



Notes
méthodologiques

Coût d'un séjour standard à l'hôpital : annexes pour le répertoire des indicateurs

Février 2018



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

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

© 2018 Institut canadien d'information sur la santé

This publication is also available in English under the title *Cost of a Standard Hospital Stay: Appendices to Indicator Library — Methodology Notes, February 2018*.

Table des matières

Définition	4
Méthodologie	4
Calcul des coûts totaux	4
Calcul des cas pondérés	16
Calcul du coût d'un séjour standard à l'hôpital	17
Interprétation	17

Définition

Le coût d'un séjour standard à l'hôpital (CSSH) indique le coût moyen dans votre établissement pour un patient hypothétique avec une PCR de 1.

Méthodologie

Notez que les ajustements mis en place en vue de l'utilisation des données du Québec dans les calculs sont expliqués ci-dessous.

Des ajustements précis sont apportés aux données du Québec mises en correspondance avec les Normes SIG afin d'harmoniser davantage les pratiques de déclaration de cette province à celles d'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'activités 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). Les estimations des cotisations de chaque organisme pour chaque centre d'activité, calculées à partir de l'information fournie par le Québec, ont été utilisées dans l'analyse des coûts par cas pondéré.

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.

Calcul des coûts totaux

1. La première étape du calcul du CSSH 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 CSSH. Les ajustements suivants sont effectués :

Compte secondaire financier	Description	Action
1 2	Recouvrements	Débiter des dépenses
3 10 85	Heures rémunérées, personnel de gestion et de soutien opérationnel, autres indemnités de cessation d'emploi	Exclure
3 50 85	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 51	Plus-value nette ou moins-value nette de cession, non réparti	Exclure
9 55	Intérêts sur éléments de passif à long terme	Exclure

Les données du Québec comprennent le coût 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 affectés à un des 3 regroupements des coûts suivants :
 - Coûts liés aux patients hospitalisés — Ce sont les coûts engagés dans les soins directs aux patients hospitalisés.
 - Coûts liés aux autres patients — Ce sont les coûts engagés dans les soins directs aux autres patients de l'hôpital, comme les clients.
 - Coûts non liés aux patients — Ce sont les coûts engagés dans les activités sans lien avec les soins aux patients.

Afin de bien allouer les coûts hospitaliers de la BDCS à ces regroupements de coûts, les coûts dans les centres d'activité sont affectés au regroupement de coûts le plus pertinent. Cette tâche s'effectue principalement avec les 5 premiers chiffres (niveau 3) du centre d'activité, bien que la tâche puisse devenir compliquée pour les centres d'activité dont les services touchent plus d'un regroupement de coûts.

i. L'amortissement non réparti est parfois inclus comme compte secondaire financier 9 50 00; par conséquent, 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; alors ce pourcentage est exclu et seuls les coûts associés à l'équipement principal non réparti serviront aux fins d'allocation.

Pour décrire comment ces coûts sont déterminés, les centres d'activité et de comptabilité seront regroupés en 8 sections logiques et seront traités séparément. Ces sections sont les suivantes :

- (c) Soins infirmiers aux patients hospitalisés
- (d) Salles d'opération et de réveil
- (e) Services d'urgence
- (f) Centres d'activité des soins ambulatoires précisés
- (g) Centres d'activité diagnostiques et thérapeutiques
- (h) Centres d'activité de soins aux autres patients
- (i) Autres coûts hospitaliers
- (j) Centres d'activité et de comptabilité restants

La section suivante décrit comment les coûts dans chacune de ces 8 sections seront alloués aux regroupements de coûts liés aux patients hospitalisés, de coûts liés aux autres patients et de coûts non liés 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 liés aux patients hospitalisés. Toutefois, d'autres activités à l'endroit des patients sont parfois déclarées dans les soins infirmiers aux patients hospitalisés sous forme de charge de travail ou de visite.

Numéro de compte	Description	Coûts liés aux patients hospitalisés	Coûts liés aux autres patients	Coûts non liés aux 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 affectées au regroupement de coûts liés aux autres patients, tous les centres d'activité ci-dessus déclarant des visites d'autres patients doivent être identifiés. Les données de ces centres d'activité sont traitées à l'aide d'un algorithme en 2 phases afin de déterminer une affectation appropriée au regroupement de coûts liés aux 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 statistique 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 liées aux autres patients passent par 3 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 les suivantes :

- i) Charge de travail liée aux autres patients par visite d'autres patients
- ii) Dépenses ajustées selon le taux de rémunération par unité de charge de travail
- iii) La portion liée aux autres patients des dépenses ajustées selon le taux de rémunération par visite des autres patients

Les centres d'activité qui réussissent les 3 régressions sont jugés aptes à démontrer une relation raisonnable entre les 3 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 dépenses de centres d'activités qui ont déclaré une charge de travail et des visites dans des catégories de bénéficiaires de services qui se contredisent sont considérées comme des dépenses liées aux 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 liés aux patients hospitalisés; elles sont donc toutes attribuées au regroupement de coûts liés aux patients hospitalisés. Les données du Québec regroupées sous le centre d'activité 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 statistique 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 affectation aux regroupements de coûts liés aux patients hospitalisés et aux 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 Salles d'opération et de réveil de contenir un mélange de dépenses liées aux patients hospitalisés et aux autres patients.

Numéro de compte	Description	Coûts liés aux patients hospitalisés	Coûts liés aux autres patients	Coûts non liés aux 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 liés aux autres patients dans ces centres d'activité, seront identifiés tous les centres d'activité énumérés ci-dessus qui ont déclaré une charge de travail et dont cette dernière n'entraînait 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 2 étapes afin de déterminer une affectation appropriée au regroupement de coûts liés aux 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 statistique 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 affectation au regroupement de coûts liés aux 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 liées aux patients hospitalisés et aux 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 liée 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 liée au service, ainsi que pour les centres d'activité ne comportant pas de charge de travail ou d'activité liée au service.

Phase 2 : Pour les centres d'activité sur les salles d'opération et de réveil qui ont déclaré 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 calculées pour une visite en chirurgie, en salle de réveil et en personne. Ces estimations sont ensuite appliquées à l'activité liée au service des centres d'activité qui sont admis à la phase 2 afin d'en calculer l'affectation du regroupement de coûts pour les autres patients.

Les données du Québec regroupées sous les centres d'activité des salles d'opération sont affectées aux regroupements de coûts liés aux patients hospitalisés et aux autres patients à partir d'un modèle de régression statistique linéaire qui utilise l'exercice comme variable indépendante et les heures en chirurgie 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. Leur affectation aux regroupements de coûts liés aux patients hospitalisés et aux autres patients est calculée en fonction du volume d'heures en chirurgie 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 liés aux patients hospitalisés	Coûts liés aux autres patients	Coûts non liés aux patients
71 3 10	Service d'urgence	Potentiellement	Oui	Non

Un centre d'activité sur les services d'urgence peut contenir un volume de données sur les patients hospitalisés, tel que reflété par les statistiques sur l'activité liée au service « jour(s) de présence des patients hospitalisés » et « visites en personne — patient hospitalisé ». Pour estimer le coût de ces volumes, les données passent par un algorithme à 2 phases.

Phase 1 : Les centres d'activité de services d'urgence qui déclarent une charge de travail passent par une régression linéaire 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 et la cohorte hospitalière comme variables indépendantes. Ces centres d'activités qui réussissent la régression utilisent leur propre charge de travail par catégorie de bénéficiaires de service afin d'affecter des dépenses aux regroupements de coûts liés aux patients hospitalisés et aux autres patients.

Phase 2 : Pour les centres d'activité sur les services d'urgence qui déclarent des activités liées aux services aux patients hospitalisés sans déclarer de charge de travail ou pour les charges de travail qui entraînent un conflit avec l'activité liée 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 liée 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, ce qui permet de calculer les affectations aux regroupements de coûts liés aux patients hospitalisés et aux autres patients.

Les dépenses des centres d'activité sur les services d'urgence qui n'ont pas déclaré d'activité liée au service ou de charge de travail sont considérées comme liées aux autres patients.

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

(d) Centres d'activité des soins ambulatoires précisés

Numéro de compte	Description	Coûts liés aux patients hospitalisés	Coûts liés aux autres patients	Coûts non liés aux 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 des soins ambulatoires peuvent contenir des volumes de données sur les patients hospitalisés tel que reflété par les statistiques sur l'activité liée au service « jour(s) de présence des patients hospitalisés » et « visites en personne — patient hospitalisé ». Pour estimer les coûts de ces volumes, les centres d'activité des soins ambulatoires précisés ci-dessus passent par un algorithme à 2 phases.

Phase 1 : Les centres d'activité des soins ambulatoires précisés qui déclarent une charge de travail passent par une régression linéaire 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'activités qui réussissent la régression utilisent leur propre charge de travail par catégorie de bénéficiaires de service afin d'affecter les dépenses dans les regroupements de coûts liés aux patients hospitalisés et aux autres patients.

Phase 2 : Pour les centres d'activité dans la liste qui déclarent une activité liée au service aux patients hospitalisés sans déclarer de charge de travail ou pour les charges de travail qui entraînent un conflit avec l'activité liée 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 liée 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, ce qui permet de calculer les affectations aux regroupements de coûts liés aux patients hospitalisés et aux autres patients.

Les centres d'activité des soins ambulatoires dans cette liste qui n'ont pas déclaré d'activité liée au service ou de charge de travail sont jugés contenir 100 % de leurs dépenses comme étant liées 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; ces dépenses sont donc toutes affectées au regroupement de coûts liés aux autres patients.

(e) Centres d'activité diagnostiques et thérapeutiques

Numéro de compte	Description	Coûts liés aux patients hospitalisés	Coûts liés aux autres patients	Coûts non liés aux 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	Radio-oncologie	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 affectées aux regroupements de coûts liés aux patients hospitalisés et aux autres patients, tous les centres d'activité dans le tableau ci-dessus passent par un algorithme à 3 phases.

Phase 1 : Tous les centres d'activité diagnostiques et thérapeutiques qui déclarent une charge de travail passent par une régression linéaire statistique 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 affectation aux regroupements de coûts liés aux 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 liée au service passent dans une régression linéaire statistique 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 liée 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 affecter les dépenses aux regroupements de coûts liés aux patients hospitalisés et aux autres patients par catégorie de bénéficiaires de services.

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

- i) Charge de travail pour les autres patients par activité reliée au service pour les autres patients
- ii) Dépenses ajustées selon le taux de rémunération par l'unité totale de charge de travail
- iii) Proportion représentée par les autres patients des dépenses ajustées selon le taux de rémunération par activité liée au service pour les autres patients

Les centres d'activité qui réussissent les 3 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'affectation des dépenses dans les regroupements de coûts liés aux patients hospitalisés et aux autres patients.

Les données du Québec regroupées sous les centres d'activité diagnostiques et thérapeutiques des Normes SIG sont également affectées aux regroupements de coûts liés aux patients hospitalisés et aux autres patients à partir de modèles de régression. On utilise essentiellement les statistiques propres à chaque centre d'activité. Dans chaque modèle et chaque centre d'activité, on utilise l'exercice comme variable indépendante et le coût par statistique comme variable dépendante. Les centres d'activité qui réussissent cette régression sont jugés aptes à démontrer une relation raisonnable entre les dépenses et la statistique. Leur affectation aux regroupements de coûts liés aux patients hospitalisés et aux autres patients est calculée en fonction du volume de statistiques par catégorie de bénéficiaires de services. Dans le cas des centres d'activité qui échouent la régression, on utilise des modèles de régression basés sur d'autres types de statistiques. Lorsqu'un centre d'activité échoue tous les 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 qui ont réussi la régression selon le modèle initial.

(f) Centres d'activité de soins aux autres patients

Numéro de compte	Description	Coûts liés aux patients hospitalisés	Coûts liés aux autres patients	Coûts non liés aux patients
71 2 76	Unité de soins infirmiers de longue durée en santé mentale	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 liés aux soins aux patients dans le domaine des soins infirmiers, des soins ambulatoires et des services diagnostiques et thérapeutiques sont affectés au regroupement de coûts liés aux autres patients.

(g) Autres coûts hospitaliers

Numéro de compte	Description	Coûts liés aux patients hospitalisés	Coûts liés aux autres patients	Coûts non liés aux 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 affectées au regroupement de coûts non liés aux patients.

Numéro de compte	Description	Coûts liés aux patients hospitalisés	Coûts liés aux autres patients	Coûts non liés aux 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

(h) Centres d'activité et de comptabilité restants

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

1. 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 lors que l'établissement dispense uniquement des services de santé mentale), déplacer le total des coûts liés à l'unité de soins infirmiers en santé mentale et en toxicomanie (71 2 75) au regroupement de coûts liés aux autres patients. Pour l'ensemble des centres d'activités liés aux services diagnostiques et thérapeutiques (71 4*) de ces mêmes hôpitaux, déterminer la proportion des dépenses du regroupement de coûts liés aux patients hospitalisés qui correspond 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 liés aux patients hospitalisés) et déplacer cette portion dans le regroupement de coûts liés aux autres patients. Ce calcul vise à déterminer les coûts des soins de courte durée par cas pondéré. 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 matérielle pour les coûts par cas pondéré.
2. 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), déplacer le total des coûts liés à l'unité de soins infirmiers de réadaptation physique (71 2 80) au regroupement des coûts liés aux autres patients. Pour tous les centres d'activité diagnostiques et thérapeutiques (71 4*) de ces mêmes hôpitaux, déterminer la proportion des dépenses du regroupement de coûts liés aux patients hospitalisés qui correspond 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 liés aux patients hospitalisés) et déplacer cette proportion dans le regroupement de coûts liés aux autres patients. Ce calcul vise à déterminer les coûts des soins de courte durée par cas pondéré. 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 matérielle pour les coûts par cas pondéré.

3. Les dépenses des centres d'activité des services administratifs et de soutien (71 1*) sont redistribuées dans les 3 regroupements de coûts en fonction de la proportion des dépenses totales dans le regroupement de coûts de chaque hôpital sur les dépenses totales de l'hôpital.
4. Les dépenses du centre de comptabilité (81 9*) et de sa proportion de 71 1* sont redistribuées dans les 3 regroupements de coûts en fonction de la proportion des dépenses totales dans le regroupement de coûts de chaque hôpital sur les dépenses totales de l'hôpital.
5. Les dépenses liées à la formation interne (71 8 40*) sont affectées aux regroupements de coûts liés aux patients hospitalisés et aux autres patients en fonction de la proportion de chacun de ces regroupements de coûts sur leur somme combinée à l'échelle des hôpitaux, avant l'affectation 711 et 819 aux étapes 5 et 6.
6. Calculer le total des coûts du regroupement des patients hospitalisés. Le chiffre obtenu servira à déterminer le coût d'un séjour standard à l'hôpital.

Calcul des cas pondérés

1. Obtenir le nombre de cas pondérés de 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. Dans les cas où la durée du séjour dépasse 365 jours, calculer la proportion du séjour qui dépasse les 365 jours ($365 \div$ durée totale du séjour). Multiplier cette proportion par la PCR des patients hospitalisés afin d'ajuster le résultat en fonction du séjour pluriannuel de patient hospitalisé.
3. Supprimer les cas pondérés pour patients hospitalisés en santé mentale dans les hôpitaux qui ont des coûts liés aux patients hospitalisés dans le centre d'activité 71 2 75 (c.-à-d. ceux qui déclarent des données sur les patients hospitalisés en santé mentale à la BDCP au moyen d'un numéro d'établissement unique à ces patients).
4. Supprimer les cas pondérés pour patients hospitalisés dans les hôpitaux qui ont des coûts liés aux patients hospitalisés dans le centre d'activité 71 2 80 (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).

Calcul du coût d'un séjour standard à l'hôpital

1. Appairer le coût imputable aux patients hospitalisés et les données relatives aux cas pondérés pour chaque hôpital.
2. Calculer le coût d'un séjour standard à l'hôpital.

$$\text{Coût d'un séjour standard à l'hôpital} = \frac{\text{Total des coûts liés aux patients hospitalisés}}{\text{Total des cas pondérés}}$$

Veillez prendre note que les cas pondérés utilisés pour cette méthodologie sont regroupés au moyen de la méthodologie de regroupement GMA+ 2017, la plus récente méthodologie des groupes de maladies analogues de l'ICIS.

Interprétation

Le coût d'un séjour standard à l'hôpital (CSSH) 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 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 de l'établissement pour le traitement d'un patient moyen hospitalisé en soins de courte durée. Un coût d'un séjour standard à l'hôpital élevé indique que le coût de traitement d'un patient moyen hospitalisé en soins de courte durée est relativement élevé et un coût d'un séjour standard à l'hôpital bas, que le coût de traitement d'un patient moyen hospitalisé en soins de courte durée est relativement faible.



ICIS Ottawa

495, chemin Richmond
Bureau 600
Ottawa (Ont.)
K2A 4H6

613-241-7860

ICIS Toronto

4110, rue Yonge
Bureau 300
Toronto (Ont.)
M2P 2B7

416-481-2002

ICIS Victoria

880, rue Douglas
Bureau 600
Victoria (C.-B.)
V8W 2B7

250-220-4100

ICIS Montréal

1010, rue Sherbrooke Ouest
Bureau 602
Montréal (Qc)
H3A 2R7

514-842-2226

icis.ca

16976-0118

