirmiers aux patients hospitalisés et aux pensionnaires[ii]
71 2 07	Ressources médicales — Soins infirmiers aux patients hospitalisés et aux pensionnaires[ii]
71 2 10	Médecine — Unité de soins
71 2 20	Chirurgie — Unité de soins
71 2 30	Médecine et chirurgie combinées — Unité de soins
71 2 40	Unité de soins intensifs
71 2 50	Obstétrique — Unité de soins
71 2 70	Pédiatrie — Unité de soins
71 2 75	Psychiatrie et toxicomanie — Unité de soins aux patients hospitalisés
71 2 76	Soins de longue durée en psychiatrie — Unité de soins aux pensionnaires
71 2 80	Réadaptation physique — Unité de soins
71 2 90	Soins palliatifs — Unité de soins aux patients hospitalisés et aux pensionnaires
71 2 96	Services chirurgicaux impartis
Regroupement des coûts des clients	
71 3	Services de soins ambulatoires
Regroupement des coûts restants	
71 2 95	Soins à long terme — Unité de soins aux pensionnaires
71 2 97	Soins combinés — Soins de longue durée
71 5	Services communautaires et sociaux
71 7	Recherche
71 8	Enseignement, sauf 71 8 40 Enseignement au sein du service
71 9	Non réparti

3. Mettre de côté les coûts pour les centres d'activité suivants, étant donné qu'ils seront affectés aux divers regroupements des coûts plus tard :

Numéro de compte	Description du centre d'activité
71 1	Services administratifs et de soutien
71 2 60	Salle d'opération
71 2 65	Salle de réveil après anesthésie
71 4	Services diagnostiques et thérapeutiques
71 8 40	Enseignement au sein du service
81 9	Centres de comptabilité
	Services régionaux et centralisés

ii. Ces centres d'activité auraient dû être virés avant la soumission de données à la BDCS. S'ils ne l'ont pas été, la méthodologie les traitera de la même façon que les autres centres d'activité pour patients hospitalisés.

4. Allouer les coûts des centres d'activité suivants aux regroupements pertinents des coûts des patients hospitalisés et des clients selon les méthodologies énoncées dans le tableau ci-dessous. Les éléments sont énumérés en ordre de préférence.

Raison de l'ajustement	Compte	Centre d'activité	Base de répartition
Les coûts des services chirurgicaux aux patients hospitalisés et aux clients déclarés dans la salle d'opération doivent être alloués aux regroupements des coûts des patients hospitalisés et des clients.	71 2 60	Salle d'opération	1. Unités de charge de travail liées aux bénéficiaires de services. 2. Visites en chirurgie — ratio entre patients hospitalisés/clients 3:1[iii]. 3. Attribuer tous les coûts au regroupement des coûts des patients hospitalisés si les unités de charge de travail ou les visites en chirurgie ne sont pas déclarées.
Les coûts des services chirurgicaux aux patients hospitalisés et aux clients déclarés dans la salle de réveil doivent être alloués aux regroupements des coûts des patients hospitalisés et des clients.	71 2 65	Salle de réveil après anesthésie	1. Unités de charge de travail liées aux bénéficiaires de services. 2. Visites en chirurgie — ratio entre patients hospitalisés/clients 3:1[iii]. 3. Attribuer tous les coûts au regroupement des coûts des patients hospitalisés si les unités de charge de travail ou les visites en chirurgie ne sont pas déclarées.
Les coûts des visites en personne des clients (ou de visites en personne des bénéficiaires orientés vers l'organisme), déclarés dans une unité de soins et de pensionnaires doivent être déplacés dans le regroupement des coûts des soins ambulatoires.	71 2 10 71 2 20 71 2 30 71 2 40 71 2 50 71 2 70 71 2 75 71 2 76 71 2 80 71 2 90 71 2 96	Médecine — Unité de soins Chirurgie — Unité de soins Médecine et chirurgie combinées — Unité de soins Unité de soins intensifs Obstétrique — Unité de soins Pédiatrie — Unité de soins Psychiatrie et toxicomanie — Unité de soins infirmiers aux patients hospitalisés Soins de longue durée en psychiatrie — Unité de soins aux pensionnaires Réadaptation physique — Unité de soins Soins palliatifs — Unité de soins infirmiers aux patients hospitalisés et aux pensionnaires Services chirurgicaux impartis	1. Unités de charge de travail liées aux bénéficiaires de services. 2. Coût moyen national par visite de client[iv] pour chaque type d'hôpital[v].

iii. S'il y a 100 visites en chirurgie des patients hospitalisés et 50 des clients, le total des visites en chirurgie pondéré serait de 300 (100 multiplié par une pondération de 3) pour les patients hospitalisés, auquel on additionne 50 pour les clients, ce qui donne un total de 350.

iv. Les coûts nationaux par visite sont établis selon les données des hôpitaux qui déclarent les visites des clients et les charges de travail dans n'importe quel centre d'activité de patients hospitalisés ou de pensionnaires. En utilisant la charge de travail, le pourcentage de coûts du centre d'activité applicable aux clients est vérifié, et le chiffre obtenu est divisé par le nombre de visites au centre d'activités.

v. Petits hôpitaux (moins de 50 lits), hôpitaux sans vocation d'enseignement et hôpitaux d'enseignement.

Raison de l'ajustement	Compte	Centre d'activité	Base de répartition
Les coûts des jours-patients déclarés dans un service d'urgence doivent être déplacés dans le regroupement des coûts des patients hospitalisés.	71 3 10	Service d'urgence	1. Unités de charge de travail liées aux bénéficiaires de services. 2. Calculer le coût moyen par jour-présence des patients hospitalisés à l'aide de 71 2 10 Médecine — Unité de soins , 71 2 20 Chirurgie — Unité de soins , 71 2 30 Médecine et chirurgie combinées — Unité de soins , 71 2 70 Pédiatrie — Unité de soins , 71 2 75 Psychiatrie et toxicomanie — Unité de soins infirmiers aux patients hospitalisés et 71 2 90 Soins palliatifs — Unité de soins infirmiers aux patients hospitalisés et aux pensionnaires . 3. Attribuer tous les coûts au regroupement des coûts des clients si aucun jour-présence n'est déclaré.
Les coûts des visites en personne des patients hospitalisés, déclarés dans un service d'urgence doivent être déplacés dans le regroupement des coûts des patients hospitalisés.	71 3 10 une fois que les coûts liés aux jours-présence des patients hospitalisés sont supprimés	Service d'urgence	1. Unités de charge de travail liées aux bénéficiaires de services [vi]. 2. Visites — en personne. 3. Attribuer tous les coûts au regroupement des coûts des clients si aucune visite des patients hospitalisés n'est déclarée.
Les coûts des visites en personne des patients hospitalisés, déclarés en fonction des services de soins ambulatoires autres que l'urgence, doivent être déplacés dans le regroupement des coûts des patients hospitalisés.	71 3 40 71 3 50 71 3 55	Soins spécialisés de jour et de nuit Cliniques spécialisées Cabinets de consultation des cliniques	1. Unités de charge de travail liées aux bénéficiaires de services. 2. Visites — en personne.

vi. L'allocation de coûts à l'aide de la charge de travail tient compte des jours-présence des patients hospitalisés et des visites en personnes par les patients hospitalisés.

5. Allouer les coûts des centres d'activité suivants aux regroupements des coûts des patients hospitalisés et des clients selon les méthodologies énoncées dans le tableau ci-dessous. Les éléments sont énumérés en ordre de préférence.

Compte	Centre d'activité	Base de répartition
71 4 10 71 4 20 71 4 35 71 4 65	Laboratoire clinique Onco-radiologie Services d'inhalothérapie Aspect technique de la réadaptation	1. Unités de charge de travail liées aux bénéficiaires de services 2. Procédés 3. Charge de travail moyenne nationale par centre d'activité et type d'hôpital
71 4 15[vii] 71 4 25 71 4 30	Visualisation diagnostique Laboratoires d'électrodiagnostic Laboratoires de cardiologie non effractive et laboratoires vasculaires	1. Unités de charge de travail liées aux bénéficiaires de services 2. Examens 3. Charge de travail moyenne nationale par centre d'activité et type d'hôpital
71 4 40 71 4 45 71 4 50[viii] 71 4 55 71 4 60 71 4 70 71 4 75 71 4 80 71 4 85 71 4 90	Pharmacie Nutrition clinique Physiothérapie Ergothérapie Audiologie et orthophonie Travail social Psychologie Services de la pastorale Activités récréatives Milieu thérapeutique de l'enfance	1. Unités de charge de travail liées aux bénéficiaires de services 2. Jours de fréquentation — en personne 3. Charge de travail moyenne nationale par centre d'activité et type d'hôpital

6. Allouer les coûts diagnostiques et thérapeutiques qui ont été assignés aux regroupements des coûts des patients hospitalisés à chacune des unités des soins infirmiers aux patients hospitalisés ou aux pensionnaires selon le pourcentage du total des coûts de ces unités. Cette étape permet de garantir que les coûts diagnostiques et thérapeutiques sont associés à chaque centre d'activité des patients hospitalisés.

7. Calculer le total des regroupements des coûts des patients hospitalisés, des clients et des coûts restants.

vii. Dans la méthodologie de 2006-2007, le compte 71 4 05 Soins infirmiers diagnostiques et thérapeutiques est tout d'abord alloué en fonction de la charge de travail liée aux bénéficiaires de services, puis ensuite en fonction des examens. Les statistiques prévues sur l'activité reliée au service pour ce centre d'activité sont les visites; par conséquent, il est peu probable que les examens soient déclarés.

viii. Le compte 71 4 49 Services de réadaptation — Administration aurait dû être viré avant la soumission de données de l'hôpital à la BDCS. S'ils ne l'ont pas été, la méthodologie les traitera de la même façon que les autres centres d'activité thérapeutiques (p. ex. 71 4 50).

8. Au besoin, procéder aux ajustements des coûts suivants aux services régionaux partagés ou centralisés[ix].

Raison de l'ajustement	Centre d'activité	Base de répartition
Un ou plusieurs services régionaux (p. ex. finance, gestion du matériel et laboratoire clinique) sont centralisés, et ils sont fournis à l'ensemble des organismes de services de santé de la région (p. ex. les hôpitaux, les services à domicile et la santé publique).	Centres d'activité pertinents	À l'aide des renseignements hospitaliers et extra-hospitaliers fournis à la BDCS par les provinces et territoires, séparer les coûts des services régionaux partagés ou centralisés dans des portions hospitalière et extra-hospitalière. Ensuite, allouer la portion hospitalière à chaque hôpital de la région selon le pourcentage des coûts directs de la région de chaque hôpital. Mettre de côté les coûts de l'hôpital en vue de les allouer plus tard.
Un ou plusieurs services régionaux (p. ex. finance, gestion du matériel et laboratoire clinique) sont centralisés, et ils sont fournis seulement aux hôpitaux de la région.	Centres d'activité pertinents	Allouer les coûts à chaque hôpital selon le pourcentage des coûts directs de l'ensemble des hôpitaux de la région. Mettre de côté les coûts de l'hôpital en vue de les allouer plus tard.

9. Allouer la part de services régionaux diagnostiques et thérapeutiques de l'hôpital qui sont partagés ou centralisés aux regroupements des coûts des patients hospitalisés et des clients selon le pourcentage du total des coûts cumulés pour chaque regroupement[x].

10. Allouer les coûts des centres de comptabilisation[xi] qui ont été mis de côté plus tôt :

    - à tous les centres d'activité des regroupements des coûts des patients hospitalisés, des clients et des coûts restants;
    - aux centres d'activité et aux coûts mis de côté (c.-à-d. Services administratifs et de soutien (71 1), Enseignement au sein du service (71 8 40) et la part de l'hôpital des dépenses liées aux services régionaux administratifs et de soutien qui sont partagés ou centralisés);

    selon le pourcentage du total des coûts cumulés pour chaque centre d'activité.

11. Allouer les coûts cumulés de services administratifs et de soutien (71 1), y compris la part de l'hôpital des dépenses liées aux services régionaux administratifs et de soutien partagés ou centralisés qui ont été mises de côté :

    - à tous les centres d'activité des regroupements des coûts des patients hospitalisés, des clients et des coûts restants;
    - aux services liés à l'enseignement au sein du service (71 8 40);

    selon le pourcentage du total des coûts cumulés pour chaque centre d'activité.

---

ix. Si l'allocation des services partagés ou centralisés n'est pas réalisée par l'organisme de services de santé participant avant la soumission à la BDCS, les ajustements des coûts sont nécessaires afin que certains des coûts soient assignés au regroupement des coûts des patients hospitalisés.

x. Une fois que la part des services régionaux diagnostiques et thérapeutiques des patients hospitalisés est déterminée, elle est allouée aux centres d'activité du regroupement des coûts des patients hospitalisés.

xi. Les soldes négatifs résultant de la compensation aux fins de recouvrement ne sont pas distribués, sauf dans le cas des centres de comptabilité. Les allocations aux centres d'activité se limitent alors à une valeur minimale de zéro.

12. Allouer les coûts cumulés de l'enseignement au sein du service (71 8 40) :
    - à tous les centres d'activité des regroupements des coûts des patients hospitalisés et des clients;
    - aux Soins à long terme — Unité de soins aux pensionnaires (71 2 95) du regroupement des coûts restants;
    - aux Soins combinés — Soins de longue durée (71 2 97) du regroupement des coûts restants;

    selon le pourcentage du total des coûts cumulés.

13. Déplacer le total des coûts liés à la Psychiatrie et toxicomanie — Unité de soins aux patients hospitalisés (71 2 75) et aux Soins de longue durée en psychiatrie — Unité de soins aux pensionnaires (71 2 76) (c.-à-d. les coûts directs et les allocations des services diagnostiques et thérapeutiques, des centres de comptabilité, des services administratifs et de soutien et de l'enseignement au sein du service) au regroupement des coûts restants pour les hôpitaux qui déclarent des données sur les patients ou les pensionnaires en psychiatrie à la Base de données sur les congés des patients (BDCP) à l'aide d'un numéro d'établissement qui est unique pour ces patients hospitalisés.

14. Déplacer le total des coûts liés à la Réadaptation physique — Unité de soins (71 2 80) (c.-à-d. les coûts directs et les allocations des services diagnostiques et thérapeutiques, des centres de comptabilité, des services administratifs et de soutien et de l'enseignement au sein du service) au regroupement des coûts restants pour les hôpitaux qui déclarent des données sur les patients en réadaptation au Système national d'information sur la réadaptation (SNIR) ou à la Base de données sur les congés des patients (BDCP) à l'aide d'un numéro d'établissement qui est unique pour ces patients hospitalisés.

15. Calculer le total des coûts du regroupement des patients hospitalisés. Le chiffre obtenu servira à déterminer le coût par cas pondéré.

Calcul des cas pondérés

1. Obtenir le nombre total de cas pondérés pour patients hospitalisés en soins de courte durée, en réadaptation et en santé mentale (calculé par l'ICIS au moyen des données de la BDCP).

2. Supprimer les cas pondérés pour patients hospitalisés en psychiatrie dans les hôpitaux qui n'ont pas des coûts appariés des patients hospitalisés (c.-à-d. ceux qui déclarent des données sur les patients hospitalisés en psychiatrie à la BDCP au moyen d'un numéro d'établissement unique à ces patients). Veuillez noter que cette suppression doit être faite immédiatement après l'étape 13 du Calcul des coûts totaux.

3. Supprimer les cas pondérés pour patients hospitalisés dans les hôpitaux qui n'ont pas des coûts appariés des patients hospitalisés (c.-à-d. ceux qui déclarent des données sur les patients en réadaptation au SNIR ou qui déclarent des données sur les patients en réadaptation à la BDCP au moyen d'un numéro d'établissement unique à ces patients). Veuillez noter que cette suppression doit être faite immédiatement après l'étape 14 du Calcul des coûts totaux.

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 coût par cas pondéré.

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

Moyenne pondérée des indicateurs de rendement

Tous les indicateurs mentionnés dans le rapport *Base de données canadienne SIG — indicateurs de rendement financier des hôpitaux, de 1999-2000 à 2008-2009, 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 des indicateurs provinciaux, on divise la somme de tous les numérateurs des établissements provinciaux par celle de tous les dénominateurs des mêmes établissements, excluant les valeurs extrêmes. Pour obtenir la valeur 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

Les moyennes provinciales des indicateurs propres aux hôpitaux (c'est-à-dire les indicateurs relatifs aux heures travaillées et aux cas pondérés) sont supprimées si, après le retrait des valeurs extrêmes, elles représentent moins de 75 % des dépenses hospitalières totales de la province.

Les moyennes provinciales des indicateurs propres aux régions (c'est-à-dire le ratio du fonds de roulement, la marge totale, les dépenses administratives, etc.) sont supprimées si, après le retrait des valeurs extrêmes, elles représentent moins de 75 % des dépenses régionales totales de la province.

Les moyennes nationales sont calculées à l'aide de tous les résultats au Canada, peu importe si les résultats provinciaux ont été supprimés.

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 :

1er quartile (25e percentile) moins 1,5 x IQR sur 3e quartile (75e percentile) plus 1,5 x 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 nationales et provinciales)

Pour toutes les moyennes nationales et provinciales qui sont publiées dans le rapport :

- Pour les indicateurs propres aux hôpitaux (c'est-à-dire 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'est-à-dire le ratio du fonds de roulement, la marge totale, les dépenses administratives, etc.), les valeurs régionales (y compris les valeurs régionales totales de l'Ontario et du Québec) sont retirées si elles se situent en dehors des valeurs acceptables.

Règles d'enlèvement des valeurs extrêmes (moyennes régionales)

Pour toutes les moyennes régionales qui sont publiées dans l'annexe :

- Pour les indicateurs propres aux hôpitaux (c'est-à-dire 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'est-à-dire le ratio du fonds de roulement, la marge totale, les dépenses administratives, etc.), les valeurs régionales (y compris les valeurs régionales totales de l'Ontario et du Québec) sont retirées si elles se situent en dehors des valeurs acceptables.

Classement décile des indicateurs régionaux

Le classement décile régional résulte du tri et du classement des valeurs de toutes les régions pour une année donnée en fonction du contexte de l'indicateur. Par exemple, lorsque les résultats d'un indicateur apparaissent dans l'ordre croissant, les premiers dix pour cent (résultats les moins favorables) des valeurs régionales reçoivent le rang décile de 1, les dix pour cent suivants reçoivent le rang décile de 2, et ainsi de suite, jusqu'aux derniers dix pour cent (résultats les plus favorables) qui reçoivent le rang décile de 10.

Annexe A — Définitions des Normes SIG

admission des patients hospitalisés (compte secondaire statistique des Normes SIG 4 01*) : Admission officielle à l'organisme de services de santé d'un adulte, d'un enfant, ou d'un nouveau-né 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 recettes, s'il y en a, liées au secteur d'activité en question.

client : Personne :

- qui a été officiellement acceptée par un organisme de services de santé et reçoit un ou plusieurs services de santé sans avoir été admise à titre de patient hospitalisé ou de pensionnaire;
- dont les données identificatrices sont enregistrées dans le système d'inscription ou d'information de l'organisme et à qui on a attribué un identificateur unique pour enregistrer et contrôler les services;
- qui n'est pas orientée par un autre organisme de services de santé. Par exemple, les personnes recevant des services dans des cliniques de soins ambulatoires, dans des cliniques de soins de santé primaires, chez eux ou par l'entremise de programmes de jour et de nuit et de dépistage.

emprunts totaux à long terme (comptes principaux des Normes SIG 5*2, sauf 5*24*) : Dettes du fonds de l'organisme de services de santé qui sont exigibles dans plus d'un an, à compter de la date du bilan à l'exception des montants dus par l'organisme de services de santé dans le cadre des comptes d'emprunt contracté pour les besoins de financement et qui ne sont pas exigibles dans l'année à compter de la date du bilan.

enseignement : Section de la structure des centres d'activité concernant les programmes d'enseignement au sein du service offerts au personnel de l'organisme de services de santé, ainsi que les programmes réguliers d'enseignement technique, professionnel et médical offerts aux étudiants ou stagiaires des premier, deuxième ou troisième cycles.

établissements de santé publique : Établissements qui gèrent et fournissent des programmes de santé publique, tels que la promotion et la protection de la santé.

établissements de soins aux pensionnaires : 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 psychiatrique, 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 général (compte secondaire financier des Normes SIG 1 10 10) : Recette issue de la prestation de services aux patients, qui sont sous la responsabilité du ministère de la Santé.

frais de personnel : Somme des frais des salaires bruts, des charges sociales, des frais de personnel contractuel 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 de service et du personnel médical engagé par l'organisme de services de santé ou travaillant à forfait.

heures travaillées : Heures consacrées aux tâches liées au centre d'activité. Elles incluent les heures de travail habituelles, les heures supplémentaires, les heures de rappel au travail, les périodes de repos et les heures travaillées pendant les jours fériés. Les heures travaillées excluent les pauses repas et les heures de disponibilité.

hôpitaux : Établissements 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 psychiatriques.

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

Type d'hôpital	Description
Hôpital général	Un hôpital qui dispense des services principalement diagnostiques et de traitements à court terme pour les patients hospitalisés et les clients qui souffrent d'un large éventail de maladies et de traumatismes. Les services d'un hôpital général ne se limitent pas à un groupe d'âge précis, ni à un des deux sexes.
Hôpital pédiatrique	Un hôpital spécialisé, un groupe de lits ou de chambres, une aile ou un bâtiment pour patients pédiatriques reconnu à titre d'unité de traitement distincte ou séparée de l'hôpital et dans laquelle on dispense exclusivement des services diagnostiques ou de traitements à court terme aux jeunes patients et clients qui ont généralement 18 ans et moins.
Hôpital de traitement du cancer	Un hôpital spécialisé, un groupe de lits ou de chambres, une aile ou un bâtiment distinct reconnu à titre d'unité de traitement distincte ou séparée de l'hôpital et dans laquelle on dispense exclusivement des services diagnostiques et de traitements aux patients hospitalisés et clients qui souffrent de maladies ou de tumeurs néoplasiques.
Hôpital psychiatrique et de traitement des toxicomanies	Un hôpital, un groupe de lits ou de chambres, une aile ou un bâtiment distinct reconnu à titre d'unité de traitement distincte et séparée de l'hôpital dans laquelle on pratique exclusivement des évaluations et dispense des traitements aux patients hospitalisés, aux clients et aux résidents qui souffrent à court ou à long terme de maladies psychiatriques ou de troubles de toxicomanie.
Autre hôpital spécialisé	Un hôpital spécialisé, un groupe de lits ou de chambres, une aile distincte ou un bâtiment séparé reconnu à titre d'unité de traitement distincte de l'hôpital dans laquelle on traite d'une spécialité non classée ailleurs et où on dispense exclusivement des services diagnostiques et des traitements aux patients hospitalisés et aux clients bénéficiaires de soins spécialisés non classés ailleurs (p. ex. soins obstétriques ou orthopédiques).

Type d'hôpital	Description
Hôpital de réadaptation	Un hôpital spécialisé, un groupe de lits ou de chambres, une aile distincte ou un bâtiment séparé reconnu à titre d'unité de traitement distincte de l'hôpital dans laquelle on dispense exclusivement des évaluations et des traitements continus aux patients hospitalisés et clients dont on s'attend à améliorer considérablement l'état de santé par la prestation de services de physiatrie ou autres services de réadaptation.
Hôpital de soins prolongés (y compris pour les malades chroniques)	Un hôpital spécialisé, un groupe de lits ou de chambres, une aile distincte ou un bâtiment séparé reconnu à titre d'unité de traitement distincte de l'hôpital dans laquelle on dispense exclusivement des soins de longue durée et des traitements continus aux bénéficiaires de services qui souffrent de maladies à long terme ou qui ont peu de chance de récupérer leur plein potentiel, et qui ont besoin d'évaluations médicales régulières et de soins infirmiers continus.

jours-présence des patients hospitalisés (compte secondaire statistique des Normes SIG 4 03*) : Jours pendant lesquels des services sont fournis à un patient hospitalisé entre deux dénombrements de patients effectués au cours de deux journées consécutives. La journée d'admission est considérée comme un jour-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-présence.

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 pensionnaires au début de l'exercice. Ils incluent 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 : Organismes qui se consacrent surtout à la prestation de services de soins de santé directs aux clients de la collectivité qui n'ont pas besoin d'être hospitalisés. Ils comprennent les organismes spécialisés dans les programmes de traitement de jour et dans la prestation de services de soins à domicile.

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

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

personnel producteur d'unités de service : Personnel dont le rôle principal est de mener à terme 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 laboratoires, les commis aux comptes créditeurs, les pharmaciens, le personnel de l'entretien ménager, les travailleurs offrant des soins à domicile et les agents de santé publique. Sont exclus les médecins praticiens, 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 comptes et des désignations dans un grand livre.

recettes (compte secondaire financier des Normes SIG 1*) : Recettes provenant des impôts, des licences, des droits, des frais d'utilisation, des paiements de transfert et de sources autres que les emprunts.

recherche : Section de la structure du centre d'activité se rapportant à la recherche formellement organisée.

services administratifs : Section de la structure des centres d'activité, établie pour enregistrer les dépenses, les statistiques et les recettes, s'il y a lieu, des centres d'activité qui, de façon générale, appuient l'administration de l'organisme de services de santé. Ils regroupent les services suivants : Administration, Finance, Ressources humaines et Communications.

services communautaires et sociaux : Section de la structure des centres d'activité concernant la prestation de services de santé (p. ex. soins de santé primaires, prévention, mieux-être, etc.) et de services sociaux dans un contexte ambulatoire ou de service d'approche à des personnes, des groupes ou des collectivités. Ces services sont considérés comme le premier niveau de contact des personnes, des familles et des collectivités avec le système de santé.

Comprennent :

- les services curatifs, de rétablissement, de soutien, de prévention des maladies, de promotion de la santé et de formation.

Excluent :

- les services spécialisés qui sont généralement offerts dans un centre d'activité de soins ambulatoires.

services de soins ambulatoires : Section de la structure des centres d'activité concernant les services où le diagnostic, la consultation, le traitement et l'enseignement sont offerts principalement aux patients inscrits aux 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 offerts dans un contexte hospitalier.

Excluent :

- les services fournis aux patients de soins ambulatoires qui relèvent des centres d'activité des soins infirmiers aux patients hospitalisés et aux pensionnaires ou des services diagnostiques et thérapeutiques;

  OU

- les soins primaires et les services de soutien (p. ex. les dispensaires en santé publique, les programmes de soins à domicile, la promotion de la santé et la formation) 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 patients, des pensionnaires ou des clients, 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 fournis aux patients hospitalisés, aux résidents ou aux clients, dans le but d'apporter leur appui pour atténuer ou soigner les causes, les symptômes ou les séquelles de la maladie, de l'invalidité ou du traumatisme.

Excluent :

- les services techniques et professionnels fournis par le personnel qui relève de l'unité des soins infirmiers aux patients hospitalisés et aux pensionnaires dans la structure des centres d'activité.

soins infirmiers aux patients hospitalisés et aux pensionnaires : Section de la structure des centres d'activité concernant les soins infirmiers dispensés aux patients hospitalisés, aux pensionnaires et à leurs proches afin de répondre à leurs besoins physiques et psychosociaux.

Comprennent :

- les patients en 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 relatives aux 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 aux pensionnaires.

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 du 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* et 4 51*) : Toutes les visites par 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 au centre d'activité des soins ambulatoires.

visites aux urgences (comptes principaux des Normes SIG 71 3 10* et comptes secondaires statistiques des Normes SIG 4 50* et 4 51*) : 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 pensionnaires.

visites en soins spécialisés de jour ou de nuit (comptes principaux des Normes SIG 71 3 40* et comptes secondaires statistiques des Normes SIG 4 50* et 4 51*) : 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 auprès du centre d'activité de soins spécialisés de jour ou de nuit (personnes inscrites qui restent en moyenne entre 3 et 12 heures, et qui ont été généralement orientées par un praticien de soins primaires).

Tous droits réservés.

Aucune section de la présente publication ne peut être reproduite ni transmise sous quelque forme que ce soit, ni par quelque procédé électronique ou mécanique que ce soit, y compris les photocopies et les enregistrements, ou par tout autre moyen de stockage d'information et de recherche documentaire, qui existe ou non à l'heure actuelle, sans le consentement écrit de l'auteur qui en possède les droits. Ne sont cependant pas soumises à cette règle les personnes désirant citer de brefs passages pour une publication dans une revue, un journal ou encore pour une émission radiodiffusée ou télédiffusée.

Les demandes d'autorisation doivent être acheminées à :

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 978-1-55465-764-3 (PDF)

© 2010 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 1999-2000 à 2008-2009, notes méthodologiques*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2010.

This publication is also available in English under the title *Canadian MIS Database—Hospital Financial Performance Indicators, 1999–2000 to 2008–2009, Methodological Notes*.
ISBN 978-1-55465-763-6 (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 Edmonton
10235, rue 101 Nord-Ouest, bureau 1414
Edmonton (Alberta) T5J 3G1
Téléphone : 780-409-5438

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

www.icis.ca

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

Juillet 2010