



Coût d'un séjour standard à l'hôpital

Notes méthodologiques

Octobre 2024



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.

À moins d'indication contraire, les données utilisées proviennent des provinces et territoires du Canada.

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

icis.ca

droitdauteur@icis.ca

ISBN 978-1-77479-305-3 (PDF)

© 2024 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé. *Coût d'un séjour standard à l'hôpital : notes méthodologiques, octobre 2024*. Ottawa, ON : ICIS; 2024.

This publication is also available in English under the title *Cost of a Standard Hospital Stay — Methodology Notes, October 2024*.

ISBN 978-1-77479-304-6 (PDF)

Table des matières

Définition	4
Méthodologie	4
Niveau de déclaration minimal	5
Calcul des coûts totaux	7
Calcul des cas pondérés	19
Calcul du CSSH	19
Interprétation	19
Annexes	20
Annexe A : Statistiques utilisées pour l'affectation des dépenses dans la méthodologie de calcul du CSSH de l'ICIS, 2018-2019 à 2022-2023.	20
Annexe B : Niveaux 4 et 5 — Exigences minimales de déclaration des comptes principaux	22

Définition

L'indicateur Coût d'un séjour standard à l'hôpital (CSSH) indique le coût moyen dans votre établissement pour un patient hypothétique avec une pondération de la consommation des ressources (PCR) de 1.

Méthodologie

Le CSSH est calculé à partir des données soumises à la Base de données canadienne SIG (BDCS) et à la Base de données sur les congés des patients (BDGP) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Les données financières et statistiques utilisées pour le calcul sont soumises conformément aux *Normes sur les systèmes d'information de gestion dans les organismes de santé du Canada* (Normes SIG).

Prenez note que les données du Québec sont couplées avec les Normes SIG à des fins de comparabilité. Les ajustements suivants ont été effectués afin de permettre l'utilisation des données du Québec pour le calcul :

- Les dépenses liées à l'amortissement de l'équipement, déclarées dans les données du Québec à titre de montants non répartis, sont regroupées dans les centres d'activité des Normes SIG à l'aide des données provenant des provinces et territoires qui participent aux Normes SIG.
- Au Québec, la cotisation de l'employeur au régime de retraite est fournie directement par le gouvernement. Par conséquent, cette partie des dépenses n'est pas incluse dans les données de la province. Les provinces et territoires qui se conforment aux pratiques des Normes SIG déclarent cette dépense sous le compte financier secondaire 3 ** 44 (Régime provincial/territorial 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 du CSSH.
- 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.

Les ajustements propres à chaque regroupement de centres d'activité sont décrits dans la section relative à ce regroupement.

Niveau de déclaration minimal

Le niveau de déclaration minimal constitue une norme nationale de déclaration des données, puisque les types de services dispensés par les organismes de santé varient selon l'organisme. Il convient de noter que certains organismes de services de santé sont en mesure de déclarer des données plus détaillées que ne l'exige le niveau de déclaration minimal et qu'ils soumettent ces données détaillées à la BDCS.

Les comptes dans les Normes SIG suivent une structure hiérarchique. Lorsque les organismes de services de santé soumettent des données plus détaillées que le niveau de déclaration minimal, il est possible de regrouper ces données au niveau de déclaration minimal, de manière à uniformiser les comparaisons de données entre les différents organismes de services de santé. Le tableau 1 illustre la façon dont les données peuvent être regroupées.

Tableau 1 Structure hiérarchique des comptes des Normes SIG

Numéro de compte	Description	Niveau de déclaration minimal	Niveau hiérarchique des Normes SIG
71 2 ** ** *	Services de soins infirmiers aux patients hospitalisés	Sans objet	Niveau 2
71 2 50 ** ** *	Unité de soins infirmiers en obstétrique	Sans objet	Niveau 3
71 2 50 20 **	Bloc obstétrical, travail et accouchement	Oui	Niveau 4
71 2 50 20 60	Salle de césarienne	Sans objet	Niveau 5

Comme l'indique le tableau 1, la structure hiérarchique des comptes des Normes SIG comporte plusieurs niveaux de déclaration. Pour la plupart des comptes de centres d'activité, le niveau 3 est le niveau de déclaration minimal. Certains centres d'activité, comme dans l'exemple ci-dessus, déclarent toutefois des données au niveau 4 et, dans de rares cas, au niveau 5. L'[annexe B](#) comprend la liste des comptes de centres d'activité dont les exigences minimales de déclaration se situent au niveau 4 ou 5.

Mise à jour de la méthodologie de déclaration minimale

La répartition des coûts pour le calcul du CSSH a toujours été basée sur les 5 premiers chiffres (niveau 3) du centre d'activité. Lorsque la méthodologie du CSSH a été élaborée, les données disponibles ne permettaient pas une répartition à un niveau inférieur.

Depuis 2021, la répartition des coûts est calculée au niveau de déclaration minimal de chaque centre d'activité (niveau 3, 4 ou 5, selon le cas). Voici la liste des comptes et des numéros de compte de niveau 3 des centres d'activité visés par la mise à jour de la méthodologie :

- Unités de soins infirmiers aux patients hospitalisés
 - Unité de soins intensifs (71 2 40 **)
 - Unité de soins infirmiers en obstétrique (71 2 50 **)
 - Unité de soins infirmiers en santé mentale et en toxicomanie (71 2 75 **)
- Centres d'activité des soins ambulatoires précisés
 - Soins spécialisés de jour et de nuit (71 3 40 **)
 - Cliniques spécialisées (71 3 50 **)
- Centres d'activité diagnostiques et thérapeutiques
 - Soins infirmiers diagnostiques et thérapeutiques (71 4 05 **)
 - Laboratoire clinique (71 4 10 **)
 - Imagerie médicale (71 4 15 **)
 - Services d'inhalothérapie (71 4 35 **)
 - Pharmacie (71 4 40 **)
- Autres coûts hospitaliers
 - Unité de soins infirmiers de longue durée (71 2 92 **)
 - Soutien à domicile (71 5 35 **)
 - Services communautaires en santé mentale (71 5 70 **)
 - Services communautaires en toxicomanie (71 5 75 **)
 - Unité de soins en hébergement (71 5 92 **)

Une liste complète des comptes dont les exigences minimales de déclaration se situent au niveau 4 ou 5 se trouve à l'[annexe B](#).

Dans certains cas, le niveau de déclaration minimal ne peut pas être utilisé. Par exemple, lorsque le niveau 4 est le niveau de déclaration minimal, certains organismes ne sont pas en mesure de déclarer des données aussi détaillées. La répartition des coûts de ces organismes est alors basée sur le niveau suivant auquel ils soumettent des données, selon la structure hiérarchique des comptes des Normes SIG (p. ex. le niveau 3).

Calcul des coûts totaux

1. La première étape du calcul du CSSH consiste à 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 et Remises en argent	Débiter des dépenses
1 28	Revenus provenant de la vente	Exclure
3 ** 85	Frais de personnel, personnel producteur d'unités, classe d'emploi définie, autres indemnités de cessation d'emploi	Exclure
3 90 **	Frais de personnel médical	Exclure
9 50 **	Amortissement, non réparti†	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

Remarque

† L'amortissement non réparti est parfois déclaré de façon erronée en tant que compte secondaire financier 9 50 00, de sorte que 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 séparément. À l'échelle nationale, l'ICIS a établi que 70 % de l'amortissement non réparti déclaré s'applique à ce type de biens; ce pourcentage est donc exclu, de sorte que seuls les coûts associés à l'équipement principal non réparti serviront aux fins d'affectation des dépenses.

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

2. Une fois ces ajustements effectués, tous les coûts restants des hôpitaux doivent être assignés à l'un des 3 groupes des coûts suivants :
 - Coûts liés aux patients hospitalisés — coûts engagés dans les soins directs aux patients hospitalisés
 - Coûts liés aux autres patients — coûts engagés dans les soins directs aux autres patients de l'hôpital, comme les clients
 - Coûts non liés aux patients — coûts engagés dans les activités sans lien avec les soins aux patients

Afin de bien affecter les coûts hospitaliers de la BDCS à ces regroupements de coûts, les coûts dans les centres d'activité sont affectés au regroupement le plus pertinent. Cette tâche s'effectue principalement avec les 5 premiers chiffres (niveau 3) du centre d'activité; toutefois, pour certains centres d'activité, l'exigence minimale de déclaration comprend les 7 premiers chiffres (niveau 4) ou, dans de rares cas, les 9 premiers chiffres (niveau 5). La tâche peut être compliquée pour les centres d'activité dont les services touchent plus d'un regroupement de coûts. Pour décrire comment ces coûts sont déterminés, les centres d'activité et de comptabilité seront regroupés en 9 sections logiques et seront traités séparément :

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

Les sections qui suivent décrivent 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. Consultez l'[annexe A](#) pour obtenir plus de détails sur les comptes statistiques utilisés pour la répartition des dépenses.

a) Soins infirmiers aux patients hospitalisés

La grande majorité des coûts déclarés pour les unités de 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

Numéro de compte	Description	Coûts liés aux patients hospitalisés	Coûts liés aux autres patients	Coûts non liés aux patients
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
71 2 94†	Soins infirmiers aux patients hospitalisés, équipe des soins palliatifs	Oui	Potentiellement	Non

Remarque

† Nouveau compte dans les Normes SIG 2022. Le centre d'activité 71 2 94 Soins infirmiers aux patients hospitalisés, équipe des soins palliatifs ne représente pas une unité de soins infirmiers, mais plutôt une infirmière-pivot ou une équipe désignée pour le patient qui coordonne ou fournit des soins au sein d'unités de soins infirmiers aux patients hospitalisés.

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 répartition dans le 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 :

- Charge de travail liée aux autres patients par visite d'autres patients
- Dépenses ajustées selon le taux de rémunération par unité de charge de travail liée aux autres patients
- 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'activité 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 à ceux liés 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 à 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 que la quantité de dépenses qui devraient être allouées au regroupement de coûts liés aux autres patients dans ces centres d'activité puisse être déterminée, 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 liée au service 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 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 de la charge de travail liée aux autres patients par rapport à la charge de travail totale en fonction des centres d'activité qui ont réussi la régression est appliquée aux centres d'activité qui ont échoué à 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 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 à ceux liés aux autres patients à partir d'un modèle de régression statistique linéaire qui utilise l'exercice comme variable indépendante et le coût moyen des 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 à ceux liés 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 à la régression, on utilise un pourcentage de répartition provincial fondé sur les centres d'activité qui ont réussi la régression.

c) Services 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

Les centres d'activité sur les services d'urgence peuvent 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, ainsi que l'exercice et la cohorte hospitalière comme variables indépendantes. Ces centres d'activité qui réussissent la régression utilisent leur propre charge de travail par catégorie de bénéficiaires de service afin d'affecter les dépenses dans les regroupements de coûts liés aux patients hospitalisés et ceux liés 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 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 à ceux liés 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 des coûts liés 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
71 3 94†	Soins ambulatoires, équipe des soins palliatifs	Potentiellement	Oui	Non

Remarque

† Nouveau compte dans les Normes SIG 2022.

D'autres centres d'activité des soins ambulatoires peuvent contenir des volumes de données sur les patients hospitalisés tels que reflétés 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 selon l'exercice et le centre d'activité comme variables indépendantes. Ces centres d'activité qui réussissent la régression utilisent leur propre charge de travail par catégorie de bénéficiaires de service afin d'affecter les dépenses dans les regroupements de coûts liés aux patients hospitalisés et ceux liés 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 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 à ceux liés aux autres patients.

Les centres d'activité dans cette liste qui n'ont pas déclaré d'activité liée au service ou de charge de travail sont jugés contenir 100 % de leurs coûts comme étant liés aux autres patients. On considère que les données du Québec qui sont regroupées sous les centres d'activité de soins ambulatoires des Normes SIG comprennent uniquement des coûts liés aux autres patients; elles 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 37	Services de perfusion	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	Soutien spirituel	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 85	Thérapie par les loisirs	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 90	Milieu thérapeutique de l'enfance	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 ** 94†	Services diagnostiques et thérapeutiques, équipe des soins palliatifs	Potentiellement	Potentiellement	Non

Remarque

† Nouveau compte dans les Normes SIG 2022.

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 à ceux liés 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 leur coût par unité de charge de travail ajusté selon le taux de rémunération comme variable dépendante et la cohorte hospitalière comme variable indépendante. La 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 à ceux liés aux 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. La 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 considérés comme démontrant 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 à cette dernière utilisent leur valeur de l'activité reliée au service pour affecter les dépenses aux regroupements de coûts liés aux patients hospitalisés et à ceux liés 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'activité qui réussissent un modèle avancent au modèle suivant. Les modèles vont comme suit :

- Charge de travail totale par activité reliée au service pour les autres patients
- Dépenses ajustées selon le taux de rémunération par l'unité totale de charge de travail
- Proportion des dépenses totales liées aux patients et ajustées selon le taux de rémunération par activité liée au service pour tous les 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 ceux liés 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 à ceux liés 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 à ceux liés 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 à la régression, on utilise des modèles de régression basés sur d'autres types de statistiques. Lorsqu'un centre d'activité échoue à 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 services de santé mentale et de réadaptation

Pour les hôpitaux qui peuvent séparer les données cliniques sur les patients en santé mentale ou en réadaptation (p. ex. en utilisant un numéro d'établissement distinct ou en soumettant des données à une autre base de données), déplacer le total des coûts liés à l'unité de soins infirmiers en santé mentale et en toxicomanie (71 2 75*) ou à l'unité de soins infirmiers de réadaptation physique (71 2 80*) au regroupement des coûts liés aux autres patients.

De plus, pour les centres d'activité diagnostiques et thérapeutiques (71 4*) de ces mêmes hôpitaux, calculer et transférer la proportion des dépenses du regroupement de coûts liés aux patients hospitalisés en santé mentale ou en réadaptation dans le regroupement de coûts liés aux autres patients. Ce calcul vise à déterminer le CSSH en soins de courte durée. Si les données ne peuvent être séparées, l'inclusion de certaines dépenses liées à ces services n'aura pas de conséquences importantes pour le CSSH.

g) Centres d'activité de soins aux autres patients

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.

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 92*	Unité de soins infirmiers de longue durée	Non	Oui	Non
71 2 96	Services chirurgicaux impartis	Non	Oui	Non
71 2 97	Services impartis, unité de soins de longue durée aux patients hospitalisés	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

Remarque

† Compte inactif dans les Normes SIG 2022.

h) Autres coûts hospitaliers

Toutes les dépenses des centres d'activité ci-dessous 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
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

i) Centres d'activité administratifs et de soutien restants

1. Redistribuer les dépenses des centres d'activité des services administratifs et de soutien (71 1*) dans les 3 regroupements de coûts (sauf 71 1 34, 71 1 75*, 71 1 80*, 71 1 82*, 71 1 85*, 71 1 90* et 71 1 95*), dont les dépenses sont affectées à 1 ou 2 regroupements de coûts, selon l'affectation la plus appropriée, comme l'indique la section G) en fonction de la proportion des dépenses totales dans le regroupement de coûts de l'hôpital sur les dépenses totales de l'hôpital.
2. Redistribuer les dépenses du centre de comptabilité (81 9*) et de sa proportion de 71 1* dans les 3 regroupements de coûts en fonction de la proportion des dépenses totales dans le regroupement de coûts de l'hôpital sur les dépenses totales de l'hôpital.
3. Affecter les dépenses liées à la formation interne (71 8 40*) aux regroupements de coûts liés aux patients hospitalisés et à ceux liés aux autres patients en fonction de la proportion de chaque regroupement de coûts sur leur somme combinée à l'échelle des hôpitaux.

Le tableau ci-dessous fournit des précisions sur l'affectation des coûts.

Numéro de compte	Description	Coûts liés aux patients hospitalisés	Coûts liés aux autres patients	Coûts non liés aux patients
Tous les comptes 71 1* (sauf 71 1 34, 71 1 75*, 71 1 80*, 71 1 82*, 71 1 85*, 71 1 90* et 71 1 95*)	Services administratifs et de soutien	Affectation	Affectation	Affectation
71 8 40*	Formation interne	Affectation	Affectation	Non
Tous les comptes 81 9*	Non réparti	Affectation	Affectation	Affectation
71 1 34	Préparation aux situations d'urgence	Non	Non	Affectation
71 1 75*	Génie biomédical et physique médicale	Affectation	Affectation	Non
71 1 80*	Inscription	Affectation	Affectation	Non
71 1 82*	Coordination des admissions et congés	Affectation	Non	Non
71 1 85*	Transport des bénéficiaires de services	Non	Non	Affectation
71 1 90*	Dossiers médicaux	Affectation	Affectation	Non
71 1 95*	Services d'alimentation des bénéficiaires de services	Affectation	Affectation	Non

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 ($365 \div \text{durée totale du séjour}$). Multiplier cette proportion par la PCR des patients hospitalisés et soustraire le résultat de la PCR totale afin d'ajuster le résultat en fonction du séjour pluriannuel de patient hospitalisé.
3. Supprimer les cas pondérés pour patients hospitalisés en santé mentale et en réadaptation dans les hôpitaux qui utilisent un numéro d'établissement distinct pour les patients hospitalisés en santé mentale et en réadaptation. Si ces pondérations ne peuvent être séparées, les coûts liés aux patients hospitalisés déclarés dans les centres d'activité 71 2 75, 71 2 80 et 71 4* pour les soins de santé mentale et de réadaptation doivent demeurer dans le regroupement de coûts liés aux patients hospitalisés.

Calcul du CSSH

- a) Le total des coûts des patients hospitalisés représenterait la somme des coûts liés aux patients hospitalisés des 9 groupes.
- b) Le total des cas pondérés d'hospitalisations en soins de courte durée représenterait la somme des cas pondérés d'hospitalisations en soins de courte durée de la BDCP, à l'exclusion des cas pondérés d'hospitalisations en santé mentale et en réadaptation, s'il y a lieu.
- c) Calculer le CSSH :
$$\text{Coût d'un séjour standard à l'hôpital} = \frac{\text{Total des coûts des patients hospitalisés}}{\text{Total des cas pondérés}}$$

Interprétation

Le 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 moyennes engagées par l'hôpital pour le traitement d'un patient moyen hospitalisé en soins de courte durée. Un CSSH élevé indique que le coût de traitement d'un patient moyen hospitalisé en soins de courte durée est relativement élevé et un CSSH bas, que le coût de traitement d'un patient moyen hospitalisé en soins de courte durée est relativement faible.

Annexes

Annexe A : Statistiques utilisées pour l'affectation des dépenses dans la méthodologie de calcul du CSSH de l'ICIS, 2018-2019 à 2022-2023

Compte principal des Normes SIG	Statistique sur l'activité reliée au service	Compte secondaire statistique : proportion de patients hospitalisés	Compte secondaire statistique : total
Phase 1 : Charge de travail			
Tous les comptes	Charge de travail	1**1 (sauf 1901*)	1** (sauf 180* et 190*)
71 2 ** (sauf 71 2 6*)	Visites en personne Visites, en personne Visites virtuelles	4501* 4481* 4491*	450* 448* 449*
71 2 6* 71 3 6*	Visites en chirurgie Visites en salle de réveil Visites en personne Visites, en personne Visites virtuelles	4371* 4391* 4501* 4481* 4491*	437* 439* 450* 448* 449*
71 3 ** (sauf 71 3 6*)	Jours de présence des patients hospitalisés Visites en personne Visites, en personne Visites virtuelles	4031* 4501* 4481* 4491*	403* 450* 448* 449*
71 4 05*	Visites en personne Visites, en personne Visites virtuelles	4501* 4481* 4491*	450* 448* 449*
71 4 10*	Interventions en laboratoire Activité reliée aux services de laboratoire Services impartis, interventions en laboratoire	4631* 4651* 8381*	463* 465* 838*
71 4 15* 71 4 25* 71 4 30*	Examens effectués à l'interne, diagnostiques/thérapeutiques Services impartis, examens (effectués à l'interne, diagnostiques/thérapeutiques)	4571* 8361*	457* 836*
71 4 20* 71 4 65*	Procédés effectués au sein de l'établissement, thérapeutiques	4591*	459*
71 4 37	Procédés effectués à l'interne, services de perfusion; Services impartis, procédés	4701* 8351*	470* 835*

Compte principal des Normes SIG	Statistique sur l'activité reliée au service	Compte secondaire statistique : proportion de patients hospitalisés	Compte secondaire statistique : total
Phase 2 : Statistiques sur l'activité reliée au service (suite)			
71 4 35*	Jours de traitement Services	4831*	483*
71 4 40*	impartis, jours de fréquentation	8341*	834*
71 4 45	Jours de traitement, en personne	4731*	473*
71 4 50	Jours de traitement, mode virtuel	4741*	474*
71 4 55*			
71 4 60*			
71 4 70*			
71 4 75*			
71 4 76			
71 4 80			
71 4 85			
71 4 90			
71 4 ** 94			

Annexe B : Niveaux 4 et 5 — Exigences minimales de déclaration des comptes principaux

Tableau B1 Unités de soins infirmiers aux patients hospitalisés

Numéro de compte	Description	Coûts liés aux patients hospitalisés	Coûts liés aux autres patients	Coûts non liés aux patients
71 2 40 10	Unité de soins intensifs médicaux	Oui	Potentiellement	Non
71 2 40 20	Unité de soins intensifs chirurgicaux	Oui	Potentiellement	Non
71 2 40 25	Traumatismes, unité de soins intensifs	Oui	Potentiellement	Non
71 2 40 30	Unité de soins intensifs, soins médicaux et chirurgicaux combinés	Oui	Potentiellement	Non
71 2 40 35	Soins des brûlures, unité de soins intensifs	Oui	Potentiellement	Non
71 2 40 40	Cardiochirurgie, unité de soins intensifs	Oui	Potentiellement	Non
71 2 40 45	Soins coronariens, unité de soins intensifs	Oui	Potentiellement	Non
71 2 40 50	Soins néonataux, unité de soins intensifs	Oui	Potentiellement	Non
71 2 40 60	Neurochirurgie, unité de soins intensifs	Oui	Potentiellement	Non
71 2 40 70	Pédiatrie, unité de soins intensifs	Oui	Potentiellement	Non
71 2 40 80	Pneumonologie, unité de soins intensifs	Oui	Potentiellement	Non
71 2 50 20	Bloc obstétrical, travail et accouchement	Oui	Potentiellement	Non
71 2 50 40	Ante partum et post-partum, unité de soins infirmiers	Oui	Potentiellement	Non
71 2 50 60	Soins combinés en obstétrique, unité de soins infirmiers	Oui	Potentiellement	Non
71 2 50 80	Pouponnière	Oui	Potentiellement	Non
71 2 50 90	Unité de travail, d'accouchement et de post-partum, unité de soins infirmiers	Oui	Potentiellement	Non
71 2 75 20	Unité de soins infirmiers généraux en santé mentale	Oui	Potentiellement	Non
71 2 75 40	Unité de soins infirmiers en toxicomanie	Oui	Potentiellement	Non
71 2 75 60	Médecine légale, unité de soins infirmiers en santé mentale	Oui	Potentiellement	Non

Numéro de compte	Description	Coûts liés aux patients hospitalisés	Coûts liés aux autres patients	Coûts non liés aux patients
71 2 75 70	Gériatrie, unité de soins infirmiers en santé mentale	Oui	Potentiellement	Non
71 2 75 80	Situation de crise, unité de soins infirmiers en santé mentale	Oui	Potentiellement	Non
71 2 75 90	Réadaptation, unité de soins infirmiers en santé mentale	Oui	Potentiellement	Non
71 2 75 95	Unité de soins infirmiers combinés en santé mentale et en toxicomanie	Oui	Potentiellement	Non

Tableau B2 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 05	Soins généraux spécialisés de jour et de nuit	Potentiellement	Oui	Non
71 3 40 10	Médecine, soins spécialisés de jour et de nuit	Potentiellement	Oui	Non
71 3 40 35	Affections cardiaques, soins spécialisés de jour et de nuit	Potentiellement	Oui	Non
71 3 40 37	Laboratoire de cathétérisme cardiaque, soins spécialisés de jour et de nuit	Potentiellement	Oui	Non
71 3 40 50	Diabète, soins spécialisés de jour et de nuit	Potentiellement	Oui	Non
71 3 40 55	Endoscopie, soins spécialisés de jour et de nuit	Potentiellement	Oui	Non
71 3 40 60	Gériatrie, soins spécialisés de jour et de nuit	Potentiellement	Oui	Non
71 3 40 65	Troubles de la fonction du métabolisme, soins spécialisés de jour et de nuit	Potentiellement	Oui	Non
71 3 40 70	Oncologie, soins spécialisés de jour et de nuit	Potentiellement	Oui	Non
71 3 40 75	Soins palliatifs, soins spécialisés de jour et de nuit	Potentiellement	Oui	Non
71 3 40 80	Santé mentale et toxicomanie, soins spécialisés de jour et de nuit	Potentiellement	Oui	Non
71 3 40 82	Soins spécialisés de jour et de nuit en santé mentale	Potentiellement	Oui	Non

Numéro de compte	Description	Coûts liés aux patients hospitalisés	Coûts liés aux autres patients	Coûts non liés aux patients
71 3 40 84	Services en toxicomanie, soins spécialisés de jour et de nuit	Potentiellement	Oui	Non
71 3 40 85	Dialyse rénale, soins spécialisés de jour et de nuit	Potentiellement	Oui	Non
71 3 40 90	Réadaptation, soins spécialisés de jour et de nuit	Potentiellement	Oui	Non
71 3 50 10	Clinique médicale spécialisée	Potentiellement	Oui	Non
71 3 50 15	Chirurgie, clinique spécialisée	Potentiellement	Oui	Non
71 3 50 17	Médecine et chirurgie combinées, clinique spécialisée	Potentiellement	Oui	Non
71 3 50 20	Affections cardiaques, clinique spécialisée	Potentiellement	Oui	Non
71 3 50 25	Médecine familiale, clinique spécialisée	Potentiellement	Oui	Non
71 3 50 30	Gériatrie, clinique spécialisée	Potentiellement	Oui	Non
71 3 50 35	Gynécologie, clinique spécialisée	Potentiellement	Oui	Non
71 3 50 40	Troubles de la fonction du métabolisme, clinique spécialisée	Potentiellement	Oui	Non
71 3 50 43	Endocrinologie, clinique spécialisée	Potentiellement	Oui	Non
71 3 50 45	Neurologie, clinique spécialisée	Potentiellement	Oui	Non
71 3 50 50	Obstétrique, clinique spécialisée	Potentiellement	Oui	Non
71 3 50 55	Oncologie, clinique spécialisée	Potentiellement	Oui	Non
71 3 50 60	Ophthalmologie, clinique spécialisée	Potentiellement	Oui	Non
71 3 50 65	Orthopédie, clinique spécialisée	Potentiellement	Oui	Non
71 3 50 70	Pédiatrie, clinique spécialisée	Potentiellement	Oui	Non
71 3 50 75	Chirurgie plastique, clinique spécialisée	Potentiellement	Oui	Non
71 3 50 80	Santé mentale/toxicomanie, clinique spécialisée	Potentiellement	Oui	Non
71 3 50 82	Santé mentale, clinique spécialisée	Potentiellement	Oui	Non
71 3 50 84	Services en toxicomanie, clinique spécialisée	Potentiellement	Oui	Non
71 3 50 85	Réadaptation, clinique spécialisée	Potentiellement	Oui	Non
71 3 50 95	Rhumatologie, clinique spécialisée	Potentiellement	Oui	Non

Tableau B3 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 90	Soins infirmiers diagnostiques et thérapeutiques, autres	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 05 15 05	Soins infirmiers généraux en imagerie médicale	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 05 15 24	Soins infirmiers en radiologie interventionnelle	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 05 15 25	Soins infirmiers en tomodensitométrie (TDM)	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 05 15 55	Soins infirmiers en services diagnostiques de cathétérisme cardiaque	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 05 15 60	Soins infirmiers en tomographie par émission de positons et tomodensitométrie (TEP-TDM)	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 05 15 65	Soins infirmiers en imagerie médicale, salle de réveil	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 05 15 70	Soins infirmiers en imagerie par résonance magnétique	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 10 21	Préanalyse et postanalyse	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 10 25	Chimie clinique	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 10 30	Hématologie clinique	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 10 35	Médecine transfusionnelle	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 10 41	Anatomopathologie	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 10 42	Cytopathologie	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 10 43	Microscopie électronique	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 10 45	Microbiologie clinique	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 10 50	Immunologie	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 10 60	Histocompatibilité et immunogénétique	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 10 85	Génétique diagnostique	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 10 90	Laboratoires multifonctionnels (laboratoires de base)	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 15 18	Radiographie	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 15 20	Mammographie	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 15 24	Radiologie interventionnelle	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 15 25	Tomodensitométrie	Potentiellement	Potentiellement	Non

Numéro de compte	Description	Coûts liés aux patients hospitalisés	Coûts liés aux autres patients	Coûts non liés aux patients
71 4 15 30	Échographie	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 15 35	Médecine nucléaire	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 15 55	Services diagnostiques de cathétérisme cardiaque	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 15 60	Tomographie par émission de positons et tomodensitométrie (TEP-TDM)	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 15 70	Imagerie par résonance magnétique	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 15 80	Imagerie médicale multifonctionnelle	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 35 20	Soins de courte durée, soins des patients à l'état critique en services d'inhalothérapie	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 35 30	Caisson hyperbare	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 35 42	Laboratoire d'analyses de la fonction pulmonaire	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 35 45* (inactif depuis 2016)	Laboratoire de gazométrie sanguine (services d'inhalothérapie)	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 35 50	Anesthésie, services d'inhalothérapie	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 35 60 (inactif depuis 2016)	Perfusion	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 35 65	Services continus pour maladies respiratoires	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 35 70	Services d'inhalothérapie multifonctionnels	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 40 60	Pharmacie clinique	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 40 70	Achat et distribution des médicaments	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 ** 94 10[†]	Services diagnostiques et thérapeutiques, soins infirmiers aux patients hospitalisés, équipe des soins palliatifs	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 ** 94 20[†]	Services diagnostiques et thérapeutiques, soins ambulatoires, équipe des soins palliatifs	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 ** 94 30[†]	Services diagnostiques et thérapeutiques, santé communautaire, équipe des soins palliatifs	Potentiellement	Potentiellement	Non

Remarque

† Nouveau compte dans les NormesSIG 2022.

Tableau B4 Autres coûts hospitaliers

Numéro de compte	Description	Coûts liés aux patients hospitalisés	Coûts liés aux autres patients	Coûts non liés aux patients
71 2 92 10	Unité de soins infirmiers de longue durée intermédiaires	Non	Oui	Non
71 2 92 20	Patients chroniques, unité de soins infirmiers de longue durée	Non	Oui	Non
71 2 92 22	Unité de soins infirmiers de longue durée intermédiaires et pour maladies chroniques combinées	Non	Oui	Non
71 2 92 25	Unité de soins infirmiers de longue durée sécurisée	Non	Oui	Non
71 2 92 40 (inactif depuis 2016)	Soins de relève, unité de soins infirmiers de longue durée	Non	Oui	Non
71 5 35 10	Services d'entretien ménager	Non	Oui	Non
71 5 35 20	Services d'entretien et d'adaptation	Non	Oui	Non
71 5 35 30	Services de soins personnels	Non	Oui	Non
71 5 35 40	Soins temporaires	Non	Oui	Non
71 5 35 50	Services d'entretien ménager et de soins personnels	Non	Oui	Non
71 5 70 09	Services communautaires en santé mentale, gestion de cas	Non	Oui	Non
71 5 70 10	Services communautaires en santé mentale, cliniques et programmes	Non	Oui	Non
71 5 70 15	Services communautaires en santé mentale, intervention en situation de crise	Non	Oui	Non
71 5 70 20	Soins communautaires en santé mentale de jour et de nuit	Non	Oui	Non
71 5 70 32	Soins communautaires à domicile en santé mentale	Non	Oui	Non
71 5 70 50	Promotion de la santé et éducation en santé mentale	Non	Oui	Non
71 5 70 92	Unité de soins en hébergement en santé mentale	Non	Oui	Non
71 5 70 95	Santé mentale, services de logement et de soutien	Non	Oui	Non
71 5 75 09	Services communautaires en toxicomanie, gestion de cas	Non	Oui	Non
71 5 75 10	Services communautaires en toxicomanie, cliniques et programmes	Non	Oui	Non

Numéro de compte	Description	Coûts liés aux patients hospitalisés	Coûts liés aux autres patients	Coûts non liés aux patients
71 5 75 15	Services communautaires en toxicomanie, intervention en situation de crise	Non	Oui	Non
71 5 75 20	Soins communautaires en toxicomanie de jour et de nuit	Non	Oui	Non
71 5 75 32	Soins de santé à domicile, services en toxicomanie	Non	Oui	Non
71 5 75 50	Promotion de la santé et éducation, services en toxicomanie	Non	Oui	Non
71 5 75 89	Services de gestion du sevrage, traitement en hébergement, court terme	Non	Oui	Non
71 5 75 90	Services de gestion du sevrage, unité de soins en hébergement	Non	Oui	Non
71 5 75 91	Services en toxicomanie, traitement en hébergement, stabilisation avant le traitement	Non	Oui	Non
71 5 75 92	Unité de soins en hébergement, services en toxicomanie	Non	Oui	Non
71 5 75 94	Services en toxicomanie, traitement en hébergement, traitement de soutien	Non	Oui	Non
71 5 75 95	Services en toxicomanie, services de logement et de soutien	Non	Oui	Non
71 5 92 10	Unité de soins en hébergement intermédiaires	Non	Oui	Non
71 5 92 20	Unité de soins en hébergement pour maladies chroniques	Non	Oui	Non
71 5 92 22	Unité de soins en hébergement intermédiaires et pour maladies chroniques combinés	Non	Oui	Non
71 5 92 25	Unité de soins en hébergement sécurisée	Non	Oui	Non
71 5 92 30	Unité de soins en hébergement personnels de surveillance ou limités	Non	Oui	Non
71 5 92 94[†]	Unité de soins en hébergement, soins palliatifs	Non	Oui	Non

Remarque

† Nouveau compte dans les Normes SIG 2022.

**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 511
Montréal (Qc)
H3A 2R7
514-842-2226

icis.ca

59142-0926

